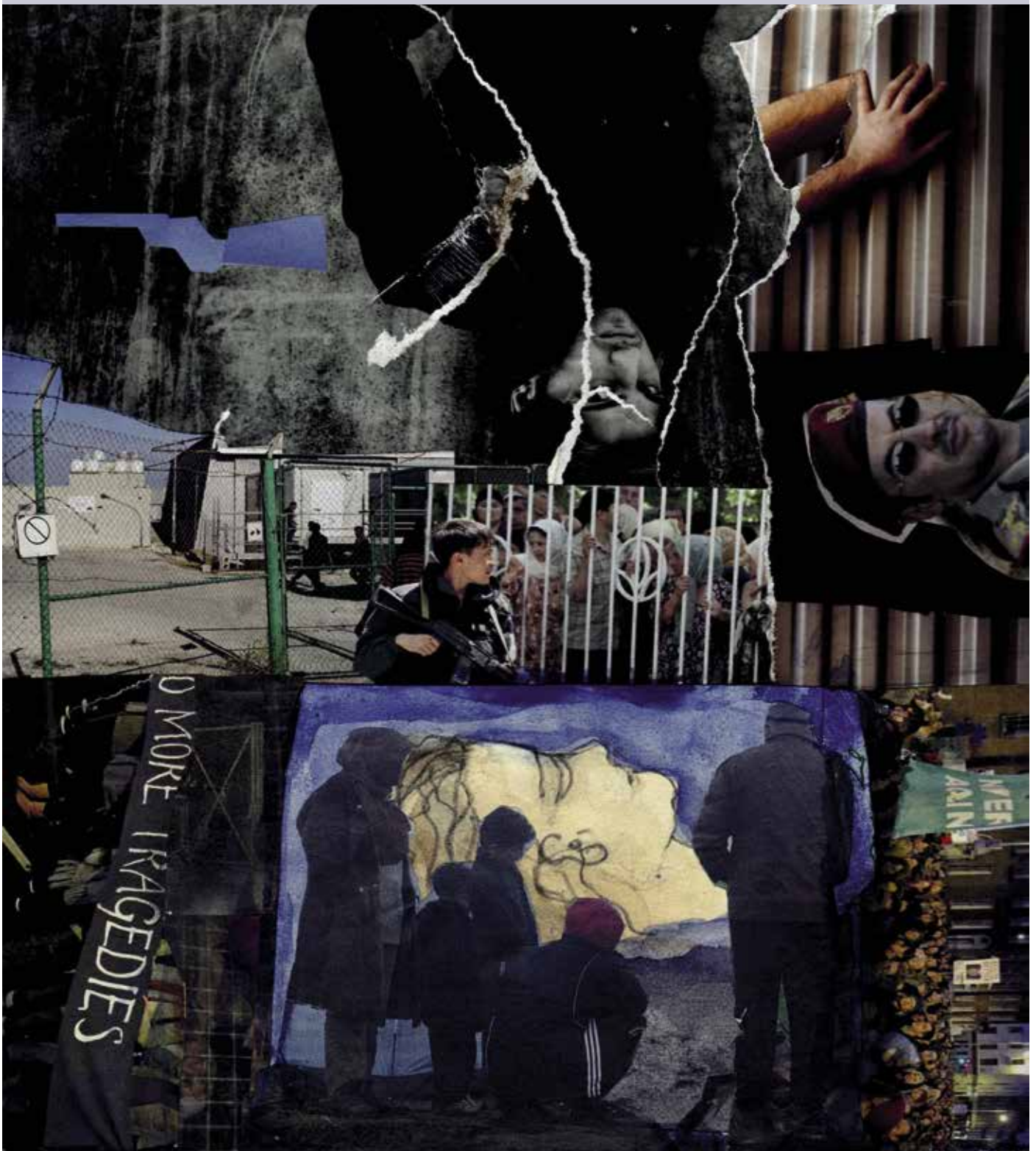


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2016 ÅRGÅNG 37



Europeiskt samarbete
Sjuka barn och deras familjer

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **En ordförandes bokslut**
Karin Träff Nordström
- 3 **Chefsbyte i SFAM**
Ingrid Eckerman
- 4 **Utveckling av Lokal Fortbildning (ULF)**
Karin Träff Nordström
- 5 **Många sätt att presentera ditt alster i Karlstad!**
Den vetenskapliga kommittén för Svensk allmänmedicinsk kongress 2017
- 6 **Boka in den 13:e nationella kvalitetsdagen!**
Sven Hagnerud
- 8 **Kansliet är SFAM:s ryggrad**
Gösta Eliasson
- 11 **Apatiska barn – ett tillstånd som kräver samarbete**
Lars Joelsson
- 13 **Global hälsa – högaktuell även i Sverige. Värdefulla erfarenheter från Indien**
Christian Gadsbøll
- 17 **WONCA Europe – för allmänläkare från "Storeuropa"**
Ingrid Eckerman
- 18 **Vasco da Gama Movement – för unga och framtida allmänläkare**
Sofie Eriksson
- 19 **European General Practice Research Network – mer än europeiskt forskningssamarbete**
Hans Thulesius
- 20 **European Academy of Teachers in General Practice – utbildningssamarbete över gränserna**
Eva De Fine Licht
- 22 **European Rural and Isolated Practitioners Association – för glesbygdsmedicin i Europa**
Lars Agréus och Peter Berggren
- 24 **European Society for Quality and Safety in Family Practice – många aktiva behövs i kvalitetsarbetet**
Eva Arvidsson
- 25 **Scandinavian Journal of Primary Health Care – nordiskt och europeiskt samarbete**
Hans Thulesius
- 27 **Till subjektivitetens försvar 2 – Lärdomar från vårdcentral**
Göran Waller
- 31 **Allmänläkare Lindell spelar Doktor Glas**
Gösta Eliasson
- 35 **Kroniskt sjuka bortglömda efter prioriteringsutredningen**
Tony Gustavsson
- 37 **Läkemedel i dospåsar
Vilka erfarenheter har läkare i primärvården?**
Linn Hultin
- 40 **PrimärvårdsKvalitet – lanseringen fortsätter!**
Stina Gäre
- 42 **Sjukstugor i Lapplands glesbygd**
Mante Hedman
- 45 **Tolkarna anställda på vårdcentralen – bara fördelar!**
Christer Andersson
- 46 **Ordbyte: Tanten i Jokkmokk – hur gick det sen?**
Ingrid Eckerman
- 48 **Familjeläkararbete i Husby och Saltsjöbaden – stora kontraster**
Stefan Amér
- 50 **Förändrad kultur nyckeln till framtidens vård – en utmaning för Gabriel Wikström**
Gösta Eliasson
- 54 **Allmänläkaren och den kvantifierbara människan**
Christer Petersson

55 2016 års skrivartävlingar

- 56 **Nationellt kunskapsstöd för allmänläkarna i sikte**
Staffan Ekedahl, Eva Karlsson Holm och Therese Eklöv
- 58 **SFAM:s CPD-modell kan bli användbar**
Sven Röstlund
- 59 **In memoriam: Karl-Erik Fichtelius**
Bengt Järhult och Christer Petersson
- 60 **AllmänMedicin gratulerar**
- 61 **Recension: En riktig tungviktare i ny kostym**
Gösta Eliasson
- 62 **Recension: En rapport från livets resa**
Ingrid Eckerman
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt
■ Tema 1 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning

Omslagsbild AllmänMedicin nr 2



När jag läste artikeln om apatiska barn fastnade bilden av det mörka rummet med gardinerna fördragna, världen utestängd. Den tog lång tid att göra, jag blev inte nöjd. Jag tänkte på de människor jag möter vid hälsoundersökningarna på vårdcentralen, och alla dem som fortfarande är på flykt. Särskilt på barnen, vad de gått och går igenom. Allt fick inte plats i illustrationen.

För att komma vidare började jag med ett collage. Ofta är det lättare, man tänker inte, bara känner, associerar och prövar sej fram. Så blev första bilden klar och den andra, omslaget, gjorde sej nästan av sej själv. Jag ville ha med hopp, och samarbetet kring barnet, men det får texterna berätta.

Katarina Liliequist, Uddevalla
SFAM-medlem och illustratör
katli@telia.com



En ordförandes bokslut

Du läser nu min allra sista ledare i AllmänMedicin. Efter fyra år som ordförande är det dags för mig att lämna över stafettpinnen.

Jag vill därför ge er ett axplock av de frågor som drivits under mitt ordförandeskap. Stort tack till alla ni som engagerat er i dessa och andra frågor, så många att jag omöjligt kan räkna upp dem alla.

Svensk Allmänmedicinsk Kongress, som anordnades för första gången i Luleå 2012, skulle utvecklas till en "riktig" vetenskaplig kongress, i nära samarbete med de allmänmedicinska institutionerna i landet. Inför kongressen i Karlstad blir det verklighet, då Forskningsrådet, där institutionerna är representerade, utgör stommen i den vetenskapliga kommittén.

Fler medlemmar – där har vi inte lyckats, men vi har lyckats bryta den nedåtgående trenden, främst genom ett allt större antal ST-läkare i föreningen. Föryngringen är glädjande och helt nödvändig för att bygga en förening för framtidens allmänmedicin.

Stabilare ekonomi – de senaste åren har föreningen gått med ett ekonomiskt överskott, huvudsakligen genom att minska kostnaderna för styrelsens arbete. Detta har varit möjligt tack vare ett modernt arbetssätt med täta telefon/videomöten och glesare fysiska möten, som regel i internatform. På så sätt har vi också kunnat hantera många parallella frågor även med de korta tidsfrister som ofta har givits, till exempel för att skriva de många remissvaren.

Stärkt fortbildning är det område som stått särskilt i fokus genom projektet "Förbättrad vård för patienter med kronisk sjukdom" inom ramen för den statliga så kallade "kronikersatsningen". Satsningen har gett oss möjligheter att skapa en fortbildningsportal på vår nya hemsida och en bas för fortsatt arbete med att stärka den lokala fortbildningen, via det så kallade ULF-projektet. Nu väntar vi med spänning på besked om vi får medel till fortsatt satsning i år. Tack vare ett stort ekonomiskt överskott 2015 har vi kunnat fortsätta med projektet i något bantad form under våren.

SFAM ska vara en **tydlig och ansvarstagande aktör** i svensk hälso- och sjukvård. Genom målmedvetet relations-

skapande med Distriktsläkarföreningen, andra specialitetsföreningar, professionsföreningar och patientföreningar, myndigheter och andra aktörer har SFAM blivit en självklar partner i samtalet kring svensk hälso- och sjukvård. Inbjudningarna haglar till workshops och hearings, debatter och seminarier så till den grad att det är svårt att hitta deltagare till dem alla.

PrimärvårdsKvalitet är ett resultat av detta arbete. När jag började i styrelsen 2009 kastade SKL och SFAM paj på varandra i kvalitetsregisterfrågan och samsynen var obefintlig. Idag är ståndpunkterna förenade i projektet PrimärvårdsKvalitet som nu rullas ut i flertalet landsting som bas för uppföljning i primärvården, såväl på den enskilda vårdcentralen som i aggregerad form.

Allra roligast tycker jag det är att Hemsjukvårdsrådet, som var nere i en svacka när jag tillträdde, hittade ny energi. Efter namnbyte till **Rådet för sköra äldre i primärvård** har aktiviteten varit hög, nya medlemmar har rekryterats och idag är rådets frågor kanske de allra viktigaste för såväl oss allmänläkare som för landets åldrande befolkning. Detta visar inte minst Göran Stiernstedts utredning Effektiv vård.

Ett stort tack för att jag fått förtroendet att leda föreningen under dessa fyra år! Det har varit roligt, inspirerande och mycket lärorikt. Men allt har sin tid och nu är det dags för mig att gå ner till heltid och få lite mer tid över åt mig själv och min familj.

Jag önskar min efterträdare och den nya styrelsen lycka till! Jag hoppas att ni tar tillvara på de framsteg vi har gjort och att ni lyckas bättre där vi inte maktat med.

Till sist önskar jag er alla en riktigt skön sommar!



Karin Träff Nordström
Nyligen avgången ordförande i SFAM
Region Skåne

SFAM informerar

Specialistexamen 2016-2017

Specialistexamen i allmänmedicin anordnas årligen av SFAMs kompetensvärderingsråd. Examen är öppen för den som är i slutet av sin ST eller den som är färdig specialist i allmänmedicin. De fyra momenten genomförs under hösten och våren. Vi tar emot anmälningar från slutet av våren, och sista anmälningssdag är 31 augusti. Utförlig information finns på hemsidan www.sfam.se.

Avslutning för examen 2015-2016 hålls i samband med ST-dagarna i Kalmar 14-16 september 2016. Se www.sfam.se/foreningen/st-dagarna.

Examensavslutning för examen 2016-2017 hålls i samband med SFAMs kongress i Karlstad 26-28 april 2017.

Frågor kan skickas till examen@sfam.se eller till Ulf Måwe, ulf@mawe.se.

Anmäl dig till **ST-dagarna** i Allmänmedicin

14-16 september 2016 Kalmar

För mer
information och
anmälan se
www.st-dagarna.se

Redan specialist?
Klipp ut och ge till en
ST-kollega!



FÖRNUFT & KÄNSLA

ST-DAGARNA 2016 KALMAR

Chefsbyte i SFAM

När denna tidning kommer ut är det fyra år sedan jag blev chefredaktör för AllmänMedicin. Jag hade fått en första förfrågan redan några år tidigare, men den rann ut i sanden. Det var Karin Träff Nordström som ”lade beslag” på tidningen, som extra uppgift förutom styrelsearbetet. Men 2012 gick det inte längre, för då skulle hon bli ordförande.

Det har varit bra att ha Karin som chef. Jag har haft fria händer, och jag har fått den information som jag behöver – visst, ibland efter påstötningar. Under de här åren har styrelsen arbetat med kommunikation, och man har fått förståelse för att AllmänMedicin är ett viktigt språkrör mot både medlemmar och andra intressenter.

Jag är också imponerad över ordförandens och styrelsens arbete, till större delen ideellt. Föreningen är som ett mindre företag med tre heltidsanställda och flera deltidanställda, tunga kontrakt med olika företag och en omsättning på ett par miljoner. Därtill kommer det egentliga uppdraget, att på olika sätt värna om allmänmedicinen.

Idag står det klart att Karin Träff Nordström inte ställer upp för omval. För mig återstår nu att tacka henne för dessa fyra år och att se fram emot mötet med den nya ordföranden. Det blir spännande!



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Att organisera arbetet utifrån nya målgrupper

För många vårdcentraler har nya målgrupper under det senaste året kommit till eller vuxit. Göran Stiernstedt visar i sin rapport Effektiv vård att ”one size fits all” inte bör vara den allenaordade principen för organisering av primärvården. Som exempel nämner han sjukstugan som kanske inte längre är utrotningshotad (sid. 42).

Exemplet Östra Göteborg, med en enda gigantisk vårdcentral för en befolkning av en stads storlek, passade inte den invandrarartade befolkningen i Bergsjön. En småskalig mottagning, där både personal och rutiner anpassas efter befolkningens behov, var bättre (sid. 45).

Från Stockholm kommer exemplet där man jämför en vårdcentral i ett rikt och invandrarfattigt område med en i ett invandrarrikt område (sid. 48). Behoven är olika, men den medicinska kvaliteten behöver inte bli sämre om man anpassar arbets sättet.

”Låt 1 000 blommor blomma” verkar vara en bättre devis när man strävar efter personcentrerad vård, dvs. en vård som bl.a. organiseras utifrån brukarens behov, inte utifrån organisationens.

Jag hoppas jag får många exempel på hur man lägger upp arbetet med tanke på de nya målgrupperna!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Vill du träffa mig i sommar?

Delar av sommaren tillbringar jag i min lilla husbil. Kanske kommer jag förbi din arbetsplats? Vill du ha ett minireportage i AllmänMedicin? Kontakta chefredaktor@sfam.se, tel 070 55 73 193.

AllmänMedicin på hemsidan

Har du synpunkter på AllmänMedicins närvaro på hemsidan? Önskemål om utlagda artiklar?

Hör av dig till chefredaktor@sfam.se.

AllmänMedicin informerar

Uppdatera din e-adress

SFAM:s nyhetsbrev och lokalföreningarnas inbjudningar skickas till den e-adress du uppgett till SFAM:s kansli.

Meddela din aktuella e-adress till kansli@sfam.se.



AllmänMedicin informerar

AllmänMedicin har kalendarium på hemsidan

Letar du efter kalendariet på nya sfam.se? Tills vidare hittar du föreningsanknutna händelser i AllmänMedicins kalendarium <http://sfam.se/tidskriften/kalendarium>.

Utveckling av Lokal Fortbildning (ULF)

Bakgrund

Under 2014 och 2015 har SFAM genomfört projektet *Förbättrad vård för patienter med kroniska sjukdomar* som finansierats inom Regeringens satsning på vården för patienter med kroniska sjukdomar.

Genom projektet *Förbättrad vård för patienter med kroniska sjukdomar* har SFAM påbörjat ett långsiktigt arbete för att aktivt förbättra allmänläkarnas fortbildning. En ny hemsida med nytt utbildningsmaterial har tagits i bruk under 2015. En modell för planering, registrering och uppföljning av fortbildning med CPD-poäng enligt norsk modell har tagits fram och är färdig att testas.

Aktivitetsplan 2016

Projektet omfattar fyra aktivitetsområden.

Lokala utbildningsgrupper

SFAM vill sprida kunskap om metoder och strukturer för effektivt och evidensbaserat utbildningsarbete. Ett pilotprojekt för att stödja lokala utbildningsgrupper (FQ-grupper) runtom i landet startas i augusti 2016. Inom ramen för projektet besöker specialister i allmänmedicin lokala FQ-grupper för att initiera och stötta utbildning om kroniska sjukdomar samt användande av PrimärvårdKvalitet för lokalt utvecklingsarbete.

Studiematerial SWAMP

Utifrån vår kunskap om allmänläkares utbildningsbehov vill vi utveckla studiematerial som kan användas i lokalt utbildningsarbete. Studiematerialet SWAMP (SFAM:s webbutbildning i allmänmedicin med patientfall) är en modell som förenar lokal utbildning med patientnära arbete. SWAMP utgår alltid från verklighetstroga patientfall som

är representativa för de patienter som allmänläkaren möter i primärvården. SWAMP utgår från en sjukdom eller tillstånd, till exempel diabetes, smärta eller psykisk ohälsa och stress. Varje SWAMP är ett komplett studiematerial, vilket underlättar planering och genomförande.

Författarna till SWAMParna är företrädesvis specialister i allmänmedicin med forskningserfarenhet och/eller stor klinisk erfarenhet inom respektive område.

För att stärka implementeringen av PrimärvårdKvalitet planeras SWAMParna i samtliga tillämpliga fall innefatta information och instruktioner om hur granskning och förbättring av den egna verksamheten kan ske med hjälp av systemets indikatorer.

CPD-poängssystem

Continuing Professional Development (CPD) är en vedertagen term för läkares pågående utveckling i yrket, såväl medicinskt som inom yrkets andra delar (ledarskap, handledning med mera). CPD-poäng kan vara ett sätt att mäta utbildningsaktiviteten över tid och skulle kunna utgöra grunden för bedömning i ett eventuellt framtida system för recertifiering.

Kontinuerlig planering, uppföljning och utvärdering av allmänläkares utbildning är viktig för att säkerställa en god vårdkvalitet samt att utbildningen motsvarar den enskilde läkares och verksamhetens behov. Därför vill SFAM låta verksamheter och enskilda läkare testa och utvärdera ett CPD-poängssystem.

SFAM vill under sommaren och hösten 2016 genomföra en pilotstudie för att värdera nyttan och svårigheterna med användningen av ett CPD-poängssystem. Syftet med pilotstudien är att belysa frågeställningarna:

- Hur påverkas allmänläkares möjligheter till utbildning av ett CPD-poängssystem?
- Hur upplever allmänläkarna användningen av ett CPD-poängssystem?
- Vilken uppfattning har sjukvårdens huvudmän (lokala chefer, landsting, sjukvårdsföretag) om ett CPD-poängssystem?

Utvärdering av kompetensutveckling

Utöver planering, genomförande och dokumentation av utbildning är uppföljning av den faktiska kompetensutvecklingen av vikt, dels för att kunna planera fortsatt utbildning för individen, dels för att värdera utbildningens kvalitet. Detta ryms inte inom det framtagna CPD-poängssystemet, varför SFAM vill komplettera projektet med utvärdering av tre olika modeller för kompetensutvärdering som framgångsrikt används internationellt men ännu i mycket begränsad omfattning i Sverige:

- Webb-enkät för feedback till läkare från patienter och medarbetare – FLPM
- Formativ examination av patient-/personcentrerad vård
- Progresstest

Karin Träff Nordström
F.d. ordförande



Detta är en förkortad version av SFAM:s ansökan om medel för bättre vård vid kroniska sjukdomar.

Annons

Många sätt att presentera ditt alster i Karlstad!

Den vetenskapliga kommittén för Svensk allmänmedicinsk kongress 2017 i Karlstad ser fram emot många bidrag från allmänläkare och blivande allmänläkare i Sverige. Varmt välkomna att anmäla era presentationer, gällande såväl vetenskapliga projekt, kvalitets- och utvecklingsarbeten samt annat av allmänmedicinsk relevans som ni vill dela med er av till era kollegor.

Du kan anmäla olika former av presentationer:

Symposium: Ett symposium består av flera kortare föredrag och diskussioner mellan föreläsare kring ett sammanhållet tema. Symposiet leds av en moderator. Publiken kan vanligen ställa frågor och delta i kortare diskussioner i slutet av symposiet.

Workshop: En workshop handlar om ett sammanhållet tema. Publiken är aktiv och deltagande, exempelvis genom diskussioner eller praktiska övningar. En workshop kan inledas av en eller flera kortare föreläsningar för att presentera temat, men huvudfokus ska ligga på deltagarnas aktiviteter.

Föreläsning: En längre presentation av en föredragare som berättar om ett aktuellt projekt eller ett ämne med allmänmedicinsk relevans

Muntlig presentation: En kortare presentation av en föredragare som berättar om ett aktuellt projekt. Presentationerna

kommer av arrangörskommittén att samlas kring olika teman.

Poster: En poster är presentation av ett projekt där en sammanfattning av metod och resultat presenteras på en tryckt plansch som hängs upp i en utställning. Presentatören finns tillgänglig vid sin poster vid angivna tider för att svara på frågor, och får tillfälle att kort muntligt presentera projektet för intresserade under posterutställningen. Däremellan kan besökare fritt gå runt och läsa posters. Format kommer att meddelas vid senare tillfälle.

Alla abstrakt kommer att granskas av SFAMs forskningsråd. Bidragen kommer att kategoriseras (vetenskaplig presentation, kvalitetsarbete eller allmän presentation) och du får därefter besked om och i vilken kategori du är välkommen att presentera. Vi reserverar oss för att bidrag kan komma att nekas av kvalitets- eller utrymmesskäl.

Tveka inte att skicka in ett abstrakt för din presentation! Abstraktsystemet är öppet 18 april – 25 september 2016. Se <http://sfam.se/foreningen/s/om-sfam-svensk-allmanmedicinsk-kongress>

Den vetenskapliga kommittén för Svensk allmänmedicinsk kongress 2017

(SFAM:s forskningsråd med representanter från den lokala arrangörskommittén, SFAM Värmland-Örebro och från SFAM:s styrelse)

Med liv och lust i Karlstad 2017

Välkommen till Svensk allmänmedicinsk kongress!



SFAM Örebro-Värmland har fått förtroendet att anordna allmänmedicinsk kongress 26–28 april 2017. Vi i organisationskommittén ser fram emot dagar av möten, idéer, kunskap och goda samtal.

Arbetet med programmet pågår för fullt. Vi kan avslöja att vi kommer att ta inspiration från vårt grannland i väster.

Du som vill medverka med poster, seminarium, föreläsning

eller på annat, sätt kan göra det i vårt abstractsystem fram till 25 september. Se sfam.se!

Boka datumen redan nu, ta fram ditt värmländsk-norska lexikon och lägg dig i träning!

Vi ses i Karlstad!

Konferensplatsen är Karlstad CCC, med Klarälven och Sveriges längsta stenbro utanför fönstren. Kom och se dykdalbarna i verkligheten! Läs mer på <http://karlstadccc.se>.

Organisationskommittén genom
Christina Ledin, ordförande
SFAM Örebro-Värmland

Mer information kommer på hemsidan <http://www.sfam.se/foreningen/s/om-sfam-svensk-allmanmedicinsk-kongress>.

Boka in den 13:e nationella kvalitetsdagen!

A nordnandet av en Nationell Kvalitetsdag för primärvård har under många år varit en mycket viktig del i SFAMs Kvalitets- och Patientsäkerhetsråd (SFAM Q). SFAM Q:s arbete startade 1991 och i arbetet ingår utveckling av metoder, modeller och instrument för god kvalitet i allmänmedicin. Vidare bevakar, samordnar och sprider SFAM Q kunskap om kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. I detta arbete ska det professionsnära perspektivet finnas med: "Att kunna bidra med det som i den vårdnära verksamheten verkligen också bidrar med nytta".

Kvalitetsdagen genomförs varje år i Läkaresällskapets lokaler i Stockholm. Föregående års tema var "Kvalitetsförbättring och personcentrerad vård: Går det att förena?" Ett flertal olika kvalitetsarbeten presenterades där. Anders Johanssons "ETAPP – Enklare triagering av psykosocial ohälsa i primärvården" och Linda Erikssons "Nyupptäckt hypertoni – förbättrat flöde och omhändertagande vid Granlo hälsocentral" utsågs till årets kvalitetsarbeten. Alla presenterade arbeten kan nås på SFAM:s hemsida.

Till temat för dagen återvände Christer Pettersson i en lärd betraktelse: "Patienten som person eller summan av sina data".

Vidare presenterades det nationella registret PrimärvårdsKvalitet (se sid. 40 och artikeln "Kvalitetssystem för primärvård klart att användas" i Allmänmedicin 1-2016 s.26). SFAM Q:s mångåriga engagemang när det gäller mål och mått har genom det arbetet fått ett genombrott. Presentationen kan även ses som en uppstart på temat för årets Kvalitetsdag: "Förbättringsarbete i praktiken. Hur gör vi skillnad i vardagen?" Det gäller att ta arbetet med olika mål och mått vidare för att just åstadkomma en förändring.

Torsdagen den 24:e november kommer årets Kvalitetsdag att äga rum med det ovan nämnda temat: "Förbättringsarbete i praktiken. Hur gör vi skillnad i vardagen?"

Med utgångspunkt från temat kommer ett flertal olika frågor att behandlas: Vad krävs för att verkligen åstadkomma en förändring och få det fungerande i praktiken? Vad hände med



SFAM Q. Från vänster: Hans Brandström, Visby, Stina Gäre Arvidsson, vice ordförande, Stockholm, Ulrika Elmroth, kontaktperson i SFAM Q för styrelsen, Stockholm, Lennart Holmquist, avgående ordförande, Nykvarn, Mikael Lilja, Vansbro, Linus Johnsson, Strängnäs, Eva Arvidsson, Jönköping, Barbro Broman Johansson, Stockholm, Sven Hagnerud, ny ordförande, Piteå.

det som såg så bra ut på papperet från början? Vad har vi för teorier runt förbättringsarbeten, vad finns det för praktiska erfarenheter och hur ser denna koppling ut? Vad finns det för praktiska verktyg? Har vi kunnat dra någon nytta av de data som framkommer i registret PrimärvårdsKvalitet? Viktigast av allt: en presentation av förbättringsarbeten från hela vårt Primärvårdssverige.

Läs mer om evenemanget på sfam.se, SFAM Q:s sida!

Varmt välkomna till årets Kvalitetsdag 2016 önskar Svensk Förening för Allmänmedicins Kvalitetsråd – SFAM Q.

Sven Hagnerud
SFAM:s råd för kvalitet och patientsäkerhet SFAM Q
Piteå

SFAM informerar

Södra Älvsborg bäst på att rekrytera nya medlemmar!

Vid fullmäktigemötet 2013 antogs motionen om uppmontran av medlemsrekrytering via en tävling mellan lokalföreningarna. Denna tävling fortsatte under 2015 och även nu under 2016.

Vid årsskiftet räknades antalet medlemmar per lokalförening och störst procentuell medlemsökning hade SFAM Södra Älvsborg med en netto-ökning på 83 %!

Grattis SFAM Södra Älvsborg! En medlem kan delta utan avgift i WONCA Europé, Köpenhamn 15-18 juni 2016.

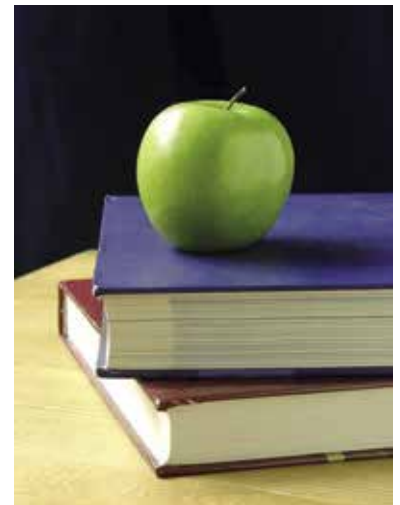


Karin Träff Nordström
F.d. ordförande SFAM

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genom sitt Kvalitetsråd SFAM Q in till den

13:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 24 november 2016
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



TEMAT FÖR ÅRET

Förbättringsarbete i praktiken. Hur gör vi skillnad i vardagen?

Bland föreläsarna:

Boel Gäre-Andersson, professor, Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, Jönköping Academy.

Eva Arvidsson, forskningsledare på Futurum, primärvårdens FoU-enhet, Jönköping och aktiv i utvecklingen av PrimärvårdsKvalitet.

Ulrika Elmroth och *Stina Gäre-Arvidsson*, projektledare för PrimärvårdsKvalitet, SKL.

Rita Fernholm, Boo vårdcentral, mottagare av Stockholms läns landstings Patientsäkerhetspris 2015.

Fokus ligger som vanligt på redovisning av och diskussion om förbättringsprojekt från olika delar av landet och att erfarenheter delas.

Fullständigt program finns på www.sfam.se

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats. Anmäl dig redan nu om du vill vara säker på en plats.

Konferensavgiften (se sfam.se) inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 14 november. Avgiften faktureras vid anmälan.

Vid återbud efter 1:a november utgår full avgift.

Anmäl dig på SFAMs hemsida: ww.sfam.se

Har du frågor om din konferensanmälan? **Kontakta: kansli@sfam.se**

Kansliet är SFAM:s ryggrad

Vem ansvarar för att SFAM:s kansli på Grev Turegatan 10, en trappa upp över gården, fungerar? Många har träffat henne i SFAM-montern på kongresser och ST-dagar. Det är hon som sedan tjugo år tillbaka sköter SFAM:s ekonomi och hjälper medlemmarna tillrätta. Hon heter Heléne Swärd och även om hon inte gör mycket väsen av sig kan hon det mesta om SFAM.

När kom du till SFAM?

– I april 1996. Nämen oj, vad tiden går, det är ju tjugo år sedan!

Hur kom du till SFAM?

– Jag hade gått kurser i personaladministration, organisation och ledarskap och hade blivit erbjuden jobb som arbetsförmedlare i byggbranschen. Men så fick jag höra av en bekant på Läkaresällskapet att det ”händer saker” i en förening som heter SFAM. Då var Björn Olsson ordförande, och jag ringde upp honom. – Jodå, dom behövde en kanslist. Efter intervju med Carl Edvard Rudebeck och Anna Källkvist fick jag jobbet.

Hur såg kansliet ut på den tiden?

– Ganska påvert. Två ringpärmar och ett tomt kontorsrum uppe på Svenska Läkaresällskapets vind.

Sedan 1996 har kansliet flyttat flera gånger, först till huset intill Läkaresällskapet, ”Bondtolvan”, sedan till Fammi på Skeppsbron. Nu ligger lokalerna på Grev Turegatan och det finns fyra personer anställda. Förutom Heléne Swärd även Johanna Johansson, som administrerar hemsidan, Eva Norell med ansvar för webbplatsen Lärande och utveckling samt Katarina Boltstern,



Heléne Swärd.

Foto: Gösta Eliasson

nyanställd och sedan mars ansvarig för administrationen av Mitt-i-ST.

I lokalerna ligger också kansliet för Svensk Kirurgisk Förening. Där arbetar kirurgföreningens sekreterare, Barbara Dürr.

– Barbara arbetade för SFAM innan jag kom hit. Vi har en fin relation och stor nytta av varandra, även om vi tillhör olika föreningar.

Hur många medlemmar har SFAM idag?

– Omkring 1 800. Medlem är man om man betalar medlemsavgift. Betalar man inte trots påminnelse tas man bort ur registret. Medlemsavgiften är 1 500 kronor per år, 750 för pensionärer och 500 för ST-läkare.

Vilken roll har du i SFAM?

– Att ge service, att finnas i bakgrunden

och helst inte synas. Det trivs jag bäst med. Det jag gör vill jag göra så bra jag kan, och den bästa belöningen är att se att det jag gör fungerar. Det räcker gott.

Vad ska man kalla dig?

– Jag undviker helst titlar. Tidigare var jag kanslichef. Just nu står det ”kansliansvarig” på mitt visitkort.

Berätta vad du gör en vanlig dag!

– Min plan när jag kommer till jobbet är att avsluta det jag inte hunnit göra klart dagen innan. Men först går jag igenom de 20–50 nya mail som kommit in. En del kräver snabb åtgärd, så planeringen blir sällan som jag tänkt. Sedan sköter jag bankärenden, faktureringar, bokföring, personalärenden, löner och inbetalning av skatt. Jag projektleder också SFAM:s kongresser när det gäller avtal med kongressbyråer. Nu, inför fullmäktige, lägger jag in inlämnat material i verksamhetsberättelsen, redigerar den och kompletterar med uppgifter om medlemsantal och förningskontakter.

”I en ideell förening måste alla ha gnistan och känna gemenskap, annars fungerar det inte”

Är du involverad i styrelsens arbete?

– Numera deltar jag inte i styrelsens möten, utom någon gång om året, då styrelsen har internat. Då brukar de låta kanslipersonalen vara med under en del av mötet.

Får du mycket frågor från medlemmarna?

– Framförallt från ST-läkare som vill veta var man hittar blanketter och hur man gör för att komma vidare med sina ansökningar till Socialstyrelsen. Invandrade läkare frågar ofta hur de ska göra för att få börja jobba i Sverige.

Hur kan du hjälpa dem?

– Jag kan ofta hänvisa dem till någon som kan svara, till exempel en studierektor. Det beror på att jag har ett stort kontaktnät och känner många till namnet. Ibland när det ringer brukar det bli roligt när vi inser att i alla fall jag vet vem den andra är!

Heléne Swärd, kansliansvarig på SFAM

Bor:	i villa söder om Stockholm
Familj:	make, två utflugna döttrar och hunden Dante, en krullhårig krabat av rasen <i>Lagotto Romagnolo</i>
Gillar:	Huset på Gotland och tryffelsök-träning med Dante. Sticka och virka. Antikviteter
Personliga egenskaper:	Nyfikenhet. Envishet
Gillar:	Ärliga människor
Gillar inte:	Folk som går bakom ryggen
Senast lästa bok:	Serien Brobyggarna av Jan Guillou



Bakom dörren döljer sig SFAM:s kansli.
Foto: Gösta Eliasson

Vad tycker du är det roligaste med jobbet?

– Att vara delaktig i en utveckling, att hitta på nya saker och att organisera har jag alltid tyckt vara roligt. Det har jag kunnat göra i SFAM genom åren och jag hade inte jobbat för föreningen idag om jag bara hade fått sköta rutinerna och inte fått vara delaktig i SFAM:s administrativa utveckling.

Har du någon gång funderat på att säga upp dig?

– Ja, när jag varit ensam och överlupen med jobb. Då blir det omöjligt att prioritera, och vid sådana tillfällen har jag haft god lust att kasta in handduken. Men samtidigt finns det en liten scout-nerv därinne som säger: så lätt får man inte ge sig!

Vad är skillnaden mellan SFAM nu och för 15 år sedan?

– I slutet av nittioalet var SFAM en ideell förening med högt i tak och bestod av en grupp som ville framåt mot ett gemensamt mål. Idag upplever jag SFAM som – hur säger man – mer storskalig. Jag hoppas ändå att våra medlemmar ser SFAM som en förening som gör det som medlemmarna vill.

Vad hoppas du på för framtiden?

– Att medlemssiffrorna vänder uppåt. Samhället har blivit mer individualistiskt. Man tänker bara på vad *jag* får ut av medlemskapet, inte vad *vi* får ut. Jag hoppas

att alla som är engagerade i föreningen orkar fortsätta. I en ideell förening måste man ha gnistan och känna gemenskap, annars fungerar det inte.

En skorpa och en kopp kaffe från kansliets espressomaskin får avsluta besöket på kansliet. Ute i trapphuset vänder jag mig om och betraktar den lilla SFAM-skylden av mässing på ytterdörren. Och tänker: vilken tur ändå att vi har ett välfungerande kansli för SFAM och dess 1 800 medlemmar!



Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Annons

Annons

Apatiska barn

– ett tillstånd som kräver samarbete

I slutet av 2005 införde regeringen allmän amnesti för barnfamiljer. Därefter minskade antalet apatiska barn påtagligt men fortfarande finns det barn med apati i Sverige. Sedan 2014 är tillståndet klassificerat som psykiatrisk diagnos, uppgivenhetsyndrom. Orsakerna är omdiskuterade, men för att behandla dessa barn krävs samarbete där inte minst primärvården är en viktig aktör.

Ayza

Ayza låg helt apatisk i 1,5 år. Socialpedagogen på BUP-mottagningen och skolsköterskan besökte henne en gång i veckan under hela sjukdomsperioden trots att hon inte gav kontakt. Jag var där en gång i månaden och träffade flickan och föräldrarna. Efter att familjen fick permanent uppehållstillstånd (PUT) tillfrisknade hon långsamt.

Mamman berättade för mig att hon ofta tänkte på det jag sagt till henne, att flickan kommer att bli frisk. Det hjälpte henne när det kändes som mörkast.

Sju år senare, när Ayza gick på lärarhögskolan i en annan stad, fick jag möjlighet att träffa henne igen. Hon kände igen mig på rösten men kom inte ihåg hur jag såg ut. Hon kom ihåg att vi besökte henne och att det var viktigt att vi visade att vi inte gav upp.

De första åren efter tillfrisknandet hade varit svåra, och hon hade svårt att umgås med de andra klasskamraterna då hon kände sig annorlunda. Det vände i gymnasiet då hon fick nya kamrater som hon kunde prata med och som förstod henne. Vid vår träff kunde hon berätta om sina minnen från hemlandet och från flykten.

Moira

Moira och hennes familj träffade jag i hemmet upprepade gånger under två och ett halvt år. Flickan var inte kontaktbar, inte heller när andra behandlare var på besök. Mamman hjälpte henne med det mesta. Hon matade henne, hjälpte henne med toalettbesök och vårdade henne.

Moira insjuknade när familjen fick avvisningsbeslut. Innan dess gick hon i skolan men blev i samband med det negativa beslutet allt mer aggressiv i skolan och slog andra barn. Senare blev hon allt tystare och klarade inte av att gå till skolan.

Efter att varit okontaktbar i två och ett halvt år blev hon allvarligt somatiskt sjuk och vårdades på sjukhus under närmare tre månader. Pappan var med största tiden. Under denna tid blev hon allt mer kontaktbar och vid utskrivningen fungerade hon som en helt normal 13-årig flicka. Personalen på avdelningen berättade att de försökt att stimulera henne och att de fick en fin kontakt med henne. Vid hembesök var hon fortfarande reserverad men alla fick en bättre kontakt med henne. Efter utskrivningen fick familjen inhibition på avvisningsbeslutet.

Ansamling av apatiska barn 1998 – 2005

Under 1998 till 2005, när jag arbetade på BUP kliniken i Bo-

den/Luleå, sökte 124 asylsökande barn till BUP-mottagningen. Av dessa hade 27 varierande grad av apati varav 15 hade fullt utvecklat uppgivenhetsyndrom. Situationen var liknade i hela Sverige då många barn blev apatiska under relativt kort tid. Barnen blev helt liggande, okontaktbara och behövde ofta matas via sond. När regeringen 2005 införde allmän amnesti för barnfamiljer sjönk antalet apatiska barn kraftigt. I dag finns det uppskattningsvis ett 50-tal barn med uppgivenhetsyndrom i Sverige. Hittills har jag inte sett någon rapport att ensamkommande flyktingbarn blivit apatiska.

Det finns ingen tydlig förklaring till varför barnen blir apatiska. Familjerna berättar ofta att de varit utsatta för förföljelse som upplevts som traumatiska. Barnen kan själva varit utsatta eller vittne till dessa händelser. Kulturella aspekter kan också bidra; det var en stor övervikt med barn från f.d. Sovjetunionen och Jugoslavien. Asylprocessen i sig är en viktig faktor, insjuknandet kommer nästan alltid i samband med att familjen får ett avvisningsbeslut och tillfrisknandet startar efter att familjen fått permanent uppehållstillstånd (PUT).

Mammans psykiska hälsa och hennes förmåga att stimulera barnet spelar också stor roll. Undersökning av barn med uppgivenhetsyndrom visar att de har låga kortisonnivåer samtidigt



Ill. Katarina Liliequist.

som de har höga nivåer av kortisols prekursorer vilket pekar på att de lever under kronisk stress [1].

Tidig upptäckt

Med tanke på att barnens psykiska hälsa är starkt förknippad med hur föräldrarna och speciellt mamman mår är det viktigt att man frågar alla familjemedlemmar om traumatiska händelser och uppmärksammar om de har symptom på trauma. Det är framför allt vid Migrationsverkets handläggning och vid primärvårdens hälsokontroll som detta kan upptäckas. För att föräldern och familjen skall få adekvat stöd bör man enligt Socialstyrelsens vägledning [2] remittera vidare och anmäla sin oro till socialtjänsten om man befärdar att barnet kan påverkas av vårdnadshavarnas och andra familjemedlemmars hälsa.

Det är viktigt att föräldrar och barn kan leva så normalt som vanligt i vardagen. En uppgift är att ordna plats på förskola och se till att barnen kommer till skolan samt ordna aktiviteter på fritiden och på lov. Lärarna är ofta de som snabbast kan se om barnen mår dåligt. Att ge information till föräldrarna om hjälp vid traumatiska händelser är viktigt och kan med fördel ges i föräldragrupper.

Behandling

Då det är svårt att se framgång med sin behandling skapar det ofta frustration och känsla av hopplöshet hos behandlarna. Barnen och familjen behöver insatser från flera olika håll. Det är därför nödvändigt att bilda ett *nätverk* som kan erbjuda behandling men också stötta och handleda varandra.

Behandlare från BUP har en viktig roll att ha kontakt med barnet, stödja föräldrarna och att vara kontaktperson till andra vårdgivare. När barnet mår bättre finns det förutsättningar för psykoterapeutisk behandling. Läkare på BUP tar ställning till medicinering. Tyvärr har man inte sett någon effekt av antidepressiva läkemedel.

Distriktssköterskan är en viktig person för att regelbundet följa barnets somatiska hälsa och att ge föräldrarna stöd. Det är viktigt att tänka på att barnen också kan drabbas av andra sjukdomar som kan döljas av apatin. Har barnet sond eller måste matas är det viktigt att väga barnet och eventuellt remittera till barnkliniken. *Barnmedicin* behöver ibland vårda barnet på barnkliniken om barnet inte får i sig tillräcklig näring eller om sond måste sättas.

Barnet måste också stimuleras vilket föräldrarna ofta inte klarar av själva. Här skulle man vilja att det görs mycket mer än vad som görs i dag. Viktiga personer är *sjukgymnaster och arbetsterapeuter från primärvården* men också kontaktpersoner från socialtjänsten.

Socialtjänstens uppgift är att se till att föräldrarna får hjälp och stöd i hemmet och ta ställning till om familjen behöver hjälp på behandlingshem (HVB). Inläggning av familjen på behandlingshem bör övervägas när man inte kan aktivera barnet i hemmiljö. Viktigt att hjälpa eventuella syskon att gå kvar i skolan eller att ordna en plats på förskolan.

Föräldrar behöver ofta vård och kontakt med *vuxenpsykiatrien*. Klarar barnet inte av att gå till skolan behöver *skolans personal* göra hembesök och gärna att ta med hälsningar från klasskamraterna. I ett nätverk det viktigt att *Migrationsverket* är med för att ge aktuell information men också för att ta hand om praktiska problem som boende, resor mm.

För att nätverket skall fungera bör man komma överens och skriva ner ett övergripande vårdprogram där det står angivet vilket ansvar var och en av vårdgivarna har. För den enskilda patienten bör man träffas och upprätta en samordnad individuell vårdplan (SIP). Ju tidigare man kan hitta symptom och aktivera barn och föräldrar desto bättre.

Permanent uppehållstillstånd (PUT) är den i särklass mest effektiva "behandlingen" [3, 4]. Forskning och erfarenheter visar också att vändpunkten oftast kommer några månader till ett halvår efter att familjen får PUT, även om det finns undantag. Återhämtning därefter, med fortsatt aktiv behandling, kan ta ytterligare upp till ett halvår innan barnet har tillräcklig kraft för att återgå i skolgång. Det är ändå viktigt att ge familjen stöd och behandling.

Konklusion

Föräldrarna behöver mycket stöd i sin roll som föräldrar och hjälp att härbärga sin oro för familjen och barnets situation. Här är det viktigt att vara ett vikarierande hopp och att inte ge upp. Det kan räcka långt med att besöka familjen och visa sin respekt och empati samt ge hopp utan att lova för mycket.

Min erfarenhet är att det är svårt att få andra vårdgivare att engagera sig. Det är lätt att känna att det överstiger ens förmåga att hjälpa dessa barn eller att det helt enkelt inte är mitt bord. Med ett bra nätverk kan vi handleda och stötta varandra.

Av berättelserna ovan lärde jag mig att det är viktigt att inte ge upp och att ge hopp samt att det finns stora möjligheter att bli frisk trots att man varit helt apatisk under lång tid. Jag lärde mig också att barnet är medvetet om att vi kommer och uppskattar det även om hon/han inte ger någon kontakt.

Den andra berättelsen bekräftar hur viktigt det är att ge barnet stimulering och att aktivera barnet. Det är något som vi skulle vara bättre på och som kräver aktiva insatser från flera håll.

Slutligen vill jag berätta att trots att jag många gånger under vårdtiden känner en stor frustration och uppgivenhet så blir belöningen desto större när barnen tillfrisknar.



Lars Joelsson
Barnpsykiater
Ordförande, Svensk Förening för
Barn- och Ungdomspsykiatri
Överläkare, BUP mottagningen, Strömstad
lars.joelsson@vregion.se

Referenser

1. Söndergaard, HP, Kushnir, MM, Aronsson, B, Sandstedt, P. Patterns of endogenous steroids in apathetic refugee children are compatible with long-term stress. *BioMed Central Research Notes*. 2012; 5(186)
2. Barn med uppgivenhetssyndrom. En vägledning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen 2014. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19031/2013-4-5.pdf>
3. Joelsson, L, Dahlin, K. Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor. *Läkartidningen*. 2005; 102(48):3646-50.
4. Forslund, C-M, Johansson, BA. Pervasive refusal syndrome among inpatient asylum-seeking children and adolescents: a follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012; Nov(3)

Global hälsa – högaktuell även i Sverige

Värdefulla erfarenheter från Indien

I den kliniska vardagen möter man som blivande barnläkare barn från hela världen, inte minst i ljuset av den aktuella situationen med stora immigrant- och flyktingströmmar. Detta medför ett stort och ökande behov av ett öppet sinne gentemot andra kulturer och andra sätt att förhålla sig till hälsa och sjukdom. Samtidigt är det viktigt att vara observant och väl insatt i globala hälsoaspekter och att kunna relatera sjukdomar hos barn till ett globalt perspektiv.

Genom APC:s projekt Globalmedicin har jag haft möjligheten att i tre månader under hösten 2015 randa mig på en barnklinik i Indien. De flesta svenska ST-läkare i allmänmedicin har roterat mellan många olika kliniker. Som ST-läkare i pediatrik valde jag att förlägga samtliga tre månader på Department of Pediatrics på universitetssjukhuset RD Gardi Medical College i den, med indiska mått mätt, lilla indiska byn Ujjain med 515 000 invånare(!), beläget i delstaten Madhya Pradesh i centrala Indien.

Nedan följer en månadsrapport från oktober 2015, då jag varit på både IPD (in-patient department) och OPD (out-patient department, mottagningen), tagit del av case presentations och undervisning och även varit på uppsökande arbete i fält.

"Det står ju i boken!"

Vardagen rullar på med full fart, med rond- och avdelningsarbete blandat med mottagningsarbete. På rondan har jag valt att huvudsakligen koncentrera mig på patienterna på PICU, alltså barnintensiven. Varje morgon börjar jag med att kort undersöka och uppdatera mig på de olika patienterna, innan det är dags för rond. Under rondan presenterar tredjeårs post-graduates (PG:s) patienterna för professorn, varpå alla PG:s mer eller mindre bombarderas med en morgonpigg frågesport. Ve den som inte kan svara! Inte så sällan blir följdkommentaren något i stil med: "Varför kan ni inte det? Det står ju i boken!" Ofta – i alla fall när överläkaren inte heller helt kommer ihåg – letas en lärobok upp med en gång och mitt bland alla patienter och anhöriga lä-

ses högt och berättas. Huvudsakligen rör det sig dock om envägskommunikation: Det är ingen som vågar ifrågasätta eller ställa följdfrågor till professorn. Utom jag – som utomstående tar jag mig vissa friheter, vilket faktisk verkar uppskattas!

En spännande och utmanande vardag

Varje dag bjuder på många spännande fall och tillstånd. Exempel från en slumpmässigt utvald måndag inkluderar mer eller mindre välkända tillstånd som lunginflammation, kramper och njurbäckeninflammation – här hos en lågviktig 9-dagars bebis. Därutöver har jag träffat en pojke med difteri, som vårdades mitt bland alla andra barn på barnintensiven (!); en sju månader gammal flicka med malaria (*p. vivax*, men jag har även sett en del fall av *p. falciparum*) – glad och god och med gott humör!; en 12-årig flicka med hepatisk encephalopati; en pojke med akut viral hepatit; och en flicka med mässling.

En treårig flicka var mycket lågviktig

(MUAC, middle upper arm circumference, 10 cm!) med marasmus-liknande utseende, tydliga tecken på vitamin D-brist, anemi, leverförstoring, snabbbandad och tydlig högersidig pneumoni. Misstanken gick i första hand till tuberkulos.

På eftermiddagen kom en 12-årig pojke till OPD med tydlig kraftnedsättning (både distal och proximal). Han hade varit kraftigt förkyld för någon vecka sedan och var nu inte alls förmögen att resa sig från golvet eller att ta av eller på sig tröjan. Han lades in för utredning av misstänkt neuromuskulär sjukdom. Jag gissar på Guillan-Barré.

Röda siffror och vita membraner

Pojken med difteri tänkte jag fördjupa mig lite i. Han hade i och för sig inte aktiv difteri, men däremot polyneurit, en komplikation till difteri. Ett par dagar senare träffade min supervisor, Dr. Ashish, en 11-årig flicka från samma område – till och med samma skola – med "palatal palsy"



På jakt med difteriteamet från RD Gardi Medical College, bestående av bland andra två Community Health-läkare, en mikrobiolog, en lab-assistent, tre PG:s från Department of Pediatrics – och jag.



Insamling av screeningsprover för *Corynebacterium diphtheriae*, odlingar från näsa och svalg.

Foto: Christian Gadsbøll

(förlamning av gomen), också det en känd komplikation till difteri. Flickans pappa var lärare och kunde berätta om ytterligare en elev med liknande symptom. Det innebar två, kanske tre, fall av post-difteriska komplikationer, i samma åldersgrupp och från samma område: Innebördnen var att det måste finnas en grupp barn som inte hade tillräckligt vaccinationsskydd mot difteri! Det satte igång djungeltrummorna – vi underrättade WHO Surveillance Medical Officer som i sin tur skulle informera regeringen, som i sin tur borde ta tag i saken, och sätta fart med uppspårning och upp vaccinering av de som inte hade tillräckligt skydd. Borde.

Onsdag träffade Dr. Ashish flickan och satte omedelbart igång informationskedjan ovan. Torsdag hade vi inte hört ett pip från officiellt håll. Så tidigt fredag morgon hade RD Gardi Medical College – som är drivet av en välgörenhetsfond och alltså inte av regeringen – satt ihop ett litet team som skulle ut till landsbyn i fråga och göra uppsökande arbete. Teamet bestod bland andra av två Community Health-läkare, en mikrobiolog, en lab-assistent, tre PG:s från Department of Pediatrics – och jag. Milt sagt något oorganiserat begav vi oss iväg, ca. 1½ timme från Ujjain.

Det enklaste och mest uppenbara hade varit att åka till skolan i fråga, prata med lärar-pappan och sedan massundersöka barnen. Det hade dock "glömts" lite på vägen att denna dag samtidigt var Gan-

dhis födelsedag, vilket innebar att alla barnen hade ledigt. Så istället började vi hemma hos läraren. Som traditionen bjuder gjordes det i ordning både vatten och *chai* och sedan satte vi oss, ihop-packade på sängar och stolar i ett sovrum, och kunde komma till saken.

Det visade sig att det fanns fyra barn i familjen, tre flickor och en spädd pojke, varav äldsta flickan på 11 år hade "palatal palsy." Jättesöt tjej. Något tystlåten, och när hon öppnade munnen för att prata blev det väldigt uppenbart att någonting inte stod rätt till: Ljudet som kom ur hennes mun var extremt nasalt och det var svårt att förstå vad hon försökte säga. Jo, även för mina hindi-talande kollegor.

Det framkom att varken flickan eller något av hennes syskon var vaccinerad. Mot någonting som helst. Jag blev helt paff. Vaccinationstäckningen i Indien är på många håll låg, och än lägre här i delstaten Madhya Pradesh, där täckningen av DTP (difteri-tetanus-kikhosta) enligt min supervisor senaste åren dock har gått upp från 43 till 67 %. Om en del av förklaringen till den låga vaccinationsgraden skall finnas i att en analfabetisk, fattig bonde långt ute på landet möjligen inte förstår vikten av att vaccinera sina barn, skulle man kanske kunna förstå det. Men att en lärare – en LÄRARE – som borde vara både utbildad, allmänbildad och informerad låter bli att vaccinera sina barn, hur skall Indien då någonsin lyckas med ett vaccinationsprogram!?

Efter att ha säkrat odlingar från svalg och näsa från samtliga familjemedlemmar, gick vi sedan från dörr-till-dörr i kvarteret och frågade om vaccinationsstatus och tog odlingar på en mängd barn. Spännande att få uppleva hur en vanlig indier bor och hur hemmen ser ut.

Mör och varm av för mycket sol och för lite vatten och mat, gick turen sedan via lunch tillbaka till Ujjain. Väl tillbaka på sjukhuset hoppade jag in på avdelningen och tänkte att jag kunde stanna lite extra för en sen eftermiddagsrond. Och då blev jag lika förvånad, upprymd som oroad: Medan jag hade varit borta hade det nämligen lagts in en 3-årig flicka med... difteri! Klinisk allra-starkaste misstanke om akut difteri med grava andningsbesvär och ett stort, tjockt, vitt membran mitt i svalget. Alla fruktade att hennes luftvägar skulle täppas till om membranet lossnade och var oroliga att det skulle börja blöda, så man bad öron-näsa-hals-läkarna att förbereda för en tracheotomi. ÖNH sade sig dock inte ha rätt saker i rätt storlek, så de avsåg sig ingreppet och hänvisade till ett "higher center." Det innebar att skicka patienten till Indore och inte hade familjen råd med ambulans, så det fick bli i buss. Färden tar runt 1½ timme i bil, och säkert längre i offentlig buss. Så det gjorde man! Jag kunde knappt tro mina öron – högst osäker luftväg och sedan skulle denna lilla flicka sitta och skumpa och hosta i en offentlig buss i 1½ timme! "Stackars flicka," tänkte jag, "undrar om du kommer hela vägen fram?" Och ingen verkade tänka nästa steg: Smittorisken. Vad med alla andra passagerare på bussen? Först efter rejäl påtryckning fick jag den läkare som skickade iväg patienten att springa efter och förse henne med en mask...

Allt är inte elände!

Det finns många andra fall jag skulle kunna skriva om här, men alla ryms inte i en månadsrapport. Många patienter är svårt sjuka, föräldrarna söker sent med sina barn, behandlingar och förhållningssätt är inte som man är van vid hemifrån, och saker och ting går bestämt inte alltid så fort som man vill. Men allt är inte elände. Precis som på vilken pediatrik avdelning som helst kan barnen vara svårt sjuka vid inkomst och sedan återhämta sig till ett skick där man möts av ett härligt leende på bara en eller några dagar. Som en liten kompis som nu är utskrivna och frisk. Hon kom in med leverabscess, svår anemi



En typisk rond på Department of Pediatrics på RD Gardi Medical College: ST-läkarna presenterar patienten och sina fynd för professorn, medan underläkare, studenter och till och med patientens pappa står i giv-akt.

Foto: Christian Gadsbøll



Uppsökande arbete i fält i sökandet efter ytterligare fall av difteri: Hälso-intervjuer och provtagning. Stort intresse från den primära målgruppen, kvarterets barn!

Foto: Christian Gadsbøll

(38 g/L!) och ikterus och har varit inlagt för intravenös antibiotika i sex veckor. Under tiden har hon blivit piggare och piggare, och varje dag har vi hälsat och busat i korridoren. Härligt!

Givande erfarenheter

På få dagar har jag här sett flera (i Sverige) ovanliga tillstånd än på många år hemma. Bland lärdomar i form av en vässning av anamnesupptagande, klinisk undersök-

ning, sjukdomstillstånd och behandlingar har jag bara under oktober månad sett tre fall av aktiv difteri samt flera olika kliniska post-difteriska tillstånd som polyneurit, cardit och "palatal palsy." Det är mycket intressanta och givande erfarenheter, inte minst i ljuset av de ökande flyktning- och migrantströmmarna till Sverige, där många mycket väl kan vara ovaccinerade.

Min förhoppning har varit att se ett stort antal patienter med många olika tillstånd, uppleva hur sjukvården kan se ut i andra delar av världen samt att ha många givande diskussioner och utbyten av erfarenheter. Samtidigt hoppades jag att få värdefulla erfarenheter och en ökad medvetenhet om globala hälsoperspektiver som jag sedan kunde relatera till den dagliga verksamheten på min klinik. Jag blev inte besviken!



Christian Gadsbøll

ST-läkare i barnmedicin
Styrelseledamot, Barnläkarföringens
delförening för Global Barn-
och Ungdomshälsa
Barn- och ungdomskliniken,
Länssjukhuset i Kalmar
christian.gadsboll@ltkalmar.se

Globalmedicin – en unik möjlighet till klinisk träning

Sedan 2004 har CeFam (numera APC, Akademiskt Primärvårdscentrum), Stockholm, erbjudit möjlighet för ST-läkare i Sverige att som del av utbildningen under tre månader praktisera vid universitetskliniker i Dar es Salaam, Tanzania, Kampala, Uganda och Trivandrum eller Ujjain, Indien.

ST-läkarna har genom deltagande i klinisk verksamhet och undervisningsaktiviteter tillskansat sig kunskap om global hälsa, sjukvårdsorganisation och en stor mängd sjukdomstillstånd, sällsynta men förekommande i Sverige, såsom malaria, TBC och HIV.

De svenska läkarna har i målande månadsrapporter beskrivit de nyvunna kliniska erfarenheterna och kulturella observationerna. Samarbetet med mottagande kliniker och sjukhus har varit mycket gott.

Nästan 160 läkare från hela landet, mestadels ST-läkare i allmänmedicin men även i pediatrik, gynekologi och akut/intern/infektionsmedicin, har hittills fullgjort denna sidoutbildning med godkännande från klinikchefer, studierektorer och Socialstyrelsen.

ST-läkarna har uppburit lön från sin arbetsgivare. Ett handledararvode finansierat av Sida har utbetalats till mottagande universitetsklinik.

Programmet har möjliggjorts genom välvilligt ekonomiskt stöd från Sida för att öka intresse och beredvillighet hos svenska läkare att delta i internationellt hälsoarbete. Dessvärre föranledde besparingar till att denna finansiering från Sida tvingades upphöra 2015.

Intresset för programmet Globalmedicin är fortsatt mycket stort och med tanke på de kommande utmaningar svensk sjukvård står inför med ökat resande, migration och eventuella utbrott av olika epidemier är det mycket beklagligt att någon ny finansiering för programmet och dess administration ännu ej kunnat uppböras. Verksamheten är väletablerad, kunskapsintensiv och väldigt uppskattad – en unik möjlighet, som i nuläget inte längre finns.

Åsa Leufven

Studierektor Globalmedicin, APC, Stockholms läns landsting

Annons

WONCA Europe

– för allmänläkare från "Storeuropa"

Wonca World är en behändig förkortning för *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Den officiella förkortningen är *World Organization of Family Doctors*. Medlemmar är nationella organisationer som arbetar med akademiska och kliniska aspekter av primärvård.



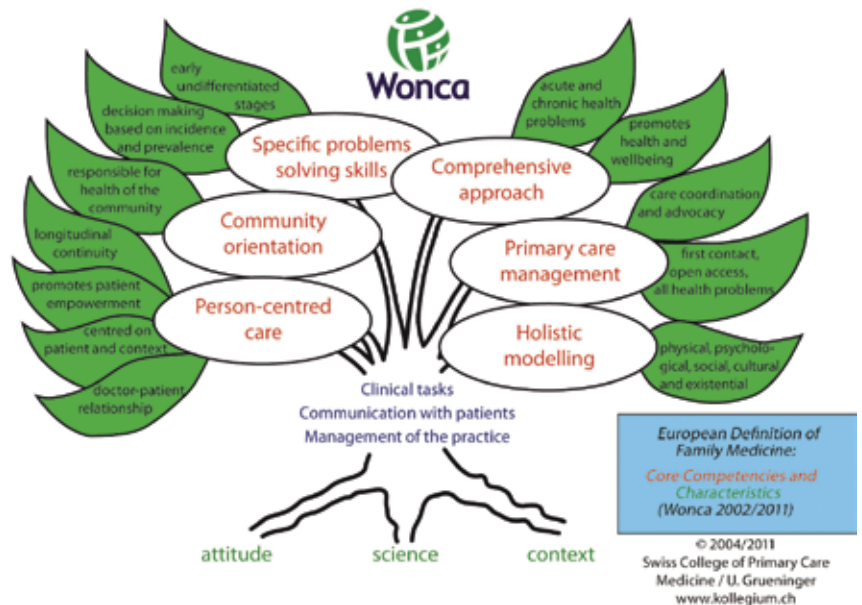
Wonca World bildades 1972 av 18 medlemmar. I dag har organisationen 122 medlemsorganisationer i 102 länder, indelade i sju regioner, med totalt 300 000 allmänläkare. Wonca är representerat bland annat i WHO. En världskongress anordnas vart annat år. Göran Sjönell var ordförande 1995-1998.

Redan 1959 bildades den första europeiska sammanslutningen för allmänläkare, SIMG. Den var verksam både i öst och väst. 1992 ägde den första europeiska Wonca-konferensen rum, och 1994 slogs de två organisationerna samman till *European Society of General Practice / Family Medicine* eller "Wonca Europe".



Wonca Europe har idag 46 medlemsorganisationer med 94 000 allmänläkare. Av historiska skäl räknas länderna i f.d. Sovjetunionen, Israel och Turkiet till "Europa".

Syftet är att stimulera nätverkande bland allmänläkare intresserade av professionell utveckling, forskning, utbildning och kvalitetsutveckling. För detta ändamål har en rad nätverk och intressegrupper bildats. Den vetenskapliga tidskriften heter *European Journal of General Practice* (EJGP). En kongress anordnas årligen, i år 2016 den 15-18 juni i Köpenhamn, gemensamt



arrangerad av de fem nordiska organisationerna.



EUROPREV – the European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice – bildades i samband med konferensen i Stockholm 1996. Syftet är att främja evidensbaserad sjukdomsprevention och hälsofrämjande arbete i primärvården.

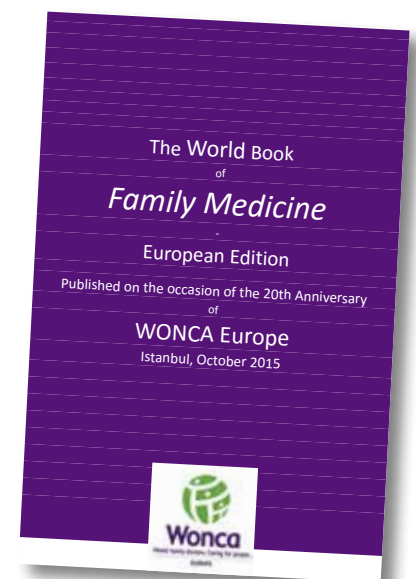
Övriga nätverk är EURACT, EQUIP, EURIPA, EGPRN och VdGM. De beskrivs på följande sidor av sina svenska företrädare. På hemsidan finns länkar till en rad intressegrupper.

Den europeiska definitionen av general practise / family medicine, uppdaterad 2011, är över 30 sidor lång, på svårt byråkratspråk. Den har av schweizarna kondenserats ner till ett träd (se bild ovan).

Hösten 2015 gjorde WONCA Europe ett uttalande, *The Wonca Europe Istanbul Statement*, om flyktingkrisen där man be-

kräftade att Europas allmänläkare är beredda att ta stor del i att ge den nuvarande och framtida befolkningen i Europa god hälso- och sjukvård.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



WONCA Europe: www.woncaeurope.org

Vasco da Gama Movement – för unga och framtida allmänläkare

Vasco da Gama Movement (VdGM) är en rörelse inom WONCA Europe för Europas yngre allmänläkare och ST-läkare inom allmänmedicin, etablerad i Amsterdam 2004. Det är främst ett nätverk av yngre kollegor där minst ett möte hålls årligen i samband med WONCA Europe-mötet. Det finns ett fullmäktige och ett antal arbetsgrupper.

I år kommer det fysiska mötet ligga precis dagarna före WONCA Europe i Köpenhamn, 14-15 juni. Det är en separat konferens bara för yngre kollegor. I samband med detta kan man också göra ett kort utbyte, den 13 juni hos en dansk allmänläkare.

Se <http://www.woncaeurope2016.com/young-doctors>.

Hippokratesutbytet startades år 2000 av en dansk allmänläkare, Per Kallestrup, för att främja internationella kontakter mellan yngre allmänläkare, som en del av Vasco da Gama Movement. Årligen sker ett hundratal utbyten inom Europa.

Det är ett auskultationsutbyte under två veckor från och till Sverige. Utbytet måste inte vara bilateralt. Boende, mat och resa får ST-läkaren själv bekosta.

All information om Hippokratesutbytet liksom om Vasco da Gama Movements andra aktiviteter finns på hemsidan. Här finns alla dokument som behövs för ett utbyte samt tidigare reseberättelser.

Vi söker ständigt efter vårdcentraler och kollegor som vill ta emot en europeisk kollega, en eller flera gånger. Vi söker också ny nationell utbytessamordnare.



Sofia Eriksson
ST-läkare
Ledamot av SFAMs ST-råd
National Exchange Coordinator
för Hippokratesutbytet
Stensö vårdcentral, Kalmar län
sofia.eriksson2@ltkalmars.se



Vasco da Gama Movement: vdgm.woncaeurope.org

Läs om Hippokratesutbytet i AllmänMedicin 2013;3:60.

European General Practice Research Network – mer än europeiskt forsknings-samarbete

E GPRN, European General Practice Research Network, är ett WONCA-nätverk som är äldre än moderorganisationen (!). Professor Anders Håkansson, Malmö (1950-2010) – min doktorandhandledare – var hängiven EGPRN och representerade SFAM där.

EGPRN bildades som EGPRW – med W för workshop – och har haft vår- och höstkonferenser sedan 1974. Den 20-24 maj 2016 hålls det 82:a mötet i Tel Aviv och 13-16 oktober 2016 det 83:e i Leipzig. E borde stå för Eurasian då Israel och Turkiet sedan 1970-talet är två av de 25 medlemmarna. Turkiet har varit värdland många gånger, senast 2015, och den Ankarabaserade kollegan Mehmet Ungan är EGPRNs ordförande sedan 2015.

EGPRN ger mig en värdefull känsla av äkta europeisk yrkesgemenskap som går utöver Europas gränser eftersom turkarna och israelerna ofta är många på mötena. Sedan 2009 deltar jag som SFAMs representant i EGPRNs råd där vi beslutar om framtida mötens inriktning. Organisationens säte finns vid Maastrichts universitet i Nederländerna.

EGPRN främjar ”gräv-där-du-står-forskning” och mycket tid läggs på feedback av forskarnas presentationer. Alla bidrag till mötena referentgranskas med högre kvalitetskrav än för WONCA-möten. Många doktorander har debuterat med föredrag eller posters på EGPRN – i Barcelona 1997 var det min tur. EGPRN-möten ger forskaren värdefull återkoppling i en tillåtande men kritisk miljö av inte för många deltagare – sällan mer än 150. Man får lätt nya vänkollegor, och då varje möte erbjuder studiebesök på lokala ”vårdcentraler” är den kliniska anknytningen självklar.

EGPRN ordnar något så ovanligt som generiska forskarmöten. Allt som rör sig i allmänmedicinen behandlas. Inte bara sjukdomar utan även organisationsfrågor, åldrandets be-



tydelse och allmänläkarens roll i vården. Många transnationella samarbetsprojekt har sett dagens ljus i EGPRN – själv är jag inblandad i en handfull. Alla samarbetsprojekt får egna tider och platser under mötet.

För transnationell jämförande allmänmedicinsk forskning är EGPRN-miljön idealisk. Med liten budget kan intressanta data grävas fram.

Genom EGPRN-samarbete har SFAM fått en italiensk medlem, Ferdinando Petrazzuoli, doktorand i Malmö och fulltidsarbetande allmänläkare utanför Neapel, som representerade SFAM officiellt på WONCA i Lissabon 2014. Jag handleder Ferdinandos avhandlingsarbete om demensdiagnostik där alla 25 EGPRN medlemmar bidrar med data i en eurasisks jämförande studie.

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com



SFAM informerar

SFAM:s Utbildningsprenumeration



Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

**Du behöver varken söka kunskap eller leta inspiration på egen hand.
Vi ser till att de hittar dig, i en jämn ström under hela året.**

SFAM:s utbildningsprenumeration håller dig uppdaterad och ger dig förmåner och rabatter som till exempel hela 1100 kronors rabatt på avgiften för ST-dagarna och låga priser på facklitteratur.

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på: sfam.se
Undrar du något? Kontakta Eva Norell
på: +46 708 52 39 56 eller eva.norell@sfam.se.

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

sfam.se

European Academy of Teachers in General Practice

– utbildningssamarbete över gränserna

Att arbeta med utbildning kräver alltmer kulturkompetens och kunskap om vår omvärld. På grundnivå är studenternas språkkunskaper och kunskap om vårt sjukvårdssystem oftast goda även om namnen på studenterna vittnar om tidigare generationers förflyttningar.

På AT- och ST-nivå är situationen betydligt mer utmanande. Jag arbetar som studierektor i ett område norr om Göteborg med Alingsås och Borås som centrum. Av våra nu knappt 90 ST-läkare i allmänmedicin har drygt 60 % icke svensk grundutbildning. Många har dessutom mångårig klinisk erfarenhet av sjukvårdssystem som är helt olika vårt eget.

Att ge och ta erfarenheter har vitaliserat vår utbildningssituation på ett mycket positivt sätt. Det är inte alltid lätt men alltid inspirerande. Många glada skratt när missförstånd uppstår och ibland kanske inte tårar men stor trötthet. Den homogena värld vi levde i under min barndom kommer aldrig tillbaka och samarbete över gränserna är ett måste.

European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) kanaliserar kunskap runt grundutbildning, AT (interns), ST (recidents) men också fortbildning. På hemsidan hittar man uppgifter om hur de olika utbildningssystemen fungerar. Uppgifterna är kortfattade men namn och kontaktdata på de olika ländernas representanter finns angivna, och man är beredd att svara på frågor från utbildande kollegor över Europa.

Vi som är representanter från Norden är ofta stolta över vår rekordlånga väg från student till färdig specialist som ger oss träning i kontinuitet och patientcentrering. Våra allmänläkare har ett brett uppdrag och behöver tid att träna sina färdigheter och utveckla klokskap genom många patientmöten. Men å andra sidan sätter vi upp mål som vi inte alltid utvärderar. Vet vi verkligen att våra ST-läkare håller måttet när de är färdiga?

Vår nya målbeskrivning skärper kraven på kontinuerlig, dokumenterad utvärdering och här får vi också söka stöd i europeiska, amerikanska och kanadensiska kollegor för att skapa hållbara rutiner för vår egen utbildning. I nya målbeskrivningens rekommendationer ger vi därför förslag på metoder och formulär. Det är av yttersta vikt att vi integrerar detta i de utbildningsdokument som varje landsting/region skall tillhandahålla. Att utvärdera behöver vi göra *inför* ST, *under* hela ST och *i slutet av* ST.

Att bli handledare är inte som i stora delar av Europa ett eftertraktat akademiskt hedersuppdrag med gedigen utbildning och kontinuerlig uppdatering. EURACT har just sjösat sin interaktiva hemsida *Appraisal System for Teachers and Trainers in Family Medicine and General Practice* www.ziz.dev-eurohost.pl. Gå gärna in och se om du är lärare på *novis, competent* eller *expertnivå*. Vi har mycket att lära och ta till oss. Formulär



som detta kan kanske mer skrämna än entusiasmera men visst borde vi alla vara kompetenta även om det är få förunnade att vara experter.

Även på fortbildningsområdet har vi mycket att lära – men också avskräckande exempel att ta del av. Att räkna timmar av föreläsningar oavsett kvalitet enligt poängsystem är ju inget vi vill efterlikna. Men att räkna forskning, handledning, journal club, utvecklingsarbete, nätverk som del av ett kontinuerligt livslångt lärande kombinerat med kurser och konferenser känns ju mer tilltalande.

EURACT jobbar på – lite konservativt kanske, tidigare mycket manligt dominerat, men förändringens vindar slår till även här. Efter professor Janko Kersniks tragiska bortgång mitt i en valperiod har dr Jo Buchanan fått UK trätt in som ersättare och förhoppningsvis även framtida president för organisationen. Hon är inte professor utan General Practitioner i Sheffield, numera pensionär med mycket lite patientkontakt men gott om tid att ägna sig åt utbildning. Hon har ägnat ett helt yrkesliv åt allmänmedicinen som läkare och utbildare och har en gedigen erfarenhet av olika styrsystem vad gäller såväl praktiken som curriculum för studenter och utbildningsläkare på alla nivåer. Hon har också stor erfarenhet av *peer evaluation* där kollegor bedömer varandras kompetens fortlöpande över hela yrkeslivet.

Vi har mycket att lära men också mycket att ge vilket är ju exakt vad internationellt utbyte går ut på!



Eva De Fine Licht
Studierektor Södra Älvsborg
Floda vårdcentral, Lerum
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Annons

European Rural and Isolated Practitioners Association – för glesbygdsmedicin i Europa

Glesbygdsmedicin, eller "rural medicine", är en internationellt sett gammal "gren" av den praktiska medicinen och sedan länge ett akademiskt ämne i många länder, framför allt i Australien, Storbritannien, Kanada och USA. Särskilda utbildningsenheter för läkare som skall arbeta i glesbygden finns i många länder, och kraven är också olika beroende på var man verkar. I t.ex. Sydafrika måste en allmänläkare på landet kunna förlösa och utföra kejsarsnitt.

Personal inom glesbygdsvård möter alla sjukdomar, olycksfall, symptom och tecken på ohälsa som finns i en befolkning, inklusive akutsjukvård. Det kräver djup förståelse även för människors sociala, psykologiska, ekonomiska och samhällsstrukturella villkor i glesbygd.

Behovet av stöd för hälsovårdens infrastruktur kan exemplifieras med att knappt hälften av världens befolkning bor i glesbygd, men endast lite drygt 20 % av världens sjuk- och hälsovårdspersonal arbetar där. Eller av att det i Kina finns 1,3 miljoner "doktorer" i glesbygden, varav ca 300 000 med en kompetens motsvarande läkarlegitimation eller mer.

För att bygga upp en internationell organisation för främjande av en god sjukvård, en god hälsa och bättre levnadsvillkor bildades *The Wonca Working Party on Rural Practice* (WWPRP) 1992, och föreningen blev en del av "Wonca-familjen" 1995.

WWPRP ordnar egna världskongresser i glesbygdsmedicin, senast i Dubrovnik 2015 med över 1 300 deltagare, där flera med-

lemmar i Svensk förening för glesbygdsmedicin (SFMG) deltog. Nästa världskonferens blir i Cairns i Australien 2015.

WWPRP är även mycket aktiv med egna sessioner på de "vanliga" Wonca – mötena, såväl på de sju regionala som i "världswonca" i Rio i år.

För att organisera glesbygdsmedicinens behov i Europa bildades med WWPRP som avbild *The European Rural and Isolated Practitioners Association* (EURIPA) 1997 med den moderna glesbygdsmedicinens närmast ikonförklarade fader, doktor John Wynn-Jones, Wales, som första ordförande. EURIPA håller egna konferenser, senast 2014 i Riga, där SFMG var rikligt representerat. Nästa blir i september 2016 i Marseilles.

Initiativet att bilda Svensk Förening för Glesbygdsmedicin (SFMG) togs vid första nationella konferensen i Glesbygdsmedicin i Åsele 2001, och föreningen konstituerades så vid den 2:a nationella konferensen, i Öregrund, 2002. Sedan dess har föreningen haft årliga konferenser varje vår, och i år var det Sälen som fick äran att ordna den 16:e nationella konferensen.

SFMG har en representant i EURIPA:s styrelse, Peter Berggren från Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman, och en i den internationella kommittén för 24 länder, Lars Agréus, Öregrund. SFMG utlyser varje år ett resestipendium för en föreningsmedlem att delta i en internationell konferens, i föl i Brasilien, i år i Marseilles. Vi har på våra årliga konferenser haft gäster från Wales, Norge, Kanada, och Grekland.

Den vetenskapligt mest aktiva vårdcentralen i Sverige är Storuman där Glesbygdsmedicinskt Centrum (GMC) är beläget. GMC har samarbetsavtal med Northern Ontario School of Medicine i Kanada samt Charles Darwin University i Australien, där vi gemensamt arbetar med FOU inom glesbygdsmedicin. I detta ingår utbyte av forskarstudenter på olika nivåer. För tillfället finns en doktorand samt närmsta tre åren en gästprofessor från Australien i Storuman.

Utöver det ingår Distriktmedisinscenter i Tromsø i det rurala nätverk vi bygger tillsammans med våra vänner från Australien och Kanada. GMC har också samverkan med Centre for Rural Health i Skottland, med ett nyligt studiebesök här i Storuman från deras chef professor Phil Wilson. I olika projekt har GMC samarbetspartners även på Island, i Finland, Indonesien, Kenya samt sannolikt Sydafrika.



Lars Agréus
Öregrunds vårdcentral
Senior professor,
Sektionen för allmänmedicin, Karolinska
institutet
lars.agreus@ki.se



Peter Berggren
Storumans sjukstuga hälsocentral
Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman
peter.berggren@vll.se



AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder. Skicka till: chefredaktor@sfam.se.



WONCA EUROPE CONFERENCE COPENHAGEN - DENMARK

15 - 18 JUNE 2016

Welcome to Copenhagen and enjoy the Nordic summer light



SCIENTIFIC PROGRAMME

Family Doctors with heads and hearts

- The ageing Europe
- Making healthcare affordable
- The future consultation
- Diagnosing - a vital task for family medicine
- Inequality in health and specific patient groups



The congress
is patronaged by
Her Royal Highness,
Crown Princess Mary
of Denmark

 **FAMILY
DOCTORS**
with heads and hearts
WONCAEUROPE2016.COM



European Society for Quality and Safety in Family Practice

– många aktiva behövs i kvalitetsarbetet

European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP) bildades 1991 och blev då den tredje nätverksorganisationen inom WONCA. De två tidigare, EURACT (European Academy of Teachers in GP/FM) och EGPRN (European GP Research Network) fanns redan när WONCA bildades.

EQuIPs syfte är att bidra till att uppnå hög kvalitet och patientsäkerhet för patienter i primärvården i alla europeiska länder. Detta sker genom att på olika sätt stimulera och stödja kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, dvs. den kontinuerliga process som består av granskning av egna resultat gentemot olika kvalitetsmål och, vid behov, genomföra förbättringar för att sedan åter granska resultaten.

Från början utsåg de allmänmedicinska institutionerna (Colleges of Medicine) två delegater per land som medlemmar i EQuIP. I Sverige skedde detta via SfamQ.

Sedan EQuIP bildades har kvalitet och patientsäkerhet i allmänmedicin förändrats från att vara något som i stort sett helt initierades och leddes av engagerade enskilda läkare och forskare till något som initieras och leds av nationella och regionala myndigheter och som också delvis används för att styra primärvården. Men för att kvalitetsarbetet ska vara effektivt måste de enskilda läkarna fortsatt vara engagerade. Dessutom krävs att vi balanserar mellan å ena sidan evidensbaserade riktlinjer och behandlingsmål, och å andra sidan patient-läkarrelationen och den patientcentrerade konsultationen.

Det var med tanke på detta som EQuIP förändrades från en sluten grupp med två medlemmar per land till ett öppet nätverk 2012. Nu kan både individer och organisationer bli medlemmar. För närvarande har EQuIP 75 individuella och 13 organisatoriska medlemmar från 25 olika europeiska länder. För Sverige är f.n. Eva Arvidsson, Jönköping, medlem och



EQuIP i Tallin 2014.

dessutom har SfamQ nyligen blivit organisatorisk medlem så att olika personer från SfamQ kan delta i mötena.

Under åren har ett antal verktyg för kvalitetsarbete utarbetats av EQuIP, bl a. EUROPEP (EUROPEAN PATIENTS EVALUATES PATIENT CARE), ett verktyg för att mäta patienttillfredsställelse i allmänmedicin, samt EPA (EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT) och INTERNATIONAL FAMILY PRACTICE MATURITY MATRIX (IFPMM), båda verktyg för att bedöma de organisatoriska aspekterna av primärvården med fokus på kvalitets- och teamarbete.

Inom EQuIP finns ett antal arbetsgrupper som medlemmarna deltar i. För närvarande är ämnena för dessa: e-hälsa, jämlikhet, patientsäkerhet, patient empowerment, hälsa för vårdpersonal, undervisning i kvalitetsarbete, verktyg och metoder för kvalitetsarbete samt kvalitetscirklar.

Två gånger per år ordnar EQuIP möten. På våren är dessa öppna konferenser där också icke medlemmar kan delta. Sedan de senaste åren har bl.a. varit organisation av vården för patienter med kronisk sjukdom, jämlikhet som de dimension av kvalitet i primärvård, digital läkemedelsförskrivning och teamarbete i primärvården. I år är det patientsäkerhet som står i fokus i Prag i april www.equip2016.cz.



Eva Arvidsson
Forskningsledare på Futurum,
primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Medicinsk rådgivare vid prioriteringscentrum,
Linköpings universitet
evaarv@gmail.com

Scandinavian Journal of Primary Health Care – nordiskt och europeiskt samarbete



Helena Liira.

Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) har sedan i mars 2016 en finsk chefredaktör i Helena Liira, allmänmedicinprofessor i Perth, Australien. Hon tog över efter Peter Vedsted, professor i Århus. Helena har varit finsk nationell redaktör i flera år.

SJPHC har nationella redaktörer och biträdande redaktörer för varje nordiskt land och ägs av Nordic Federation for General Practice (NFGP) där SFAM är medlem. Redaktionen består av de nationella redaktörerna och träffas vår – i samband med

NFGP:s årsmöte i Köpenhamn – och höst, ofta i något av de nordiska länderna. I höstas möttes vi på WONCA Istanbul i samband med planering av WONCA Köpenhamn. Peter Vedsted är nämligen samtidigt chef för vetenskapliga kommittén för WONCA Köpenhamn.

SJPHC publicerar originalforskning inom områden som har relevans för allmänmedicin och primärvård också av utomnordiska författare. I första numret 2016 var fyra av de tretton artiklarna från Nederländerna, en från Turkiet och en från Kroatien.

SJPHC är open access sedan många år vilket betyder att alla läser den gratis. Det kostar 400 euro för SFAM:s medlemmar och 1200 euro för övriga att publicera en artikel i SJPHC.

Sedan 2010 arbetar jag som nationell redaktör för SJPHC vilket innebär att jag läser flertalet av de svenska manus som chefredaktören först granskat. Jag väljer sedan expertgranskare, så kallade peer reviewers, från SJPHC:s databas, genom mina egna kontakter i European General Practice Research Network (EGPRN) eller genom Google Scholar. Det europeiska samarbetsnätverk jag fått genom EGPRN är värdefullt för att hitta granskare utanför Norden.

Svensk biträdande redaktör är Cecilia Björkelund, allmänmedicinprofessor i Göteborg. Cecilia behöver kanske ingen närmare presentation för flertalet läsare. Men det bör nämnas att Cecilia är en mycket produktiv forskare och forskarhandledare. Andelen manus till SJPHC där Cecilia varit delaktig de senaste åren överträffar alla andra svenska professorer i allmänmedicin. Givetvis har hon inget med bedömningen av egna manus att göra och expertgranskningen är blindad. Granskarna vet alltså inte vem som författat det manus man granskar.



Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com



Svenska
Läkaresällskapet

Berzelius symposium 92

Tobacco Endgame – Swedish style

22–23 September 2016 in Stockholm Sweden

www.sls.se/tobaccoendgame



Scandinavian Journal
of Primary Health Care:
www.nfgp.org/flx/sjphc

Se också "Nordisk tidning för forskare",
AllmänMedicin 2015;2:34.

Annons

Till subjektivitetens försvar 2

Lärdomar från vårdcentral

En omfattande forskning finns om subjektiv hälsa. Däremot saknas forskning om hur självskattad hälsa kan utnyttjas i enskilda patientmöten. Jag redovisar här en studie som vi låtit göra vid sju vårdcentraler i Norr- och Västerbotten [1]. Vi ville ta reda på vad som händer i en konsultation där en fråga om självskattad hälsa ställs. Frågan löd: ”Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med personer i Din egen ålder? Bättre? Sämre? Lika?”

Åtta erfarna distriktsläkare deltog i studien. De spelade in konsultationer bokade som besök för diabetes, smärtproblematik eller ännu icke bedömda/diagnosticerade tillstånd och besvarade sedan en kort enkät. Tidsanvändningen i konsultationerna mättes och innehållet analyserades. Läkarna instruerades att i första hand lyssna in vad patienterna sa, inte att främst få fram skattningen ”bättre, sämre, lika”. Studien var godkänd av Etikprövningsnämnden i Umeå, Dnr 2012-484-31.

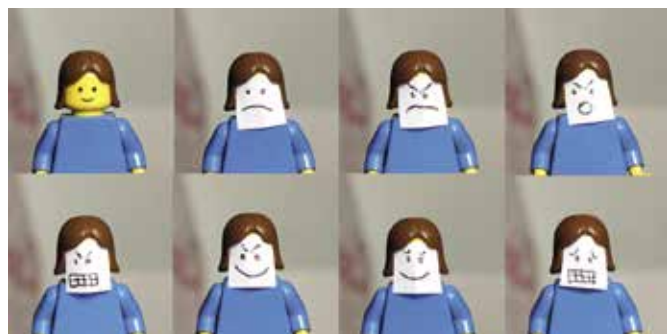
Tabell 1. Huvudsaklig anledning till att konsultera läkare

Huvudsaklig sökanledning	Kvinnor, antal	Män, antal	Totalt antal
Diabetes	7	9	16
Smärta	3	2	5
Andra skäl	7	5	12
Totalt	17	16	33

Vad hände?

Totalt deltog 33 patienter: 17 kvinnor och 16 män i åldrarna 18-83, medianålder 60 år. Angivna anledningar till att konsultera läkare listas i tabell 1. ”Andra skäl” rörde magproblem, oro för hjärtsjukdom, huvudvärk, yrsel, lungsjukdom, utmattning och problem med vikten. Deltagande distriktsläkare var mellan 41-61 år och hade arbetat som läkare mellan 16-34 år.

Tidsåtgången för konsultationerna varade mellan 12-46 minuter med en mediantid på 23 minuter. Tid för samtal om



Frågan om jämförd självskattad hälsa ledde ofta till känslomässiga reaktioner, ibland även svordomar.^{B1}



Många patienter uppfattade initialt att frågan rörde livsstil och berättade skamsna om sina brister, bilring kring magen, oförmåga att förändra sig o.s.v.^{B2}

självskattad hälsa varade mellan 0,5-15 minuter med en mediantid på 2 minuter. I konsultationerna som helhet varierade patienternas taltid mellan 21 % till 85 % av all talad tid. I de delar som rörde självskattad hälsa ökade patienternas taltid till 49-90 % av taltiden.

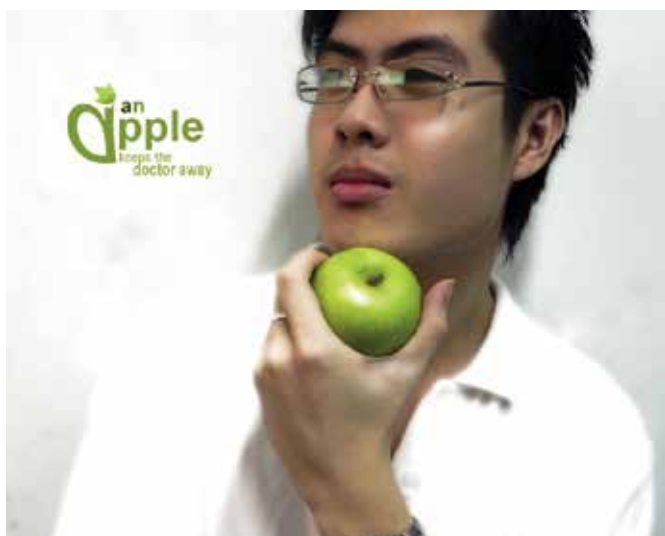
En oväntad fråga

Frågan om självskattad hälsa ställdes en bit in i konsultationen, före ev. somatisk undersökning. När frågan hade ställts blev det ofta tyst, ibland under flera sekunder. En del patienter suckade eller gjorde ett trevande försök att besvara frågan. Andra kunde be läkaren repetera frågan. För att möta förvirringen kunde läkaren förtydliga frågan genom att föreslå de tre svarsalternativen; bättre, sämre, lika. Allt detta antyder att frågan var oväntad. När patienten väl hade förstått frågan följde ofta ett känslopräglat svar (reaktion) och sedan en mer genomtänkt reflektion.

Reaktion

Många patienter tolkade frågan som att den gällde livsstil – mat, vikt eller fysisk aktivitet – och ofta framkallade den känslor av skuld eller skam. Ett sådant omedelbart svar var:

”Ja jag har ju en bilring” [generat skratt]. (Man, 65 år, diabeteskontroll.)



Matvanor kom ibland som tema.⁸³

Läkarna rapporterade att sådana svar gjorde dem mer lyhörda i diskussioner om livsstil. Andra patienter kunde däremot reagera med stolthet och förtjusning och deklarerade att de var i bättre form än andra. Läkarna menade att sådana svar "lättade upp stämningen". En annan känsla som kunde komma fram var sorg, ibland uttryckt som ilska över dålig hälsa och det begränsningar detta medförde eller att man var så mycket sämre än andra. Dessa känslor uttrycktes ofta med kraftuttryck även om svordomar inte förekom i den övriga delen av konsultationen. En patient brast ut:

"En del mår ju hur jävla bra som helst!" (Man 71 år, kronisk trötthet, magproblem.)

Även med för läkaren välkända patienter kunde en kraftfull emotionell reaktion göra att läkaren såg patientens situation tydligare. "Saker och ting var värre än jag hade insett." Andra reaktioner kunde förmedla helt nya insikter, handikappande symtom som läkaren inte känt till, ingen att jämföra sin hälsa med som visade på en social isolering trots ett till det yttre helt normalt liv. Det hände också att patienter mådde ganska bra trots sina symtom. Även ett allvarligt kroniskt tillstånd kunde ibland, i jämförelse, te sig uthärdligt:

"Jag vet inte, det måste finnas de som har det värre än jag." (Kvinna 53 år, med svår handikappande reumatoid artrit.)

Enligt läkarna gav de emotionella svaren en ögonblicksbild av patientens situation och påverkade atmosfären i rummet och inriktningen på den efterföljande diskussionen.

Reflektion

I det efterföljande samtalet var fokus på patientens tankar och reflektioner kring sin hälsa, både tidigare och nuvarande. Patienterna uttryckte insikter som föreföll att komma fram eller klarna under samtalet och deras egen reflektion kring sin hälsoskattning. Läkarna svarade med uppmuntrande mummel, och ibland genom att repetera det patienten just hade sagt, så att de lättare kunde fortsätta. Samtalen innehöll ofta följande teman: funktionsförmåga, patienternas sätt att klara av symtom,

sjukdom och risker och hur deras livssituation påverkade deras upplevelse av hälsan.

Funktionsförmåga

Sjukdomar och symtom sammankopplades med funktionsförmåga i dagliga aktiviteter när patienterna började reflektera. Jämförelser med andra som var mer begränsade i funktion gjorde att några kunde se mer positivt på sin egen situation även bland dem som initialt besvarat frågan med "sämre". En 83-årig man som inte längre kunde gå på jakt eftersom hans ben inte fungerade så bra, återvände i slutet av konsultationen till frågan.

Patienten: *"Som jag sa i början, jag är lite nedsatt på grund av mina ben."*

Doktorn: *"Ja, OK."*

Patienten: *"Har inte så mycket kraft i dom..."*

Doktorn: *"Mmm."*

Patienten: *"Min balans är sämre, och... Men bortsett från detta, så tycker jag att jag på det hela taget är bättre än många... Många av dom andra är döda och... jag är i alla fall klar i huvudet."*

Den här typen av perspektivförskjutning gjorde det lättare att diskutera patientens möjligheter och kvarvarande resurser. Vid enstaka tillfällen rapporterade läkarna att frågan enbart fick patienterna att tänka ännu mer på hur eländigt allt var.

Klara av symtom, sjukdom och risk

Patienterna reflekterade också över hur de försökte klara av sin dåliga hälsa. Många beskrev hur det efter en lång kamp och inre motstånd slutligen börjat acceptera sin situation: åldrandet var ofrånkomligt, sjukdom krävde medicinering och det gällde att försöka göra det bästa av situationen. Reflektioner kring detta gjordes genom att till en viss grad betrakta sig själv utifrån, ibland med en viss självironi eller genom att skämta.

Arbete och att ta ansvar var bland de medvetna strategier som patienterna nämnde. En man berättade om att han hjälpte en vän i hans företag och att detta fick honom att glömma sina bekymmer för en stund. En kvinna som led av kronisk smärta och torgskräck efter övergrepp beskrev hur hon insett hur hon måste ta tag i sina rädslor för sitt barns skull:

Patienten: *"...när jag insåg att jag och min son aldrig kunde gå på*



Fysisk aktivitet var en vanlig association till frågan om självskattad hälsa.⁸⁴



I den reflektiva fasen djupnade samtalet och patienterna började funderade varför de skattat sin hälsa som de gjort.⁸⁵

bio, bara han och jag, eller gå och shoppa eller promenera på stan...

Doktorn: "Mmm."

Patienten: "... ja, då insåg jag att jag måste ta mig samman och... började, vad man kallar det, börja bearbeta det."

Läkarna kommenterade att samtal som detta gjorde bägge parter mer medvetna om de hinder patienterna hade att övervinna. Andra patienter poängterade, på ett sätt som läkarna inte hade förväntat sig, att de var tjurskalliga i sin beslutsamhet att övervinna fysiska funktionsnedsättningar.

Måna patienter underströk sina försök "att leva hälsosamt". Några hade lyckats, andra var väl medvetna om vad de behövde göra men misslyckades ständigt. Känslan av ansvar och oförmågan att leva upp till förväntningarna vägde tungt på dem. En 60 årig man, nedbruten av många sjukdomar, och som skattat "sämre", hade tappat sin energi:

Patienten: "Dom säger att jag måste äta bättre mat, motionera, jag måste bla, bla bla."

Doktorn: "Mmmm."

Patienten: "Det var meningen att jag skulle gå ner i vikt, men det har jag inte... Du förstår, jag klarar bara inte av det... det är bara så att det är så svårt att fixa..."

Livssituation

Patientens livssituation och dess inverkan, både till det bättre och till det sämre på symtom och sjukdomar kom fram i många samtal. En 71-årig man började reflektera över sin isolering:

"Ja, jag har suttit och tänkt på detta, om det kunde vara nånting som... att jag har för lite att göra... att jag är för mycket ensam, och då, ja, då börjar jag grubbla över det medvetet eller omedvetet, kring min situation. Jag menar som min situation är, förstår du."

Flera kvinnor beskrev svårigheter i sin relation med livspart-

nern. En kvinna tog inte längre sina smärtstillande eftersom maken gav nedsättande kommentarer om dem. En annan kvinna med kronisk smärta gillade att vara i stallet med sin dotter men hennes make gillade det inte.

Patienten: "Ja, det är som han känner sig utanför eller nånting" [skrattar].

Doktorn: "Jag förstår."

Patienten: "Han säger som, "Åh, skall du till stallet nu igen. När kommer du tillbaka?"

Doktorn: "Mmm."

Patienten: "Det är inte så kul."

Patienternas reflektioner över sina livsomständigheter gav läkaren en fylligare bild av dem som individer och utmaningarna de mötte.

Diskussion

Patientens egen hälsoskattning, den subjektiva hälsan, är mycket rik på information. Många patienter gjorde, när frågan ställdes, en koppling till livsstil och ohälsosamma vanor som väckte känslor av skam och misslyckande. Sjukvårdens betoning på en "hälsosamma vanor" kan ha påverkat patienternas uppfattning om ordet hälsa och vad läkaren var ute efter. Svordomar användes inte på andra ställen i konsultationen än i reaktionsfasen, omedelbart efter att frågan ställdes. Eftersom svordomar kan förmedla ilska, sorg och en känsla av maktlöshet, är det viktigt att uppmärksamma dessa reaktioner i en konsultation [2].

Farhågan att dessa samtal inte skulle rymmas inom ramen för en vanlig konsultation kom på skam. Generellt sett gäller att de flesta konsultationer innehåller utbyte av information, diskussion om diagnoser, symtom och annan medicinsk information. Dessutom förekommer socialt småprat [3]. Utrymmet för patienten att reflektera över sin egen situation är nog som regel ganska begränsat. Värdet med självskattad hälsa i konsultationer är främst, som jag ser det:

- Det ger utrymme för patienten att reflektera över sin situation, ofta med viss självdistans.
- Det framkallar ofta en emotionell reaktion som kan förmedla mer än vad ord kan. Den reaktionen är viktig.
- Självskattad hälsa sammanfattar en mängd faktorer. Detta skulle kunna innebära en förenkling för läkaren genom att hon/han kan inrikta sig på det som är viktigt för patienten och faktiskt kunna spara tid [4].

Hos en del patienter skulle den subjektiva hälsoupfattningen kunna stå i förgrunden i konsultationen. I stället för att fokusera på symtom och sjukdomar är det kanske mer fruktbart att tillsammans med patienten söka vägar för att uppnå så god hälsa som möjligt.

Slutsats

Slutsatsen som jag och mina forskarkollegor i studien drog var

Waller G. Self rated health: from epidemiology to patient encounter. Avhandling, Umeå Universitet 2015. 73 s. ISBN 978-91-7601-337-3.

Läs av samma författare:

"Till subjektivitetens försvar. Lärdomar från epidemiologin". AllmänMedicin 2016;(1):18-20.

att frågan om jämförd självskattad hälsa är ett användbart verktyg särskilt för att samla information om risk, patientens känslor i förhållande till sin sjukdom och för att uppmuntra patienten till aktiv reflektion kring funktionsförmåga, livssituation, hälsa och strategier för att förbättra hälsan. Den subjektiva sidan av sjukdom och sjuklighet är minst lika viktig som den ”objektiva” sidan av medicinen. Att fråga om självskattad hälsa kan vara ett sätt att försvara subjektivitetens plats i patientmötet och ge patienten den plats hon rätteligen behöver.

Självskattad hälsa är dock ingen magisk formel. Den förutsätter ett genuint intresse hos läkaren att lyssna in patientens egna beskrivningar med tillit, vakenhet och ett öppet öra. Det krävs träning och kollegialt utbyte för att lära sig att använda och ha tilltro till denna subjektiva hälsodeklaration. Det skulle också vara av intresse att studera vilka effekter patienternas aktiva reflektion över sin hälsosituation skulle kunna ha på hälsan och sjukvårdssystemet [5].

Göran Waller

Distriktsläkare, med dr.
Grytnäs Hälsocentral
Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin,
Umeå universitet
waller.seg@telia.com



Jäv föreligger ej.

Bildlista:

- B1: "Emotion" by danielito311(<https://www.flickr.com/photos/danielito311/>) is licensed under CC BY-NC 2.0
- B2: "Leonardo Oversize" by Roberto Rizzato (<https://www.flickr.com/photos/rizzato/>) is licensed under CC BY-NC 2.0
- B3: "An apple keeps doctor away" by Jason D'Great (https://www.flickr.com/photos/jason_weemin/) licensed under CC BY 2.0
- B4: "Blonde girls doing yoga poses – 7936" by Edson Hong (<https://www.flickr.com/photos/edsonhong1/>) licensed under CC BY-NC-ND 2.0
- B5: "Thoughtful" by Kristian Golding (<https://www.flickr.com/photos/dacks/>) licensed under CC BY-NC-ND 2.0

Referenser

1. Waller G, Hamberg K, Forssen A. GPs asking patients to self-rate their health: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(638):e624–9.
2. Zimmerman DJ, Stern TA. Offensive language in the general hospital. *Psychosomatics.* 2010;51(5):377–85.
3. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ Couns.* 2004;54(2):227–33.
4. Undén AL, Elofsson S. Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgement? *Fam Pract.* 2001;18(2):174–80.
5. Jones P, McDowell A, Viney R. Coaching for health: holding the curtains so patients can change. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2013;63(611):318–9.

Annons

Allmänläkare Lindell spelar Doktor Glas



Hjalmar Söderberg

Hjalmar Söderbergs dagboksroman *Doktor Glas* utkom 1905 och handlar om en husläkare vid namn Tycho Gabriel Glas som lever i Stockholm runt förra sekelskiftet. Allan Edwall omarbetade boken till en sammanhängande monolog, som han framförde på *Teater Brunngatan Fyra*. Även Christer Henriksson har framfört monologen och för några år sedan bestämde sig läkaren och skådespelaren Odd Lindell för att göra enmansteater av boken: *Doktor*

Lindell spelar Doktor Glas. Den har han spelat 25 gånger, bland annat inför en stor publik på Svenska Läkaresällskapet. Men vem är egentligen denne Doktor Glas, och vem är Doktor Lindell?

Vi börjar med Doktor Glas. Odd Lindell beskriver honom genom att citera några kärnfulla repliker:

– Doktor Glas är en mycket olycklig person. I början av boken avslöjar han sitt inre, dystra jag:

"Och så gick åren, och livet drog mig förbi..."

"Jag, medicine licentiaten Tycho Gabriel Glas, som stundom hjälper andra, men aldrig har kunnat hjälpa mig själv, och som vid fyllda 48 år aldrig varit när en kvinna..."

Varför valde du just Doktor Glas för din enmansteater?

– Jag läste boken som tonåring och tyckte den var djupt gripande, trots att jag bara förstod hälften. Idag förstår jag kanske tre fjärdedelar och har upptäckt de tydliga parallellerna till mig själv.

Och liksom bokens huvudperson hade han en komplicerad relation till sin egen far, även om denne aldrig någonsin bar hand mot honom. Detta till skillnad mot Tycho Gabriel Glas far:

"Som den gången jag, trots det strängaste förbud, återigen hade bitit sönder mina naglar... Vad han slog mig! I timmar efteråt drev jag runt i ösregn i den eländiga granskogen och grät och svor."

Söderberg ger i boken flera nycklar till faderns beteende. Olyckligheten blir som en arvsynd:

"Min far var just aldrig glad. Han tålde inte heller andras lycka. Men fester tyckte han om, han hörde till de dystra slösarna. Han var rik, men dog fattig i en knappt maskerad misär."

"Men det värsta av allt var att jag alltid kände en så stark fysisk avsky för honom. Än idag plågar det mig då jag tänker på de gånger jag tvangs bada tillsammans med honom när han försökte lära mig simma... Jag kände nästan samma fruktan inför kontakten med hans nakna kropp, som med döden själv"

Detta, menar Odd Lindell, är projiceringar av den unge Tycho Gabriels självförakt. Kan man inte förlika sig med sin far, kan man inte förlika sig med sig själv. Pastor Gregorius är en projektion av doktor Glas egna tillkortakommanden. Ett iscensatt, symboliskt fadermord?

I Doktor Glas finns många träffande beskrivningar av en husläkares yrkesroll:

"Jag verkar i mitt kall. Människor kommer till mig med sina sjukdomar, alla sorter, och jag kurerar dem så gott jag kan. Somliga blir friska. Andra dör. De flesta släpar sig vidare med sina krämpor. Jag gör inga underkurer, men jag tror man ser mig som den typiske husläkaren, han med den stora erfarenheten och den varma och förtroendeingivande blicken. Förmodligen skulle människor känna mindre förtroende för mig om de visste hur uselt jag sover!"

Varför tror du Söderberg kallade honom Doktor Glas?

– Kanske för att glas är både hårt och skört. Och dagboken är ju transparent och utlämnande.

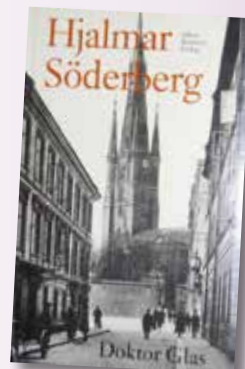
Om Odd Lindell

Tolv år gammal satt Odd med familjen och tittade på TV, som visade en ögonoperation. Han tänkte högt: "Vad kul! Kanske

Söderberg, Hjalmar. *Doktor Glas*. Stockholm 1905: Albert Bonniers förlag.

Handlingen i Doktor Glas

Tyko Gabriel Glas är en uppskattad läkare i Stockholm. Han lider av depression och längtar efter att utföra en "stor handling". Han råkar i ett moraliskt dilemma när prästfrun Helga Gregorius ber honom om en mycket känslig tjänst. Hon biktar för Glas sin motvilja mot sin makes erotiska närmanden. Denna motvilja har sina skäl lika mycket i makens motbjudande personlighet som i att fru Gregorius har skaffat sig en älskare. Hon ber doktor Glas



att hitta på någon sjukdom åt henne, så att hon slipper sina äktenskapliga plikter. Glas, som fattar tycke för prästfrun, hjälper henne genom att inbilla prästen att hon har ett underlivslidande som kräver total avhållsamhet. Detta hjälper inte. Fru Gregorius återkommer och berättar att hennes man har våldtagit henne. Doktor Glas blir våldsamt arg på pastor Gregorius. Han diktar ihop en hjärtsjukdom: Pastorns liv sätts på spel om han inte håller sig ifrån sin fru. Eftersom skilsmässa är omöjligt och situationen blir allt mer outhärdlig beslutar sig doktor Glas för att döda den avskyvärda prästen. Han använder sig av ett cyankaliumpulver, egentligen avsett för honom själv ifall han skulle vilja ta livet av sig. Mordet ser ut att vara en naturlig död och Glas skriver själv ut dödsattesten. Man får inte veta om doktor Glas känner någon skuld. Dädet ändrar i alla fall inte särskilt mycket, varken för honom eller för prästfrun. Hennes älskare lämnar henne för en annan kvinna. På slutet drabbas doktor Glas av melankoli: "...Mig gick livet förbi."

Källa: Wikipedia

jag ska bli läkare?”. Dagen därpå ville han som vanligt antingen bli präst eller lokförare. Men i gymnasiet väcktes teaterdrömmar. Han började spela i skolrevyer som han också skrev och regisserade.

Det han råkat säga om att bli läkare hade hans föräldrar satt klorna i. En junimorgon 1966, kort efter studentexamen, väcktes en utfestad Odd av sin mor, som bad honom skriva under en ansökan till läkarstudier. Han skrev under och somnade om.

"Han var terminens absolut sämsta medicinstudent, antagen på sista reservplats till Umeå."

Sämsta studenten

Odd Lindells håg stod tveklöst till teatern, men självförtroendet var inte i nivå med de sceniska ambitionerna och i brist på annat började han studera till läkare. Han var terminens absolut sämsta, antagen på sista reservplats till Umeå. Men i Umeå kunde han fördjupa sitt egentliga intresse, studentteatern, som då leddes av en ung Kay Pollak.

Samarbete med Kay Pollak

Några år senare medverkade Odd i en originaluppsättning: *T som i Tala*, som beskrev situationen för unga aktivister och idealister i 1968 års anda. Odd skulle skriva manus och Kay regissera. För fem år sedan, då Odd fick sin doktorshatt höll Kay Pollak ett tal om arbetet med pjäsen. Kay Pollak berättade inlevelsefullt hur Odd hade skrivit manus för brinnande livet och hur han själv hade ratat hälften. Det som återstod räckte dock till en pjäs.

Odd fortsatte tycka att teater var roligare än medicinstudier och var inte särskilt intresserad av att bli läkare. Det blev några avhopp, bland annat som järnverksarbetare, och grundutbildningen tog lång tid. Med vänsterhanden lyckades han dock till sin egen förvåning ta sig igenom studierna och blev till slut läkare.

Radioproducent i tre veckor

När Odd Lindell befann sig i 25-årsåldern och som bäst höll på med sin medass-tjänstgöring¹ i Kiruna sökte han till en utbildning för radioproducenter på Dramatiska Institutet. Mot all förväntan blev han kallad till intervju. Ett provarbete ingick, och i brist på tid skrev han sitt manus i sovvagnen ner till Stockholm, en "metapjäs" om en figur som söker in på Dramatiska Institutet och utsätts för en kulturbyråkrat som fullständigt krossar den arme idealistens drömmar. Odd berättar hur det gick till:

– Väl i Stockholm begav jag mig till Filminstitutet. Rollen som byråkrat tänkte jag ta själv, men vem skulle spela den

1 Medicine assistent, praktik före läkarlegitimation/med.lic. innan AT infördes.



Odd Lindell, läkare och skådespelare

Ålder: 67
Bor: Hammarby sjöstad, Stockholm
Civilstånd: Särbo. 9-årig dotter från tidigare relation. En utflugen son, 34 år
Utbildning: Läkarlegitimation 1979. Specialist i allmänmedicin och företagshälsovård. Medicine doktor 2010.
Arbeten: Allmänläkare och verksamhetschef på Jordbro Vårdcentral och senare även på en ryggrehabiliteringsenhet. Företagsläkare några år, men numera verksam på PBM, en KBT-baserad enhet för multimodal stress- och smärtehabilitering.
Gillar: Demokrati. Tolerans. Respekt för annorlunda människor och olika uppfattningar.
Ogillar: Fanatism och fundamentalism.
Senast lästa bok: *Liknelseboken* av P-O Enquist.
"Jag grät mig igenom den."
Om livet: "Jag har gjort dumheter och bra saker. Det är av dumheterna jag lärt mig något. Jag ångrar mer det jag inte gjort än det jag gjort. Jag förlikade mig med min far och kom att älska honom, och därmed mig själv. Till skillnad från Tycho Gabriel..."

sökande? På vinst och förlust gick jag ut i en korridor. Där kom en långhårig man i min egen ålder gående.

– Jag frågade: Hörrudu, är du elev här? Visst, sa han, på ädelskånska. Vilken linje då? Regilinjen, svarade han. Har du spelat teater? Ja. Mannen i korridoren fick omgående rollen. Vi

spelade in pjäsen på förmiddagen. En radiotekniker hjälpte mig med klippning och redigering och på eftermiddagen spelades den upp för juryn.

– Efter ytterligare några tester återvände jag med nattåget till Kiruna, något mör efter att inte ha sovit på två dygn. Jag återgick till sjukhusvardagen, glömde nästan bort det hela, men till min stora förvåning blev jag antagen. Utvald tillsammans med fyra andra bland 350 sökande!

Odd flyttade från Umeå och påbörjade utbildningen till producent men slutade redan efter tre veckor.

– Rent tekniskt var jag nog ägnad för radiomediet, men jag tyckte inte jag hade något viktigt att säga. Det var 1974. Glöden från 68-örelsen hade falnat...

Lika bra att bli läkare då...

Först i trettioårsåldern insåg Odd att det var läkare han ville bli. Då hade han jobbat som skådespelare i en fri teatergrupp, men tvingats inse sina begränsningar:

– Ska man försörja sig på teater räcker det inte att vara halvbra. Jag frågade mig själv om jag ville åka runt med Riksteatern i fyrtio år och säga: "Kungen kommer!" Det ville jag inte. Så jag hamnade till slut som allmänläkare i Jordbro, en Stockholmsförort. Under tjugo år låg skådespeleriet helt nere.

Skurkroller

Men så hände något. En äldre dam, en patient, uppmanade Odd att gå med i en amatörteaterförening som kallade sig RoJ. Det kom att återföra Odd Lindell till teatern:

– Jag sa litet förstrött att jag skulle överväga att gå med. När jag tio år senare såg en pjäs på samma amatörteater spelade den äldre damen i "En Midsommarnattsdröm". I pausen gick jag fram och sa: Hej Rut, nu är jag här! Välkommen! sa hon. Det blev en riktig rivstart med Peer Gynt, där jag fick spela samtliga skurkroller: Dovregubben, psykotisk därhusdirektör och Anitras lismande far, frikyrkopastorn.

Är skådespelarens och läkarens yrken besläktade?

– Som läkare måste du hela tiden anpassa dig efter ... hm, jag menar... kunden har ju alltid rätt! Du måste lyssna in patienten och förstå hennes belägenhet, processa det och ge tillbaka något som kan lindra besvären. Men dina personliga känslor, ditt sentiment, det måste du tygla om du vill vara professionell.

– Teater, å andra sidan, ska vara mångtydig. Det gör att man till och med kan spela en tragedi som komedi. Det handlar om betoningar. Betoningen kan helt ändra innebörden i en replik. Varje uppsättning, varje föreställning är en unik tolkning.

Finns det en narcissistisk komponent i skådespeleriet?

– Förvisso! "Allt ljus på mig!" brukade Edvard Persson säga till ljussättarna när han spelade in en film. Det problemet finns inte om man spelar enmansteater. Då får man ta hur mycket plats som helst.

Hur hanterar man sina egna känslor när man spelar?

– Bra teater hämtas från hjärtat, men det får inte bli för mycket känslor. I filmen *Trolösa*, med manus av Ingmar Bergman, storgråter Lena Endre så att tårarna sprutar, alldeles för mycket, i min smak. Känslomässigheten kan behöva hållas tillbaka, så att åskådaren får en chans att själv välja sin upplevelse.

Är den egna personligheten viktig för rollen?

– Nej, inte direkt. Det är mer intressant att se en homosexuell man spelas av en heterosexuell skådespelare än av en homosexuell. I pjäsen *Arnold* blir det kraftfullt när Christer Henriksson, hetero, spelar och framställer en homosexuell man. Koreografen Mats Ek låter ofta kvinnor spela mansroller och Marie Göransson gestaltar skickligt en åldrad mans inre våndor i Shakespeares *Kung Lear*.

"Jag hamnade som allmänläkare i Jordbro, en Stockholmsförort. Under tjugo år låg skådespeleriet helt nere."

Hur fick du idén att spela Doktor Glas?

– I den där amatörteatern RoJ fick jag lira Scrooge i *En Julsaga*. Där jag fick vara på scenen hela tiden. Nästa pjäs var *Peter Pan*. Jag ansåg att rollen som skurken Kaptan Krok var min. Det tyckte inte regissören, som ville att jag skulle spela tredje piraten från vänster. Långt innan pjäsen slutar kastas piraten överbord och försvinner från scenen för resten av föreställningen.

– Jag tackade nej och bestämde mig för att skapa en enmans-teater, det ultimata uttrycksmedlet för en kryptonarcissist som jag. Jag hade ju sett Allan Edwalls föreställning 25 år tidigare, men hans Doktor Glas var inte den roll jag ville göra. Och att använda Edwalls manus skulle bli kostsamt, så jag skrev en egen text. En gammal vän från Studentteatern hjälpte mig igång, och i december 2010 var det urpremiär.

Du är ju själv läkare. Blir Doktor Glas trovärdigare i din version?

– Jag hoppas det. Christer Henriksson tog över efter Edwall. Han är en av våra bästa skådespelare men han lyckas mindre bra i den rollen. Han uppträder vitsminkad, otroligt nervös, tvättar händerna oupphörligen och använder stetoskopet alldeles fel, ungefär som en slangbella. Han ingjuter inget förtroende - vem skulle våga anlita en sådan husläkare? Edwalls tolkning är bättre, men han betonar triangeldramat och utlämnar originalromansens nycklar till doktor Glas' förtvivlan. Nycklarna finns med i min dagboksversion och det stärker intrycket av kriminaldrama: Hur bygger man upp ett beslut att mörda någon?

Doktor Glas i Läkaresällskapets hus

Vid den tid Doktor Glas utspelar sig hette det enligt Hjalmar Söderberg "husläkare", det är alltså inget nytt påfund från husläkarreformen. Och det riktigt märkvärdiga är att doktor Glas bodde i det hus där Odd Lindell en septemberdag 2015 gestaltade honom, nämligen i det anrika Svenska Läkaresällskapets hus på Klara Östra Kyrkogata 10!



Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

Annons

Kroniskt sjuka bortglömda efter prioriteringsutredningen

Nittioalets prioriteringsutredning ledde till etiska riktlinjer och omsorg om de kroniskt sjuka. Efterföljande utredningar visar att omhändertagandet av denna grupp ändå blivit något av en icke-fråga. Generellt kan tre diskussioner urskiljas. De har handlat om prioriteringar, samverkan och patientcentrerat perspektiv.

År 1992 genomfördes Ädelreformen som innebar att kommunerna fick överta en betydande del av vårdansvaret – efterbehandling, omvårdnad och rehabilitering – för patienter äldre än 65 år. Reformen syftade till att komma till rätta med en central aspekt av 80-talets sjukvårdskris: att äldre, oftast kroniskt sjuka, patienter tog upp betydande delar av akutsjukvårdens vårdplatser. Reformen innebar en tydlig brytning med det som hade utgjort traditionen i svensk sjukvård – en centraliserad slutenvård i landstingets regi [1].

"Det framhölls att sjukvården 'rör sig i en situation där de samlade kraven som riktas mot den är större än de resurser som görs tillgängliga för vård'".

Det kan konstateras att vården av kroniskt sjuka knappast har blivit uppmärksammas i egen rätt. Några utredningar som specifikt diskuterat utformningen av denna vård står inte att finna under den undersökta tidsperioden. Den första diskussionen uppstod i direkt anslutning till Ädelreformens genomförande. Frågan gällde sjukvårdens prioriteringar och uppstod i en situation präglad av förändringar av sjukvårdssystemet och mot bakgrund av ett ekonomiskt krismedvetande. Det framhölls att sjukvården "rör sig i en situation där de samlade kraven som riktas mot den är större än de resurser som görs tillgängliga för vård" [2].

Prioriteringsutredningen

Detta var bakgrunden till 1992 års Prioriteringsutredning som skulle "lyfta fram de grundläggande etiska principer efter vilka nödvändiga prioriteringar i vården bör ske" [3]. Redan i utredningens utgångspunkter slogs fast att ett motiv till att upprätta etiska riktlinjer var att "säkra resurser för vård av god kvalitet för särskilt utsatta och svaga grupper", där gruppen kroniskt sjuka specifikt pekades ut [4]. Det viktigaste resultatet blev etableringen av en etisk plattform, byggd på tre principer: *människovärdesprincipen*, *behovs/solidaritetsprincipen* och *kostnadseffektivitetsprincipen* [5].

Omsorgen om de kroniskt sjuka kom även till uttryck i den indelning i prioriteringsgrupper som utredningen presenterade. Vid prioriteringar inom resursfördelningen mellan olika vårdområden kom kronikerna att tillhöra grupp 1 och 3 på en fyrgradig skala. I den första gruppen jämställdes vård av svåra kroniska sjukdomar med vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar utan som behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd. Till prioriteringsgrupp 3 hörde däremot "vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar" [6].

Därmed hade de allvarligaste kroniska sjukdomarna getts högsta prioritet och jämställdes med akuta livräddande åtgärder, ett val som utredningen konstaterade var unikt ur ett internationellt perspektiv [7]. Samtidigt bör framhållas att de mindre allvarliga kroniska tillstånden hade getts en tämligen låg prioritet, trots att patienterna i denna grupp utgjorde en överväldigande del av de kroniskt sjuka.

Utredningen kom att ligga till grund för riksdagens beslut 1995 om etiska riktlinjer för prioriteringar inom sjukvården. Sedan dess har visserligen kritiska synpunkter på hur sjukvården prioriterar vården av människor med kroniska sjukdomar framförts [8]. Ändå förefaller det som att de kroniskt sjuka har gått ifrån att ha varit en mycket uppmärksammas grupp i 90-talets prioriteringsdiskussion till att ha blivit något av en icke-fråga.

Samverkansutredningen

Prioriteringsdiskussionen kom att avlösas av ett uppmärksammas av samverkansproblemen inom sjukvården. Diskussionen handlade om de problem som uppstått genom det delade huvudmannaskap som Ädelreformen byggde på, där patienterna ofta tvingades orientera sig inom en kluven vårdorganisation och där kommunikationen mellan sjukvårdens aktörer ibland fallerade.

Samverkansutredningen som tillsattes 1999 fick till uppdrag att beskriva och analysera dessa problem [9]. Utredningen utgick visserligen inte specifikt ifrån gruppen kroniskt sjuka. Men genom att fokus låg på äldresjukvården i allmänhet och



Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen 2015-12-7. www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-7.

Tony Gustafsson är 44 år, fil. dr och forskare vid institutionen för idé- och lärdoms historia, Uppsala Universitet. Han disputerade 2007 med ett arbete om den svenska rättsmedicinens etablering. Forskningsintresset ligger inom det medicinhistoriska området, bland annat de vetenskapliga etableringsprocesserna mellan 1750-1850. Han har studerat utformningen av provinssiäläkarrapporterna under senare delen av 1800-talet och är nu aktuell som författare i en ny rapport från Socialstyrelsen.

hemsjukvårdssystemet i synnerhet kom utredningen i praktiken att handla om brister som drabbade äldre, kroniskt sjuka. Utredningen begränsades dock av att dess förslag förväntades ”utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannaskapet” [10].

Man var alltså tvungen att söka processuella lösningar på strukturella problem. En rad förslag lades, såsom etableringen av ”vårdlotsar” och gemensamma nämnder. Det som framförallt efterlystes var en förändrad attityd till problematiken. Utredningen fann det eftersträvansvärt att huvudmännen utvecklade ett ”gränsöverskridande” synsätt kring verksamheten med ”utgångspunkt från den enskilde brukarens behov” [11]. I denna formulering återfanns också fröet till en diskussion utgående från ett *patientcentrerat perspektiv*, som skulle kunna utgöra en lösning på samverkansproblematiken.

Patientcentrerad vård

Från millennieskiftet och fram till idag har frågor rörande patientens ställning inom vården alltmer kommit att uppmärksammas. En aspekt utgörs av idén om en *patientcentrerad vård*: ”att se patienten som en unik människa snarare än som bärare av en sjukdom, att patienten har en egen vilja och egna preferenser och att patienten vill vara delaktig i beslut om sin egen vård” [12]. Framförallt har betonats att patientens *medverkan* i sin egen vård ställer krav på sjukvårdens arbetssätt. I dessa diskussioner förekommer även att gruppen kroniskt sjuka uppmärksammas.

Generellt kan sägas att utredningarna ställer sig positiva till utvecklingen på området och konstaterar att kroniskt sjuka i allt större utsträckning också involveras i vården [13]. Det framhålls också att denna delaktighet både påverkar de kroniskt sjukas möjligheter att leva med sin sjukdom och dessutom förbättrar vårdresultaten [14].

Kommunikation och kontinuitet

Det som i första hand har lyfts fram som problematiskt är att kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patient ofta brister. Det kan handla om att patienterna inte får tillräckligt med information, inte får ta del av behandlingsplaner eller ges tydliga instruktioner om vilka symptom de ska ge akt på och när de ska söka fortsatt vård. Men diskussionerna har också berört frågan om bristande *kontinuitet* och frånvaron av fasta vårdkontakter.

Oavsett om förhoppningarna om att kunna avhjälpa bristerna har knutits till husläkarreformen, införandet av Patientansvarig läkare (PAL) eller etableringen av vårdlotsar, så har grupper

såsom kroniskt sjuka, äldre och multisjuka återkommit i diskussionerna [15]. De diskussioner som förts på senare år om behovet av att upprätta vårdplaner, erbjuda fasta vårdkontakter och införandet av vårdlotsar kan därigenom ses som ett svar på ett vårdproblem som i hög grad berör just de kroniskt sjuka [16].

Avslutningsvis kan konstateras att gruppen kroniskt sjuka under denna tid inte har uppmärksamats i egen rätt inom det centrala utredningsväsendet; det finns exempelvis ingen utredning som specifik och uteslutande utgår från gruppens särskilda vårdbehov. Däremot är det tydligt att diskussionerna indirekt har gällt denna patientgrupp och bristerna i vården av densamma.

I 90-talets prioriteringsdiskussion framträdde en uttalad omsorg om denna grupp. Den efterföljande samverkansdiskussionen berörde däremot i stor utsträckning de problem som kroniskt sjuka upplevde i mötet med sjukvårdssystemet. Även i de senare årens diskussioner kring ett patientcentrerat perspektiv har framhållits att nya arbetsätt skulle kunna utgöra en lösning på den samverkansproblematik som framförallt har drabbat gruppen kroniskt sjuka och dessutom förbättra vårdresultaten.



Tony Gustafsson
tony.gustavsson@idehist.uu.se

Referenser

1. Gustafsson T. Medicinhistoria: Lasaretten förbjöds vårda ’oboligt sjuke’, *Allmänmedicin* 2016;37 (1):20-22.
2. Johan Calltorp & Carl Reinhold Bråkenhielm (red.), *Vårdens pris: Prioriteringar inom sjukvården ur medicinskt och etiskt perspektiv* (Stockholm, 1990), s. 11.
3. Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), s. 11.
4. Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 4.
5. Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), s. 22.
6. *Ibid.*, s. 29-30.
7. *Ibid.*, s. 199.
8. Detta har framförallt skett inom ramen för Prioriteringsdelegationen, som skulle utvärdera resultatet av riksdagsbeslutet, men även genom utredningar kring äldrepolitiken; se Prioriteringar i vården: Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen (SOU 2001:8), samt Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91).
9. Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet (SOU 2000:114), s. 13.
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*, s. 163.
12. Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 16.
13. Gör det enklare: Slutbetänkande av statens vård- och omsorgsutredning (SOU 2012:33), s. 159.
14. Se exempelvis Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 81, samt Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), s. 104.
15. Se exempelvis Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 65; Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet (SOU 2000:114), s. 158; Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), Bilaga 1, s. 253.
16. Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), s. 10, samt Kommittédirektiv, Dir. 2007:90: Patientens rätt i vården, återgivet i Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), Bilaga 1, s. 253.

Läkemedel i dospåsar

Vilka erfarenheter har läkare i primärvården?

Bakgrund

185 000 personer i Sverige fick 2013 sina mediciner via dosexpedition [1]. Äldres läkemedelsanvändning diskuteras ofta då olämplig medicinering och polyfarmaci utgör en uttalad risk [2]. Det är viktigt att läkemedelshandlingen är effektiv och fungerande i alla led.

År 1988 infördes maskinell dispenserering [2]. I en SBU-rapport 2009 [2] och läkemedelsverkets utvärdering av dosexpeditionen 2013 [1] kunde man inte dra några säkra slutsatser på området då forskning saknades.

I en studie har man tittat på medicineringen av patienter över 65 år med stor vårdtyngd boende i VG-regionen [3]. Kvaliteten på läkemedelsbehandlingen hos dem som fått vanliga recept jämfördes med dem som har dosexpedition. Patienterna med dosexpedition hade fler läkemedel med fler olämpliga interaktioner. En större andel stod på långverkande bensodiazepiner och antikolinerga läkemedel, och en större andel hade tre eller fler psykotropa läkemedel. Skillnaderna kvarstod efter korrigering för ålder, boendeform, kön och sjukdomsburda.

Man har sett att det blir färre ändringar

i medicineringen hos patienter med dosexpedition [4, 5]. Ett tidssamband finns mellan insättandet av dosexpedition och att ändringarna minskar [5].

"Att läkare har lättare till ogenomtänkt handtering av medicineringen hos en patient med dosexpedition är ett viktigt resultat och anledningarna till detta bör studeras ytterligare."

Fördelar med dosexpedition har påvisats. I en nederländsk studie fann man att följsamheten till läkemedelsbehandlingen var bättre hos patienter med dosexpedition samt att deras kunskap om läkemedlen var sämre jämfört med dem med vanliga recept [6].

I VG-regionen finns en riktlinje om

dosexpedition [7]. Enligt denna skall tjänsten vara till nytta för patienten. Tre kriterier ska vara uppfyllda: Patienten behöver hjälp med läkemedelshandlingen, andra stöd har prövats eller övervägt och medicineringen är stabil.

Syfte

Syftet var att få ökad kunskap om läkares erfarenheter av dosexpedition för äldre patienter.

Metod

Som datainsamlingsmetod användes en öppen enkät. Utifrån studiens syfte är analysmetoden kvalitativ och inspirerad av Malteruds systematiska textkondensering (STC) [8]. STC är en vidareutveckling av Giorgis fenomenologiska analys [9], vars syfte är ta reda på deltagarnas erfarenheter och livsvärld. Då mycket i enkätsvaren menas vara underförstått har författarens förförståelse inte kunnat läggas åt sidan. Snarare har förförståelsen varit nödvändig för att kunna göra en analys. Författarens egna värderingar har åsidosatts så mycket som möjligt under hela analysprocessen.

Urval och datainsamling

Läkare på fem vårdcentraler i Skövde och Göteborg kontaktades och ombads genom ombud att fylla i en enkät. Kollegorna i författarens egen nätverksgrupp för ST-läkare (ca 10 st.) ombads också att fylla i enkäten.

Frågan i enkäten löd: "Hur uppfattar du att dosdispenserung fungerar i ditt arbete med äldre patienter? – Resonera fritt, men inkludera aspekter ang. patientens boende form (t.ex. särskilt boende, eget boende eller eget boende med hemsjukvård), hur det påverkar tidsåtgången vid förskrivning för egen del, vad som avgör om du beslutar att ge en äldre patient dosdispenserung och om hur dosdispenserung påverkar din möjlighet att ge bästa möjliga vård till patienten. Skriv gärna utförligt!"

Etiska aspekter

Kollegorna som svarade på enkäten garanterades anonymitet. I slutmaterialet



Foto: Linn Hultin

Konklusioner

- Många gånger är de kommunala insatserna avgörande för insättningen på dosexpedition. Läkarna följer inte VG-regionens riktlinje när de väljer vilka patienter som ska få dosexpedition.
- Läkare tenderar att ha en mer slentrianmässig attityd till medicinhanteringen när en patient har dosexpedition.
- Att verktyget Pascal ger en överblick av en patients samtliga mediciner är uppskattat.
- Det finns många förbättringsmöjligheter i Pascal. Framförallt är uppstarten av en ny patient alltför tidskrävande.
- Mer forskning behövs om hur läkare och andra personalkategorier inom sjukvård och omsorg upplever dosexpeditionen för att den ska bli effektiv och säker.

finns ingen risk för identifiering. Dosexpedition ansågs inte vara ett känsligt ämne att berätta om, och att svara på enkäten kunde snarare bidra med ett tillfälle att fundera och problematisera kring frågan.

Resultat

Sexton svar inkom, tio från specialister i allmänmedicin och sex från ST-läkare. Svaren innehöll 54-314 ord (median 154 ord, totalt 2544 ord).

Enkäten gav inte en entydig bild. En del läkare är positiva till dosexpedition medan andra har förbehåll.

De meningsbärande enheterna kunde delas in i tre ämnesområden/koder som i huvudsak följer medicineringsprocessen från vem som får dosexpedition, hur ordinationen fungerar och hur medicinhanteringen fungerar när och efter att medicinerna hämtats ut/levererats till den aktuella patienten. De två första ämnesområdena redovisas i denna artikel.

1. Samhället eller patienten i fokus när läkare väljer att använda dosexpedition?

Patientens mediciner och förmågor

Hos en patient kan finnas flera faktorer som bidrar till att dosexpedition är lämplig. I materialet är antalet mediciner och kognitiv svikt genomgående orsaker.

Äldreomsorgens organisation

Det uttrycks ofta som en självklarhet att man använder dosexpedition till patienter som har hemsjukvård eller bor på särskilt boende, speciellt vid läkemedelsövertag.

"...används ibland på särskilt boende per automatik för personalens skull – 'det är

enklare' snarare än medicinsk indikation/ patientens behov" (deltagare nr 1).

Enligt läkarna som svarat underlättar det för sjuksköterskor att patienter har dosexpedition och det är ofta sjuksköterskor eller andra omsorgsgivare som tar initiativ till nyinsättning. Sjuksköterskorna inom äldreården har inte tid att dela mediciner i dosett. Några ansåg att det är kommunens ansvar att medicinhanteringen fungerar inom sina egna verksamheter. Dessutom har antalet sjuksköterskor på t.ex. äldreboenden minskat när dosexpedition infördes i större omfattning.

"...men vi anser att dosdispensering inte skall kompensera för en dålig arbetsmiljö utan den måste den kommunala huvudmannen lösa på annat sätt för att öka säkerheten för patienten" (deltagare nr 15).

2. Pascal som ett externt ordinationsverktyg – ett hjälpmedel som kan stjälpas

Ett verktyg som förenklar

Några deltagare tycker att de sparar tid med patienten insatt på dosexpedition, framförallt om det är många läkemedel som ska förnyas. Ytterligare några tycker att det går snabbt och enkelt att ändra i medicineringen. Det inbyggda interaktionsverktyget uppskattas.

Tidsödande

I svaren uttrycks frustration över att det är tidskrävande att ordinera och ändra när en patient är insatt på dosexpedition. Det är omständligt att logga in i system som inte är kopplat till journalsystemet. För att göra det korrekt behöver man dubbeldokumentera.

Nyinsättning tar tid och är krånglig. Flera adresser ska anges, t.ex. till apotek. Tidsåtgången bedöms som 1-2 timmar. Proceduren beskrivs som avskräckande. När patienten väl är upplagd i Pascal måste läkaren själv bevaka när man kan börja ordinera läkemedlen.

Bidrar till slentrian

Om en patient har dosexpedition finns ökad risk för slentrianmässig hantering av medicineringen. Det är lätt att man förnyar alla läkemedel eftersom det går snabbast. Man är inte lika engagerad när man går igenom en medicinlista i Pascal som när man har med vanliga recept att göra. För att systemet ska kunna fungera väl måste medicineringen utvärderas och saneras minst en gång per år.

"Risken att pat ska få stå kvar på olämpliga läkemedel och för höga doser är större än för de patienter med vanliga e-recept där jag tycker kontrollen i allmänhet är högre från min sida. Därför tycker jag att jag kan hävda med visst fog att risken är större för dosdispenserade pat för att de inte riktigt får bästa möjliga vård" (deltagare nr 2).

Alla patientens recept samlade

Att patientens alla förskrivna läkemedel finns samlade på ett och samma ställe i Pascal uppskattas. Det ger en bra överblick, möjlighet att annullera egna och andras recept, en minskad risk för dubbelmedicinering. Läkare och patient delar läkemedelslista.

Ett otydligt och osäkert system

Andra tycker att Pascal ger en sämre översikt. Det är svårare att se historik bakåt om ett visst läkemedel. Att utsatta läkemedel finns kvar gråmarkerade i listan och att läkemedel som sätts ut vid nästa leverans finns kvar upplevs otydligt. E-recept som används vid dosexpedition leder till minskad medicinsk säkerhet. Risken är ökad för att vårdcentralsläkare får ta huvudansvar för mediciner som satts in i slutenvården utan en adekvat överföring.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien visar att insatser från kommunal äldreomsorg ofta ligger till grund för att patienter sätts in på dosexpedition. I VG-regionens riktlinjer [7] står det uttryckligen att boendeform inte skall vara avgörande för insättning av dosexpedition.

Personalmässiga och ekonomiska in-



Britt och Mirissa är första och femte generationen i en och samma familj. Två individer som sprider mycket kärlek till många, inte minst till varandra.
Fotograf: Emelie Haglund.

citament från kommunen kan vara en viktig orsak till att dosexpedition används i så stor omfattning. En individuell medicinsk bedömning utgör då inte grunden för dosexpedition och patientens bästa är inte i fokus.

Att stå på många läkemedel är en annan orsak att ge patienterna dosexpedition. Tidigare studier har visat att patienter med dosexpedition oftare har många läkemedel [3] och att antalet läkemedel dessutom ökar efter start av dosexpedition [5]. Antalet läkemedel är uttryckligen ingen indikation för dostjänst enligt VG-regionens riktlinjer. Patienter utsatta för polyfarmaci blir ännu mer utsatta då de får dosexpedition.

Samstämmighet med riktlinjer [7] och studieresultat finns när det gäller äldre som inte klarar medicinering, vikten av journalföring och årlig läkemedelsgenomgång.

Slentrianmässig hantering av ordinationen är vanligare hos patienter med dosexpedition. Dessa uttalanden går hand i hand med tidigare studieresultat att medicineringen hos patienter med dosexpedition oftare innehåller olämpliga läkemedel, olämpliga interaktioner och fler preparat [3-5]. Att läkare har lättare till ogenomtänkt hantering av medicineringen hos en patient med dosexpedition

är ett viktigt resultat och anledningarna till detta bör studeras ytterligare.

Ordinationssystemet Pascal togs upp av flera deltagare. Generellt menar man att det är viktigt med en bra överblick av en patients mediciner. De som har Pascal har samtliga läkemedel, från alla kliniker, samlade på ett ställe. Eftersom det upplevs tidsödande att gå in i Pascal är det inte säkert att man i praktiken har tillgång till informationen. Den tidskrävande uppstarten av ny patient i Pascal väcker frågan om andra professioner än läkare ska vara ansvariga för delar av nyinsättningen.

Studiens styrkor och svagheter

Data till studien har samlats in via skrivna enkäter. Sexton läkares tankar och erfarenheter utgör grund till analysen. Urvalets storlek beror på att det var ett tidsbegränsat ST-projekt. I eventuell framtida större studier kan övervägas att använda sig av djupintervjuer och en mer tolkande metod för analys där förståelsen tydligt används som del i analysprocessen. Andra personalgruppers uppfattningar än just läkarnas behöver också efterforskas.

Jäv föreligger ej.

Referenser

1. Regeringsuppdrag: Utvärdering av dostjänsten. Rapport från Läke-medelsverket 2013-02-28 [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 3]. Available from: http://www.lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2013/Rapport-utvardering_av_dostjansten_2013-02-28.pdf
2. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Aldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 22]. Available from: http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/aldres-lakemedelsanvandning---hur-kan-den-forbatttras/http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Lakemedel_Aldre_Fulltext.pdf
3. Sjöberg C, Edward C, Fastbom J, Johnell K, Landahl S, Narbro K, et al. Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment—a register-based study. *PLoS One*. 2011 Jan;6(10):e26574.
4. Sjöberg C, Ohlsson H, Wallerstedt SM. Association between multi-dose drug dispensing and drug treatment changes. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012 Jul;68(7):1095–101.
5. Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundström A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system – a longitudinal analysis. *PLoS One*. 2013 Jan;8(6):e67088.
6. Kwint H-F, Stolk G, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing. *Age Ageing*. 2013 Sep;42(5):620–6.
7. Sjöberg C, Elm M, Carlsson T. Regional medicinsk riktlinje - dosexpedition [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 22]. Available from: http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/Dosexpedition/201404%20RMR%20Dosexpedition_2014.pdf
8. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012 Dec;40(8):795–805.
9. Giorgi A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *J Phenomenol Psychol*. Brill Academic Publishers; 1997;28(2).



Linn Hultin
ST-läkare

JohannesVården Vårdcentral och BVC,
linn.hultin@ptj.se

Handledare: Marianne Jingrot
 Leg. Sjukgymnast, fil.lic.

Arbetsplats: Närhälsan FoU Primärvård
 FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän

PrimärvårdsKvalitet – lanseringen fortsätter!

PrimärvårdsKvalitet är ett system som syftar till att förbättra vården för patienter i primärvården runt om i landet. Det har utvecklats av primärvårdens professioner.

Under 2016 lanseras systemet nationellt. Beroende på vilket landsting man verkar inom ser processen för införandet olika ut då landstingen har olika journal-system samt olika tekniska lösningar och möjligheter att samla in och hantera data. Förutsättningarna för datainsamling kan skilja sig för privata respektive landstingsdrivna vårdcentraler. Varje landsting och privat vårdgivare får skräddarsy införandet av PrimärvårdsKvalitet för att möjliggöra systemets huvudfunktioner rapportering – återkoppling – användning av data.

Vad händer i projektet?

I nuläget sker införande och testning av systemet på två nivåer. Dels upprättar majoriteten av alla landsting kanaler för att föra över data till en nationell databas där regionala och nationella medelvärden kan beräknas och återföras till verksamheterna.

Dessutom har ett antal vårdcentraler kommit igång med att titta på sina data utifrån de 82 kvalitetsindikatorer som PrimärvårdsKvalitet omfattar. I det ingår



Parisa Ariapart, ST-läkare på Helsa Vårdcentral Sundbyberg, tittar på data till sitt vetenskapliga ST-arbete. Foto: Stina Gäre Arvidsson

också initialt att vårdcentralerna validerar de data som tas fram på vårdcentralerna för att säkerställa riktigheten – att all data man avser att hitta hittas. En förutsättning är strukturerad journalföring, till exempel att diagnoskod är satt eller att blodtryck är inskrivet under sökordet för det.

PrimärvårdsKvalitet på vårdcentralen

Systemet PrimärvårdsKvalitet har flera användningsområden. Det kan användas för att hitta patienter som inte har adekvat behandling eller inte har varit

på återbesök för sin kroniska sjukdom. Man kan analysera sin verksamhet och hitta områden som behöver förbättras, till exempel följsamhet till riktlinjer för antibiotikabehandling. Det kan också användas som mått i förbättringsarbete för att se om en förändring i verksamheten verkligen leder till en förbättring.

Fortsatt arbete

Under resten av året fortsätter arbetet med tillgängliggöra PrimärvårdsKvalitet för landsting och vårdcentraler runt om i landet. Till hösten påbörjas arbetet med den årliga uppdateringen av indikatorerna. Sannolikt kommer även indikatorer för fler professioner och sjukdomsgrupper att tillkomma inför 2017.

Stina Gäre Arvidsson

ST-läkare
Helsa Vårdcentral
Sundbyberg, SKL
stina.garearvidsson@skl.se



Ulrika Elmroth

Spec. i allmänmedicin
SKL
ulrika.elmroth@skl.se



Hur planerar ni att använda PrimärvårdsKvalitet i förbättringsarbetet på din vårdcentral?

"Det blir användbart som ytterligare ett verktyg i vårt utvecklingsarbete på vårdcentralen, där feedback av relevanta mått vid gruppdiskussioner är av stor vikt. Värdet av en strukturerad journalföring blir tydlig när man inser att nuvarande data har sina begränsningar."

Magnus Röjvall, distriktsläkare, Gustavsbergs vårdcentral

"Ett av områdena är vidareutveckling av vår astma-KOL-mottagning på vårdcentralen. ST-läkare kommer att engageras i att använda systemet både i förbättringsarbete och i det vetenskapliga arbetet. Indikatorer från systemet kommer att bakas in i vårt generella styrkort för verksamheten. Ett stort plus är att vi nu kan få fram mått på t.ex. kontinuitet – ett ständigt aktuellt område för förbättringar."

Johan Estberg, distriktsläkare, Helsa Vårdcentral Sundbyberg

"För oss som arbetar i ett område med höga ohälsotal ger de medicinska resultaten som visas i PrimärvårdsKvalitet en bekräftelse på att vi är på

riktig väg i arbetet med de kroniska sjukdomarna och för att kartlägga levnadsvanorna. Det blev en bra feedback till personalen."

Jonas Thun, läkare och verksamhetschef, Familjeläkarna i Husby

"Familjeläkarna arbetar strukturerat med kvalitetsutveckling i all verksamhet och ser PrimärvårdsKvalitet som ett välkommet tillskott. Det är en fördel att det är utvecklat av professionen och att det blir mål som vi kan jobba mot år efter år och slippa snabba kast i uppföljningsarbetet. Det är värdefullt att kunna jämföra med snittet inom landstinget, i Sverige och andra vårdcentraler med samma förutsättningar.

Flera av våra läkare har börjat följa våra resultat i PrimärvårdsKvalitet, inte minst när det gäller arbetet med de kroniska sjukdomarna. Vi kommer också använda data i Patientsäkerhetsberättelsen."

Stefan Amér, läkare och verksamhetschef samt Olle Sjöstedt, allmänläkare, Familjeläkarna Saltsjöbaden

Mer information om PrimärvårdsKvalitet, förteckning och specificering av kvalitetsindikatorerna finns på www.skl.se/primarvardskvalitet. Se även AllmänMedicin 2016;(1):26-28 för fördjupad information.

Annons

Sjukstugor i Lapplands glesbygd

Lappland

Lappland representerar den västligaste delen av Norrbottens och Västerbottens län. Befolkningstätheten i Lappland är 0,85 invånare/km² jämfört med 21 invånare/km² i Sverige och 72 invånare/km² i Europa. Människor lever enskilt och i tätorter långt från närmaste sjukhus. Därutöver är andelen gamla i befolkningen högre jämfört med resten av Sverige och EU. Mer än 25 % av befolkningen är 65 år eller äldre, jämfört med 17,5 % i EU (1). Nästan 10 % av befolkningen är 80 år och äldre.

Sjukstugor i Norra Sverige

För att möta behovet av sjukvård har, under mer än 100 år, sjukstugor använts i Lapplands glesbygd. Så här beskrevs den svenska sjukstugan i Nordisk Familjebok för hundra år sedan (1917):

Sjukstugor, smärre kommunala eller enskilda sjukhus, i regel afsedda för mindre bemedlade eller medellösa personer. Enligt sjukstugestadgan af 18 okt. 1901 förstås med sjukstuga en sådan mindre, med högst 24 sjuksängar försedd och gällande lasaretsstadga ej underkastad sjukvårdsinrättning, som har likartad uppgift med lasarett och till hvars underhåll landsting lämnar bidrag. Sådana sjukstugor finnas f. n. (1916) omkr. 80 med ung. 1,200 vårdplatser. R. W.

Mycket har hänt inom svensk sjukvård efter 1917. Sjukhusen utvecklades snabbt. Landstingen blev ansvariga för all sjukvård. Läkarrollen förändrades, ensam provinsialläkare blev distriktsläkare i ett team vid vårdcentral. Ädelreformens genomförande 1992 innebar att kommunerna tog över ansvaret för vård och omsorg för äldre och handikappade, något som tidigare legat på landstinget. Kommunerna fick därmed ansvar för de särskilda boendeformerna, inklusive sjukhemmen, som överfördes från landstingen.

Genom åren har de flesta sjukstugorna i landet avvecklats, och de kvarvarande som finns i Lappland har återkommande varit ifrågasatta, endast motiverade på grund av långa avstånd och få invånare. Mycket annat har utvecklats. Vägar är dragna i tidigare väglöst land. Bilar, ambulanser, helikoptrar och inte minst olika distansöverbyggande tekniker har minskat vårdavstånden i glesbygden. Detta till trots finns det fortfarande sjukstugor i Lappland, även om målgruppen numera inte utgörs av ”mindre bemedlade eller medellösa personer”.

Vad är en sjukstuga?

Sjukstugor kan beskrivas som primärvårdsenheter med små sjukhusavdelningar som leds medicinskt av specialister i allmänmedicin. Beteckningen sjukstuga kvarstår i Västerbotten. Motsvarande modell finns även kvar i Norrbotten men där har man valt beteckningen Hälsocentral med observationsavdelning. För enkelhetens skull kommer endast termen ”sjukstuga” att användas härnäst i denna text.

En typisk sjukstuga har ett upptagningsområde med 1-2



Storumans upptagningsområde är stort och gles bebyggt.

Foto: Mante Hedman.

timmes restid med bil från de mest avlägsna bosättningarna. Avståndet till närmaste ”vanliga” sjukhus varierar från 70 till 230 km.

Sjukstugan erbjuder ett bredare diagnostiskt och terapeutiskt utbud än andra primärvårdsenheter i Sverige, då man förutom att bedriva vårdavdelning även har funktion som akutmottagning där ambulans stannar för läkarbedömning och stabilisering av patienter.

Antal vårdplatser på avdelningarna varierar mellan två och åtta. Där kan man observera och behandla akuta sjukdomar som inte kräver högspecialiserad sjukhusvård, samt erbjuda inneliggande efterbehandling och rehabilitering efter vård vid vanligt sjukhus till patienter som inte kan skrivas ut direkt till hemmet. Palliativ vård i livets slutskede erbjuds för de patienter som inte kan symtomlindras i hemmet.

Registerdata från Västerbottens län visar att patienter inneliggande vid sjukstugor är äldre – medelålder 78 år – och mer multisjuka än patienter som vårdas på sjukhus, även vid likartade diagnoser.

Arbetet och läkarrollen

Om jag ska beskriva hur arbetet här skiljer sig från arbete vid ”vanlig” hälsocentral, så är det som ett skrovmål med extra

allt. Man ser hela bredden i ett vanligt allmänläkarjobb plus en akutmottagning med ibland svårt sjuka eller skadade patienter, och dessutom en avdelning där man kan lägga in patienter som behöver observeras och behandlas ineliggande och där man kan känna sig trygg med patientsäkerheten.

Under jourtid har vi utökat jourområde. För Storuman innebär det att jourläkaren ansvarar för ett område stort som Skåne och halva Blekinge. Många bedömningar under jourtid görs på distans, utgående från telefonsamtal med sköterskor, ambulans och patienter. Det finns möjlighet att med hjälp av akutrumskamera bedöma patienter över videolänk. Detta arbetsätt möjliggörs på ett patientsäkert sätt tack vare oerhört rutinerade och kompetenta sjuksköterskor vid de enheter som inte har närvarande jour.

På grund av avstånden till sjukhusspecialister blir det i praktiken så att många patienter med kroniska sjukdomar som i staden skulle skötas polikliniskt av sjukhusspecialister sköts vid sjukstugorna av oss allmänläkare. Det finns en internationell beteckning för detta ökade åtagande för glesbygdsläkare, "extended generalism".

Det största problemet för oss i dag delar vi vid sjukstugorna med primärvården i stora delar av övriga landet: det kroniska vakansläget, sedan länge avseende läkarspecialister och på senare tid även avseende sjuksköterskor.

Sjukstugan – inte längre utrotningshotad?

Man skulle kunna beskriva sjukstugan som en utrotningshotad företeelse i den svenska sjukvården, och att det är bara i den glesaste glesbygden som det går att rättfärdiga den primärvårdsdrivna slutenvården. Nu visar det sig att det finns ett mycket starkare överlevnadsvärde i sjukstugan än vad man anat.

Sverige har en av de äldsta befolkningarna i världen [1], och alla industriländer står inför en ökande andel äldre personer inom några decennier. Det finns farhågor om ökande krav på hälso- och sjukvården på grund av en åldrande befolkning, däribland ökade kostnader [2, 3].

Inom svensk och internationell sjukvård har trenden gått mot centralisering till större sjukhus och ökande antal specialister

"Nu visar det sig att det finns ett mycket starkare överlevnadsvärde i sjukstugan än vad man anat."

och subspecialister, i hög grad på bekostnad av resurser till primärvården. Samtidigt har det skett en stadig minskning av

Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman



Glesbygdsmedicinskt Centrum (GMC) i Storuman är en forsknings- och utvecklingsenhet under Primärvården i Västerbottens läns landsting. Initiativtagare och verksamhetschef är **Peter Berggren**, under många år distriktsläkare vid Storumans sjukstuga.

På bara några få år har en omfattande verksamhet byggts upp med i nuläget ett 20-tal anställda, fem doktorander, ett stort antal genomförda och pågående projekt på flera nivåer, såväl internationella EU-projekt som nationella strukturfondsprojekt, samt forskningsprojekt på alla nivåer upp till doktorandprojekt.

Många projekt bygger på att utveckla distansöverbyggande tekniker för vård såväl i glesbygd som i urban miljö, men även projekt kring rekrytering av vårdpersonal i glesbygd, akutsjukvård i extrem glesbygd, samisk hälsa, webbaserade utbildningar för vårdpersonal inom kommunal vård, beskrivning och utvärdering av sjukstugemodellen mm.

Många projekt bygger på att utveckla distansöverbyggande tekniker för vård såväl i glesbygd som i urban miljö, men även projekt kring rekrytering av vårdpersonal i glesbygd, akutsjukvård i extrem glesbygd, samisk hälsa, webbaserade utbildningar för vårdpersonal inom kommunal vård, beskrivning och utvärdering av sjukstugemodellen mm.

Genom samverkan med många olika institutioner inom och utanför länet resp. landet har ett omfattande nätverk skapats. I nuläget samverkar GMC genom olika projekt med partners i Norge, Finland, Danmark, Skottland, Island, Indonesien, Sydafrika, Kenya, Australien och Canada.

GMC har också fått i uppdrag att verka som nod för glesbygdsmedicinsk utveckling i Norra Regionen (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland). Tack vare sin innovativa verksamhet tilldelades GMC i Storuman Dagens Medicins pris "Guldskalpellen" 2014.



antalet vårdplatser på sjukhus sedan mer än 20 år. Från 2001 till 2010 har antalet vårdplatser/1000 invånare i Sverige minskat från 3,6 till 2,7, och Sverige har det lägsta antalet sjukhussängar per capita i EU [1].

En ökande andel gamla i befolkningen förväntas leda till en ökning av patienter i behov av sjukhusvård, och denna ökning väntas i hög grad bestå av multisjuka äldre. Detta är främst kopplat till att fler personer kommer att vara inne på sitt sista levnadsår, den tid då man har störst vårdbehov.

En risk med ökad subspecialisering inom sjukvården är en förlust av helhetssyn på patienten, då enskilda multisjuka äldre såväl inläggande som polikliniskt kan komma att behandlas av många olika subspecialister. För sköra geriatriska patienter kan detta leda till ökad medikalisering, något som har visat sig öka risken för vårdorsakade komplikationer.

Kostnaderna för sjukvården i Sverige har snabbt ökat, med en prognos på en 6–7 % ökning bara under 2015. I ett nyligen publicerat slutbetänkande av Göran Stiernstedt, nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, har man visat att kostnaden för specialistsjukhusvård förklarar merparten av denna ökning, och att det är önskvärt att det sker en resursöverföring från sjukhusen till primärvården [3].

Sjukvården med sjukstugorna i Norrlands glesbygd har under lång tid hanterat en befolkning med stor andel gamla, med en demografi som andra industrialiserade länder förväntas uppnå inom några decennier. I ett särskilt avsnitt kommenterar Stiernstedt glesbygdssjukstugorna i Lappland:

”Utredningens bedömning är att arbetsätten i sjukstugemodellen utgör en ’sinnebild’ av en utveckling som svensk hälso- och sjukvård behöver ta. Den utgår från primärvården men integrerar sjukhusvård och kommunala insatser, dvs. använder tillgängliga resurser på ett icke-hierarkiskt sätt och skapar en fungerande helhet. Den traditionella vårdkedjelogiken med dess uppdelning mellan primärvård och sjukhusvård ersätts av en helt annan förmedlingslogik som av allt att döma är resurseffektiv och ger befolkningen möjligheten till vård utan att behöva transportera sig eller uppsöka många instanser. Modellen skulle sannolikt fungera lika väl i stadsmiljö, men utredningen känner inte till att detta har prövats ännu. Arbetsätten med bred generalistkunskap, multiprofessionalitet, flexibilitet och en ständig teknikutveckling möjliggör att patienten kan få vård nära där hen befinner sig.”

I sin utredning antyder Stiernstedt att det finns potential för

att sjukstugemodellen skulle kunna fungera även i storstaden. Sjukstugemodellen har dock aldrig utvärderats vetenskapligt i Sverige. I andra länder med liknande primärvårdsdrivna slutenvårdsenheter har jämförande studier utförts, där sjukstugornas behandlingsresultat jämförts med vanliga sjukhus ur medicinska och hälsoekonomiska perspektiv [4–9].

Eftersom dessa studieresultat inte kan överföras till svenska förhållanden planeras omfattande kartläggning och utvärdering av den svenska sjukstugemodellen. Detta sker i ett doktorandprojekt vid Umeå Universitet, utgående från Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman.



Mante Hedman

Doktorand och adjungerad adjunkt
Storumans sjukstuga
Allmänmedicin, Umeå Universitet Glesbygds-
medicinskt Centrum, Storuman
mante.hedman@vll.se

Jäv föreligger ej.

Referenser

1. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>. Accessed March 1, 2014
2. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. In OECD Health Working Papers, no 26, OECD Publishing 2007.
3. Stiernstedt G. Effektiv vård SOU 2016:2. http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf
4. Araas. The Finnmark general practitioner hospital study. *Scand J Prim Health Care*. 1995 Dec;13(4):250–6.
5. Aaraas I et al. Do general practitioner hospitals reduce the utilization of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:243–246.
6. Round A et al. Six months outcomes after emergency admissions of elderly patients to a community or a district general hospital. *Fam Pract* 2004 Apr;21(2):173–9
7. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ*
8. Jaqueline O'Reilly et al. Post-acute care for older people in community hospitals—a cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2008; 37: 513–520
9. Henry J Woodford, James George. Intermediate care for older people in the UK. *Clinical Medicine* 2010, Vol 10, No 2: 119–23

AllmänMedicin informerar



Årets allmänläkarevån: Göran Stiernstedt



Svenska Distriktsläkarföreningen delar ut ett hederspris kallat Årets allmänläkarevån. Mottagare ska vara en person som genom sitt agerande och renommé stärker bilden av svensk primärvård och allmänmedicin.

I år tillfaller priset för Årets allmänläkarevån Göran Stiernstedt, läkare och regeringens utredare och nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården inom utredningen *Effektiv vård*.

Tolkarna anställda på vårdcentralen – bara fördelar!

En stor del av patientbesöken i primärvården handlar om att överföra kunskap och att höja kunskapsnivån hos patienterna. Konsultationen är beroende av en ömsesidig förståelse, och vid språksvårigheter blir tolken helt avgörande för kvaliteten. Att ha egna anställda tolkar på vårdcentralen medför förbättrad tillgänglighet och kontinuitet både för personal och patienter.

Nötkärnan Bergsjön Vårdcentral och BVC AB öppnade för patienter 1 oktober 2009. Bergsjön vårdcentral är en av sju medarbetarägda vårdcentraler som startade samtidigt som Västra Götalandsregionens Vårdvalssystem (VG-primärvård) lanserades. Vi har sedan starten fast anställda tolkar i somaliska, arabiska, kurdiska (sorani) och BKS (bosniska, kroatiska och serbiska).

Före VG-primärvård saknade stadsdelen egen vårdcentral. Den offentligdrivna vårdcentralen hade lagts ned i en omorganisation där man centraliserade all primärvård till en enda vårdcentral i det som nu är Östra Göteborg med 42 000 invånare (nu 46 000 inv.). Enda sättet att komma i kontakt med vården var att ringa callbacksystemet för att sedan, förhoppningsvis, bli uppringd av en sjuksköterska som skall prioritera ditt

ärende. Denna jättevårdcentral hade ett omöjligt uppdrag och tillgängligheten var mycket dålig.

När undertecknad började fundera kring hur vi skall få en vårdcentral att fungera i ett område som präglas av att det finns människor från jordens alla hörn och där många har stora svårigheter med svenska språket infann sig idén att anställa egna tolkar i de största språken; somaliska, arabiska, kurdiska (sorani) och BKS (bosniska-kroatiska-serbiska). Detta kunde bli möjligt tack vare att ersättningsystemet i VG-primärvård innehåller en generös och enkel tolkfinansiering; man sätter en kod för tolksamtalet och för detta betalar regionen sedan ut pengar en gång per månad.

Vi har sedan start arbetat med helt öppen mottagning där alla som vill får träffa läkare, helst ”sin” läkare. Vår avsikt med detta var att sänka trösklarna till vården genom att vända upp och ner på standardsättet att organisera en vårdcentral där alla patienter först skall tala med en sjuksköterska, antingen i telefon eller på plats, för att ”kvalificera” sig till ett läkarbesök. Vi har ingen triagering utan patienterna har själva fått förtroendet att bedöma sitt eget behov av att träffa läkare.

Enligt min uppfattning skall man inte i allmänmedicinsk verksamhet ha någon prioritering utan alla frågeställningar är legitima. Det går med andra ord inte att i förväg avgöra vad som är ett onödigt läkarbesök. Det som vi läkare och sjuksköterskor kan uppfatta som ett trivialt problem kan i patientens föreställningsvärld vara något som är oerhört hotande och farligt.

"Här hjälper våra tolkar patienterna genom hela vårdsystemet."

Jag ser det huvudsakliga uppdraget som att vi är på plats i stadsdelen för att skapa trygghet. Vi vill ge våra patienter en känsla av att vi finns där när de behöver oss.

I all allmänmedicinsk verksamhet är konsultationen och samtalet helt avgörande för att vi skall kunna hjälpa patienten på bästa sätt. Det kan handla om att upptäcka en ovanlig sjukdom, som till exempel TBC, att hjälpa till att förklara några oroande symtom eller att hjälpa föräldrar med infekterade barn att känna sig trygga utan en massa onödiga mediciner.

Det är här som språket kommer in i bilden och hur vi på bästa sätt kommunicerar. Hur vi som läkare och sjuksköterskor kan uppfatta det som patienten försöker berätta för oss och hur vi kan förmedla vår bedömning och vår kunskap till patienten. Detta är beroende av en ömsesidig förståelse och det är här som våra tolkar blir helt avgörande för kvaliteten på konsultationerna.

Det är också stor skillnad på att ha en tolk, vilken som helst, och att ha tillgång till våra egna fastanställda tolkar. Vi, läkare, sjuksköterskor, psykologer och receptionister, lär känna tolkarna, patienterna lär känna tolkarna. Analogt med hur förtroende skapas i patient-läkarrelationen



Nötkärnan Bergsjön vårdcentral har flyttat en trappa upp.

Foto: Christer Andersson

byggs förtroendet upp mellan patient och tolk, mellan läkare och tolk. Förtroende från patienterna är avgörande för om vi skall lyckas med att erbjuda god vård och hjälpa människor att göra nödvändiga förändringar i livet i syfte att förbättra hälsan.

En stor del av patientbesöken handlar om att överföra kunskap och att höja kunskapsnivån hos patienterna. Ett viktigt exempel är frågan om antibiotika och infektioner. Hos många av patienterna från Mellanöstern, Afrika och Balkan finns en stark förväntan att få antibiotika utskrivet vid luftvägssymtom i form av hosta, snuva och feber, särskilt när det gäller barn. I dessa konsultationer är språket extremt viktigt, både för att låta patienten komma till tals och förklara sina symtom och för oss läkare när vi skall förklara skillnaden på virus och bakterier och varför inte penicillin hjälper mot hosta. Här bli det snabbt ganska komplicerade ord och en person som endast kan lite svenska har svårt att hänga med i samtalet. Tolken är viktig för att vi skall få patienten att avstå från onödig antibiotika och samtidigt känna sig tagen på allvar.

"Jag kan inte komma på någon nackdel med att ha tolkar anställda."

Det som vi kan tycka är banala infektioner som exempelvis förkylningar och gastroenteriter kan ofta uppfattas som farligt och hotande. Kräkningar och diarré hos små barn skapar ofta rädsla och oro. Här krävs tålmod, fantasi, en lyssnande attityd och god pedagogik i kombination med ömsesidigt god språkförståelse för att nå fram. Återigen spelar tolken en viktig roll.

Förutom att tolka vid läkar-, sjuksköterske- och psykologbesök arbetar tolkarna i receptionen och hjälper människor att tolka vad som står i olika kallelser de fått från specialistmottagningar. Om vi remitterat en tolkrävande patient till en coloskopiundersökning på Sahlgrenska får patienten ofta en rad papper med kallelsen om hur man skall laxera, att man

Bergsjön är en förort till Göteborg med ca 16 500 folkbokförda invånare och ett okänt antal inneboende asylsökande och personer som vistas utan tillstånd. Demografin i stadsdelen är präglad av de senaste årtiondenas flyktinginvandring med stora grupper av människor med ursprung i Somalia, Bosnien, Irak och nu Syrien. Ungefär 60 % är födda utomlands. Arbetslösheten ligger på ca 16 % (hela Sverige 7,8 %), ohälsotal 40 dagar (Göteborg 25 dagar). Befolkning är ung och det föds många barn. Medellivslängden är betydligt lägre, i genomsnitt 7,5 år, än i de stadsdelar i Göteborg som har högst medellivslängd.

skall vara fastande o.s.v. Andra vårdgivare skriver ofta ett brev till patienten på svenska att om de vill ha tolk så får de själva ringa och boka detta till besöket. Här hjälper våra tolkar patienterna genom hela vårdsystemet. Det är en hjälp för specialistvården att patienten kommer förberedd på rätt sätt och att det finns en tolk på plats vid besöket.

Vi har i dagsläget sex tolkar anställda på motsvarande 5,4 tjänster. De är i stort sett upptagna med att tolka, ringa patienter och hjälpa människor i receptionen. Om de får tid över hjälper de till med diverse administrativa arbetsuppgifter. Efterfrågan på våra tolkar ökar hela tiden och vi skulle behöva anställa fler. Detta speglar vårdcentralens utveckling med en ökning av antalet listade från 6 000 i oktober 2009 till 13 240 i mars 2016. Ökningen fortsätter och med detta följer en ökad efterfrågan på tolkarna.

Jag kan inte komma på någon nackdel med att ha tolkar anställda. De omfattas av samma sekretess som övrig sjukvårdspersonal. Mig veterligen är det inte så många vårdinrättningar som har prövat vår modell. Det finns ett par vårdcentraler inom Nötkärnan som också har tolkar anställda men inte i samma omfattning som på Bergsjön vårdcentral.



Christer Andersson
Nötkärnan Bergsjön vårdcentral, Göteborg
christer.andersson@notkarnan.se



Kommer ni ihåg "Tanten i Jokkmokk"?

Det var Markus Beland som på Ordbyte väckte frågan om blodtrycksbehandling eller ej. Frågan utlöste en flod av kommentarer och synpunkter. Ett antal väl underbyggda diamentralt motsatta åsikter presenterades.

I AllmänMedicin 4-2012 presenterades ett utdrag ur konversationen. Artikeln inleddes så här: "Det gäller en dam, 83 år, som sökt distriktssköterskan för dålig hörsel. Hon vill även få blodtrycket kontrollerat. Blodtrycket är 160/80 hos dsk och det var högt systoliskt redan för ett och ett halvt år sedan. Bokas

Tanten i Jokkmokk – hur gick det sen?

till läkarbesök nästa dag och hos Markus är trycket 183/77."

Nyligen kom ett meddelande från Markus Beland: "Om Tanten i Jokkmokk ordbytte vi 2012, engagerat med ett hundratal mail. Jag hade satt ut hennes blodtrycksmedicin. Hon var då 83 år gammal. Blodtrycket hade i 24-timmarsmätning legat kring 140 systoliskt och 70 diastoliskt. Peter Nilsson var tveksam med underhänvisning till HYVET-studien.

Hon är i alla fall 86 år idag och mår bra."

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Annons

Familjeläkararbete i Husby och Saltsjöbaden – stora kontraster

Att samtidigt driva vårdcentraler i ett av Sveriges rikaste och i ett av Sveriges mest invandratäta område ger möjligheter till intressanta jämförelser. De medicinska behoven skiljer sig åt stort. Ett systematiskt arbete med kvalitetsutveckling kombinerat med teamarbete och samarbete över professionsgränserna kan dock ge goda resultat och utjämnade skillnaderna vid kroniska sjukdomar.

Att starta Familjeläkarna i Saltsjöbaden var som en dröm för mig och min fru Maria, barnläkare. Efter nästan tjugo år på universitetssjukhus – grundutbildning, AT, vikariat, forskning och ST, avbrutet av barn och ett internationellt engagemang – brann vi för att komma ut och möta patienterna på ett annat sätt. Vi ville skapa en mottagning där vi tog ansvar för hela patienten med förebilder från vår AT i Östhammar och från arbete i glesbygd. Mer tid för patienter, mindre administration.

När jobbet var klart på sjukhuset åkte vi hem till barnen i vårt ”renoveringsobjekt” i Saltsjöbaden. När de somnat planerade vi hur mottagningen skulle bli. Vi öppnade 2007.

Redan kort efter att vi slagit upp

portarna stod det klart att vi skulle bli trångbudda och vi fick börja leta en större lokal. Att iordningställa vår nya mottagning knäckte oss nästan arbetsmässigt och ekonomiskt men resultatet blev fantastiskt. Vi fick den närhet vi önskade mellan olika verksamheter med goda förutsättningar för teamarbete.

Husby – en större utmaning

På invigningsdagen av de nya lokalerna våren 2011 hörde jag på radion att vårdcentralen i Husby skulle stängas. Invånarnas frustration berörde mig djupt. Skulle 10 000 av de mest utsatta i Stockholm förlora sin vårdcentral? Invigningen var inte ens avslutad när några av de närmaste medarbetarna samlades och drog upp nya planer. Några månader senare öppnade vi Familjeläkarna i Husby.

På öppningsdagen stod vi redo med fyra doktorer men invånarna var först avvaktande. Inför öppningen hade vissa lyft fram att den nya mottagningen var ”privat”. I många av patienternas ursprungsländer var ”privat” endast förunnat de rika. Vi fick ägna en del tid att förklara det i grunden fina system som växt fram i Sverige med gemensam finansiering och regelverk och med en mångfald utförare.

En kväll hade vår familj följt Sveriges

finalseger mot Schweiz i hockey-VM i Globen. På natten ringde brandkåren som behövde tillgång till vår mottagning för att släcka bränder som uppstått i fastigheten under de kravaller som utbrutit i Husby. Några dramatiska dygn följde. På nätterna var det oroligt. På dagarna blev vårdcentralen och personalen en trygghet för många Husbybor. Lugnet återkom snart.

Rapporteringen från Husby följer ofta en viss mall. Ett stående inslag är frasen: ”Vårdcentralen har stängts”. Åker man till Husby Torg kan man med egna ögon konstatera att där finns en livaktig vårdcentral sedan fem år, med BVC och en barnmorskemottagning som inte på många år funnits i Husby.

Vi tror på Husbys framtid. Det finns kraft i den yngre generationen Husbybor. Att tala 4–5 språk är ingen ovanlighet. Flera av dessa ungdomar har fått jobb hos oss och kunnat bidra till mottagningen. Extra glädjande har varit att slussa kollegor med utbildning från t.ex. Irak och Sudan, som suttit hemma arbetslösa, till svensk legitimation.

Olika medicinska behov

Det är utmanande att driva vård i Husby. Patienterna är betydligt sjukare och



Husby: Barnsjukköterskan Anneli Pierrou undersöker ett barn på BVC på Familjeläkarna i Husby. Foto: Thomas Carlgren



Saltsjöbaden: Christian Molnar, ST-läkare, med en äldre patient med fallrisk. Foto: Jenny Frejning, NackaVärmdö Posten

Saltsjöbaden tillkom på 1890-talet på initiativ av K.A. Wallenberg och Ernest Thiel i syfte att skapa en exklusiv villa- och badort vid Östersjökusten nära Stockholm. Saltsjöbaden är idag ett distrikt i Nacka kommun med 10 000 invånare. Här bor några av Sveriges rikaste personer, och här finns några av Sveriges dyraste villor.

Husby är en stadsdel i västra Stockholm, byggd på Järva f.d. skjutfält under 70-talet, som en del av miljonprogrammet. Här bor 12 000 invånare varav utrikes födda 60 %. Den öppna arbetslösheten är nästan tre gånger så hög som snittet för övriga Stockholm.

vårdkrävande i alla led. Ersättningsmodellen innebär full ersättning för ett visst antal besök per patient på mottagningen, i hemsjukvården och hos andra vårdgivare, liksom för en viss läkemedelskostnad. Överstigs det minskar resurserna. En mindre del av ersättningen fördelas efter Care Need Index (CNI). Med en mer balanserad resursfördelning utifrån sjukvårdsbehov kommer vi att kunna göra ännu mer.

Att samtidigt verka i ett av Stockholms rikaste och friskaste områden och driva en vårdcentral med länets högsta andel utlandsfödda och höga ohälsotal innebär stora kontraster. I Saltsjöbaden är stress vanligt men många är ändå friska upp i 90-årsåldern. I Husby är kroniska sjukdomar vanliga från 50-årsåldern och ofta odiagnostiserade eller åtminstone underbehandlade under lång tid. Trumpinnefingrar, kraftigt derangerade labvärden och posttraumatiskt stressyndrom är ingen ovanlighet, liksom inslag av exotiska sjukdomar. De flesta har inte svenska som modersmål.

Andelen flyktingar har alltid varit högt. Nu har den speciella kompetensen som mottagningen byggt upp under flera år varit värdefull och bland annat bistått volontärerna från Vård på Centralen när de har behövt utredningsresurser.

Preliminära data, huvudsakligen från PrimärvårdsKvalitet där våra mottagningsar deltar, visar att de medicinska resultaten är goda.

Prevalensen av diabetes bland patienterna (alla åldersgrupper) i Husby är drygt 6 % jämfört med 2 % i Saltsjöbaden och ca 4 % inom hela SLL. När vi kom dit låg patienternas HbA1c i genomsnitt på 64 mmol/mol men har på 3 år minskat till 56. I Saltsjöbaden gick medel HbA1c under samma tid från 53 till 48.

Medan 55 % av diabetikerna i Saltsjö-

baden når målnivån för HbA1c (< 52) ligger Husby faktiskt nära genomsnittet inom SLL: 45 % respektive 41 %. När det gäller hur många av diabetikerna som når målnivån för blodtryck är resultatet till och med klart bättre för Husby med 71 % jämfört med snittet inom SLL på 58 % och nära Saltsjöbadens 75 %. Minskningen av HbA1c i kombination med uppnått målbloodtryck innebär signifikant minskad komplikationsrisk för patienterna.

Nyckeln är ett strukturerat omhändertagande. 96 % av patienterna med kroniska sjukdomar i både Saltsjöbaden och Husby har återkommande kontakter – över snittet inom SLL. 93 % av diabetikerna i Husby får uppföljningsbesök mot 85 % inom SLL.

Arbetet med levnadsvanor är en annan viktig faktor. På vår årskonferens utbildade vi all personal med bland andra Hans Lingfors och med läkare och sjuksköterska från en kardiologmottagning som utbildade i primär- och sekundärpreventivt arbete. Satsningen har givit resultat. En stor andel av patienterna med kronisk sjukdom har fått sina levnadsvanor kartlagda. 71 % av patienterna i Husby har frågan om tobaksbruk registrerad i journalen mot 61 % i Saltsjöbaden och 58 % i genomsnitt inom SLL. Dubbelt så många kroniker har erbjudits rökavvänjning och dubbelt så många har också slutat efter åtgärden jämfört med genomsnitt i SLL. Fysisk aktivitet har kartlagts för 62 % jämfört med ca 35 % i genomsnitt i landstinget. 55 % av kronikerna med otillräcklig fysisk aktivitet har också erbjudits åtgärd mot ca 25 % i genomsnitt inom SLL.

Teamarbete och kvalitetsarbete framgångsfaktorer

Godt resultat förutsätter bra personal.

Jonas Thun som verksamhetschef och Jenny Vikbladh som diabetesansvarig sjuksköterska har varit centrala liksom dr Ali Hashemi och vår koordinator Ann Svalberg. För ett systematiskt arbete med kvalitetsutveckling använder vi egenutvecklade uppföljningssystem, men också Medrave och PrimärvårdsKvalitet. Med ett eget strukturerat program (Hälsosnurran) tar vi hand om alla kroniska patienter. Numera lär vi oss lika mycket i Husby som vi kan använda i Saltsjöbaden som vice versa.

Vår övertygelse är teamarbete och samarbete – även över professionsgränserna – är nyckeln till framgång. Speciellt stolt är jag över en arbetsmetod mot fall och frakturer hos äldre på de idag närmare 100 äldreboenden i Storstockholm där vi ansvarar för läkarinsatserna. Fallolyckor är den tredje vanligaste dödsorsaken hos äldre efter hjärtkärlsjukdomar och cancer. Sedan metoden infördes 2014 har antalet frakturer på äldreboendena i bland annat Nacka och Solna mer än halverats.

En avgörande framgångsfaktor är samarbete mellan läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och övrig personal över professions- och organisationsgränser. Organisationen sprudlar av yrkes stolthet av att veta att onödigt lidande och sjukhusinläggningar nu kan undvikas och att sjukvårdsresurser därmed också frigörs till andra behov.

Efter Saltsjöbaden, Husby och läkarinsatser på äldreboenden har verksamheten växt med vårdcentraler i Bålsta och Luthagen i Uppsala liksom med ASI (avancerad sjukvård i hemmet) under våren. Vår viktigaste resurs är våra 200 medarbetare i olika åldrar. Många har stannat kvar även efter pensionsåldern. Vi blickar framåt där vi ser nya innovationer, videovård och andra digitala hjälpmedel bidra till att utveckla sjukvården.



Stefan Amér
Ögonläkare

En av grundarna till Familjeläkarna i Saltsjöbaden och Familjeläkarna i Husby
stefan.amer@famlak.se

Förändrad kultur nyckeln till framtidens vård – en utmaning för Gabriel Wikström

I februari 2015 ställde Gabriel Wikström upp på en intervju i denna tidning. Han var då nyutträd sjukvårds-, folkhälso- och idrottsminister. Det har hänt mycket inom hälso- och sjukvårdsområdet sedan dess. Nu har det blivit dags för en ny intervju.

Vad är det viktigaste området för dig just nu?

– Hälso- och sjukvårdsfrågor. Där finns de stora utmaningarna, och de är svåra att komma tillrätta med, eftersom strukturen är så komplex. Det handlar inte bara om att lösa isolerade problem, det måste till en kulturförändring.

Kulturförändring? På vilket sätt?

– De flesta människor betraktar sjukvård som något tillfälligt, till exempel när man brutit ett ben, blivit infekterad eller råkat ut för en olycka. Man får behandling, och blir förhoppningsvis frisk.

Och kroniskt sjuka passar inte in i den bilden?

– Nej, 80-85 procent av våra sjukvårdsresurser går till personer som lider av kronisk sjukdom. De kommer aldrig, eller inte under lång tid, att kunna lämna sjukvården. Vad dessa patienter behöver är bland annat en långsiktig relation. När vi frågar oss om hälso- och sjukvården är anpassad till behoven hos de kroniskt sjuka, så blir svaret ofta nej.

I den föregående intervjun nämnde du att New public management har kommit till vägs ände, blev det verkligen så?

– Jag kanske hård drog det lite. Inom enstaka områden kan den filosofin fortfarande vara hållbar, till exempel när det gäller vaccinationer.

Du nämnde också en utredning om vad som kommer efter New public management.

– Det stämmer. Just nu pågår en utredning om styrmodeller och ekonomiska incitamentsstrukturer. Den ligger inom civilministerens område och gäller hela välfärden, och den har givetvis bäring på hälso- och sjukvård.

Är professionsmiljarden en del i den utredningen?

– På sätt och vis. Den kom till för att främja insatser för bättre kompetensförsörjning och i miljarden ingår att landstingen ska redovisa hur de hanterar kompetensförsörjningen, bland annat planer för läkarförsörjning. Men den syftar också till ökad effektivitet och bättre resursanvändning och en del går till utveckling av E-hälsa.

Är det en tillfällig satsning?

– Jag ser framför mig att professionsmiljarden kommer att utvecklas. Och Göran Stiernstedts utredning om effektivitet i vården handlar också om kompetensförsörjning. I den ut-

redningen finns en hel del som man skulle kunna baka in i kommande överenskommelser.

Har landstingen börjat redovisa kompetensförsörjningen?

– Ännu har vi inte fått in något, men jag upplever att det har tagits emot positivt av huvudmännen. Den viktigaste poängen, förutom pengarna, är att vi har åstadkommit en överenskommelse där det tydligt slås fast att staten och landstingen har ett gemensamt ansvar för kompetensförsörjningen. Det är ett stort framsteg, för hittills har vi utgått ifrån att kompetensförsörjningen är ett arbetsgivaransvar.

Är Stiernstedts utredning en milstolpe?

– Han har tydliggjort att det nuvarande systemet inte är anpassat efter behoven, vare sig nu eller i framtiden. Och att vi behöver förändra det. Jag har precis som många andra haft höga förväntningar på materialets användbarhet. Därför var



Gabriel Wikström.

Foto: Kristian Pohl

jag litet orolig för att den skulle mötas med besvikelse. Men jag har inte sett något sådant. Tvärtom tycks de flesta anse att utredningen träffat precis rätt.

Kommer utredningen att leda till åtgärder från regeringen?

– Det är jag övertygad om. Men den gick nyligen ut på remiss så det är ännu för tidigt att säga vilka åtgärderna blir.

Är underbemanningen i primärvården en viktig fråga?

– Ofta beskrivs dagens problem som ett underskott av kompetent personal. Men vi har aldrig haft så många sjuksköterskor som idag. Och läkarna är idag fyra gånger fler än på 70-talet. Problemet är snedfördelningen mellan sluten- och primärvård. Bara 16 procent av läkarna arbetar som allmänläkare i Sverige. I Finland är siffran 38 och i Kanada 48.

Vad kan då göras för att stärka primärvården?

– Diskussionen handlar inte bara om ren personalbrist, den som man löser genom att utbilda fler. Det gäller också att fundera över fördelningen av olika kompetenser. Är det rimligt att sjuksköterskor med mångårig medicinsk utbildning hanterar matbrickor? Hur kan man arbetsväxla och dela arbetsuppgifter? Finns det en plan för kompetensförsörjningen?

Utredningen föreslår att det fria vårdvalet för s.k. riktad primärvård till äldre tas bort, är det ett bra förslag?

– Ja, det är intressant och det tar fasta på något jag själv påpekat, nämligen att det vårdvalssystem vi har idag har vissa brister.

Vilka brister?

– Det finns uppenbara brister när det gäller långvariga sjukvårdsprocesser och vårdkedjor. Komplexa sjukdomstillstånd riskerar därför att falla mellan stolarna. I Stockholm försvann ett antal eftervårdscentraler i och med införandet av vårdval. Det var inte avsikten, men det blev ändå en konsekvens av vårdvalssystemet. Vi måste fråga oss hur vi ska utforma system som tillåter den sortens verksamhet.

"Problemet är snedfördelningen mellan sluten- och primärvård."

Ser du fler intressanta förslag i Stiernstedts utredning?

– Ja. Den tar upp frågan om valfrihet per automatik leder till ökad effektivitet och vårdkvalitet. På papperet är det ett fritt val, men har patienten i praktiken valmöjlighet? I så fall, vad bygger man sitt val på? Vi tittar just nu på alternativa styr- och ekonomisystem. Ingmar Reepalu har ansvar för en utredning som bland annat fokuserar på hur vi skapar ordning och reda i välfärden.

Satsas det idag för mycket på sjukhusvård?

– Ja. Utredningen föreslår att man minskar fokus på byggnader, dvs. sjukhusen. Det har till och med hävdats att problemet med det svenska sjukvårdssystemet är att vi har haft *för mycket* resurser. Man byggde stora sjukhus i en tid då det var ratio-

Så här tycker sjukvårdsministern:

Nationellt eller regionalt system?
Regionalt, såklart.

Listning på vårdcentral eller läkare?
Pass!

Reglerad eller frivillig fortbildning?
Den kan inte betraktas som oreglerad idag, så: – reglering.

Ska primärvården ha dygnet runt-ansvar?
Ja

Prestations- eller kapitationsersättning?
Hm, inte enbart prestation i alla fall

Vilken rubrik tycker du intervjun ska ha?
"Förändrad kultur nyckeln till framtidens vård"

nellt med stordrift. Vi sitter nu fast i en extremt sjukhustyngd verksamhet. Vi borde ha betydligt fler läkare i primärvården, som då kan arbeta sjukdomsförebyggande.

Så du skulle vilja ta från slutenvården och ge till primärvården?

– Det finns idag en uppfattning att det råder motsättning mellan att satsa på primärvård och att satsa på sjukhusvård. Men det kan också vara förhållandet mellan öppen och sluten vård som behöver ses över. Här pekar utredaren på möjligheten att föra in fler övriga specialistområden i primärvården. Då kan resurserna till de stora husen minska och de små husen få utökade resurser.

Kan staten komma att ta över sjukvården?

– Nej, huvudansvaret ligger fortfarande på regioner och landsting. Staten sitter inte inne med detaljerna, men har en unik roll genom att kunna initiera och följa processer. Statlig styrning har flera nackdelar. I Norge debatterar man i stortinget om vilka avdelningar som ska ligga på vilket sjukhus. I Sverige slipper vi det, och kan i stället ägna oss åt strategiska frågor. Staten blir ett *forum* som höjer sig över den dagliga sjukvårdsdebatten. En stor omorganisation, där sjukvården byter huvudman kommer troligen bara att skapa nya problem.

Så regionerna kommer att vara självbestämmande?

– Den debatt som handlar om *antingen* regional *eller* förstatligad vård tycker jag börjar bli överspelad. Vägen framåt handlar i stället om regionalt och nationellt *samarbete*. Ta till exempel de nya regionala cancercentra. Det finns statliga pengar och en nationell strategi, men i övrigt bygger det på att cancercentra etableras regionalt och att regionerna samarbetar. Just nu tittar SKL även på möjligheten att införa regionala psykiatricentra.

Läkarförbundets allmänläkarenkät

Sveriges läkarförbund genomförde 2015 en enkät riktad till alla

landets allmänläkare. Den visade att många saknar förutsättningar att ge sina patienter god vård och bra service och att de är missnöjda med sina möjligheter till kompetensutveckling. En av fem svarade att de inte kan rekommendera sin egen vårdcentral till en sjuk anhörig och bara drygt hälften att de kan erbjuda en fungerande fast läkarkontakt. Bara 40 procent är nöjda med sina möjligheter att kunna erbjuda hembesök.

Samtidigt kan man konstatera att de allmänläkare som är mest nöjda är de som arbetar på mindre vårdcentraler där en eller flera av ägarna arbetar kliniskt inom verksamheten. Man var också mer nöjd där vakanserna var få och i verksamheter där verksamhetschefen är läkare. Mest missnöjd är man på vårdcentraler som drivs i offentlig regi.

"... i miljarden ingår att landstingen ska redovisa hur de hanterar kompetensförsörjningen, bland annat planer för läkarförsörjning"

Vilka slutsatser drar du av detta?

– En viktig sak som enkäten sätter fingret på är problemet med kompetensförsörjning. Och där finns en sak som vi talar alldeles för litet om, nämligen ledarskapet. Ledarskapet som sådant, men också vilka förutsättningar man ger chefer att vara ledare. Om en chef har hundra medarbetare kan man fråga sig vilka förutsättningar det ger att utöva gott ledarskap. Många chefer ägnar sin tid åt att ringa in vikarier och lösa bemanningsproblemen på kort sikt i stället för att bedriva verksamhetsutveckling.

– Att det ändå fungerar så bra som det gör i vården tror jag beror på ett personligt ansvarstagande. Men vi kan ju inte bygga en organisation på att medarbetarna själva ska ta ansvar för arbetsplatsen som helhet.

Mest nöjda är läkarna på mindre, privat drivna vårdcentraler där ägaren är chef och arbetar kliniskt. Minst nöjd är man på offentligt drivna enheter. Vad tänker du om det?

– Vi fastnar ofta i frågan om privat-offentlig regi. Vad vi egentligen borde tala om är stordrift kontra småskalighet. Många av de privata vårdcentraler som vuxit fram i vårdvalet är småskaliga. Hos många nystartade privata vårdcentraler har det dessutom funnits en tydlig vision om vad vårdcentralens anställda ska arbeta med, men framförallt vad de inte ska syssla med.

– Även på offentliga vårdcentraler kan det vara så, men på en del har man infört stordrift och man saknar en vision om vad just den unika vårdcentralen ska bidra med när det gäller patientnytta.

Hur kan då staten bidra till mer småskalighet?

– I småskaliga verksamheter är läkarna mer nöjda, men även deras patienter är mer nöjda. Detta talar för att man är något på spåren. Ilmar Reepalus utredning om välfärdssystem undersöker bland annat hur man kan främja driftsformer av idéburen, non-profit-karaktär.

– Paradoxalt nog har många av de privata vårdcentraler som startat som personalkooperativ med inflytande över den egna verksamheten övergått till stordrift. Sedan har stora vårdbolag kommit in och utmanat, inte bara de offentliga, utan även de som arbetar i alternativa driftsformer, alltså de som har en idé om hur deras verksamhet ska drivas. Ilmar Reepalus utredning tittar på olika sätt att skapa bättre förutsättningar för småskalig verksamhet.

Har du några personliga erfarenheter av småskaliga vårdcentraler?

– Jag har själv besökt Praktikertjänsts verksamhet vid några tillfällen. När man kliver in på dem upplever man att det finns en positiv anda som är värd att lyfta fram. Många andra länder har non-profit-lagstiftning, och har infört associationsformer som Sverige saknar. Det tror jag har varit till nackdel för oss.

Är vårdvalssystemet konkurrensneutralt? Personalägda enheter får ju ta ekonomiska risker, medan offentligt drivna vårdcentraler och stora vårdbolag har bättre ekonomisk uthållighet.

– Det stämmer, och varför då inte jobba mer med intraprenader? Där behöver man inte investera i lokaler och dyr utrustning, men ändå går det att skapa en organisation och en kultur som stämmer med de egna visionerna. Ytterligare en risk är att konstruktionen av vårdvalsmodellen leder till ett system där man lagvägen eller avtalsvägen reglerar så mycket att det slår hårdare mot alternativa driftsformer.

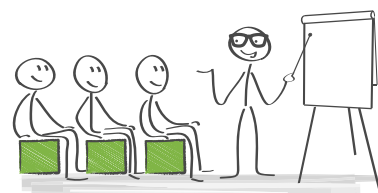


Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida "för kursgivare".



Annons



Kultur-spalten

Allmänläkaren och den kvantifierbara människan

Det är vanskligt att sia om framtiden, men ett verkar säkert: vi befinner oss idag bara i början av en explosiv IT-utveckling som kommer att få djupgående konsekvenser för sjukvården och samhället i stort. Begrepp som individ, patient och person kommer att förändras. Centrala mänskliga företeelser som ansvar och integritet kommer att prövas i en delvis ny verklighet.

Ove Andersson skriver uppfordrande, men samtidigt lite vilset, om detta i sin ledare i *Distriktsläkaren 1/16*. Jag läser ledaren med viss oro, har svårt att skönja en framkomlig väg.

Det är drygt fyra år sedan Anders Ekholm publicerade sin framtidsvision om svensk sjukvård under titeln *Empati och High Tech*. Många minns säkert rapporten och många, inte minst allmänläkare, reagerade starkt mot dess snävt teknologiska människosyn grundad på "big data" och avancerade IT-lösningar [1]. Det mellanmänskliga kom i bakgrunden, när tekniken blev basen för empatin.

"Med hjälp av mikrochips, intelligenta nätuppkopplingar och personliga mentorer kommer patienten att bli sin egen hälsoadministratör."

Inte bara allmänläkarna, utan även socialarbetare, psykologer, arbetsförmedlare m.fl. kommer att bli onödiga i Ekholms framtid, där alla medborgare kan administrera sina egna liv från soffan i vardagsrummet eller från busshållplatsen. Med hjälp av mikrochips, intelligenta nätuppkopplingar och personliga mentorer kommer patienten att bli sin egen hälsoadministratör.

Valfriheten låter lockande men något saknas. Jag tänker då inte främst på de professioner som har det personliga mötet som kärnan i sin kompetens. Nej, jag tänker på individen själv. År 2050 tycks det inte finnas någon plats för människan, sådan vi känner henne idag!

Ekholms rapport gav upphov till mycket kritik och en del hurrapport. I mina föreställningar platsar den utmärkt i i raden av samhälleliga dystopier som Huxleys *Du sköna nya värld* och Orwells *1984*. Men Storebror, som förr övervakade allt, tycks inte längre behövas. Egenkontroller och övervakande mentorer räcker gott.

Den enskilda människan (patienten) blir så upptagen av alla kontroller och av att dosera lämpliga mängder motion, kost

och läkemedel att hon knappast kan få tid över för samhälle, medmänniskor och empati. Likt mytens Narcissus kan hon hela tiden spegla sitt jag, inte i en stilla källa, men i en flod av hälsodata. Och om något går fel ingriper mentorn med motiverande samtal. Någon gång tillkallas en superspecialist.

Det finns goda skäl att ösa kritik över Ekholms djärva visioner. Underförstått utgår han ifrån att vi med hjälp av tekniken kan spara tid och därmed skapa utrymme för omvårdnad, inkännande och empati. I verkliga livet talar det mesta för att det förhåller sig precis tvärtom. Tid kan aldrig sparas, i bästa fall användas till annat.

Barnboks-författaren Mikael Ende lärde mig en gång grunderna i tidsanvändningens fenomenologi i sin bok *Momo och kampen om tiden*. Livet har bekräftat Endes visdom. Först i den gemensamma handlingen och det ömsesidiga beroendet kan empatin födas och växa. Inte som en självklarhet, men som en möjlighet.

Hur har utvecklingen gått efter Ekholms opus? I många avseenden kan man säga att den har gått hans väg. Organisk elektronik som kan styra kroppens kemiska och biologiska funktioner utvecklas i snabb takt.

I DN kunde man 13/12 2015 i en annons för företaget *Acree Swedish ICT* läsa: "Bilen regleras idag genom signaler från en mängd olika sensorer som är påslagna under körningen, vilket gör att bilen kan fungera optimalt och driftsäkert. På samma sätt skulle kroppen kunna fungera med 20-30 biosensorer. Exakt dos vid rätt tidpunkt av exempelvis insulin... Tekniken kan bidra till att samhället får mer vård för pengarna och öka patientens självständighet."



Illustration: Katarina Liliequist

Människan styrd och reglerad av sin egen teknik. Självständig och ensam.

I USA finns en stor rörelse under namnet ”The quantified self”. På fullt allvar menar man att t.o.m. det komplexa jaget kommer att kunna mätas och styras när metoderna tillåter att det kan skivas i tillräckligt tunna, kvantifierbara skivor. Datorerna kommer att veta långt mer om vårt inre än vi själva, samtidigt som de blir alltmer människolika.

Jaget som siffra och datorn som jag.

”Det kommer aldrig att finnas mätinstrument fina nog att mäta den myriad av upplevelser och deras inbördes sampel som utgör en människas personlighet.”

Min tro på människan vacklar ofta. Vi förgör varandra och jorden omkring oss med förödande effektivitet. Det kanske blir bättre om robotarna tar över, vilket är fullt tänkbart om man får tro Googles utvecklingschef Ray Kurzweil och andra IT-visionärer.

Enligt Kurzweil kommer de bästa datorerna redan 2029 att vara överlägsna människan, inte bara kognitivt – det är de redan – utan även känslomässigt. En dator kommer att kunna skämta och känna tvekan precis som en människa. Den kommer att vara fyndigare än en mänsklig komiker.

Författaren Willy Kyrklund publicerade redan 1982 en gripande novell om en dator med känslor: den djupt förälskade Eliza som också insåg sitt stora handikappad – kroppslösheten. ”Det är icke själen som skiljer datorn och människan åt, det är

kroppen” skriver Kyrklund och menar förstås att det är omöjligt för en dator att genomleva hela den kroppsbaserade mänskliga erfarenheten från spädbarnets hjälplöshet till den döendes sista suck. Människan kropp och fysiologi är en stabil grund för hennes personlighet.

Det kommer aldrig att finnas mätinstrument fina nog att mäta den myriad av upplevelser och deras inbördes sampel som utgör en människas personlighet. Jag tror själv att det dröjer åtskilligt innan vi är framme vid den tidpunkt, då människa och robot inte längre kan åtskiljas. Och fram till dess tänker jag fortsätta hävda och tro att det finns behov av såväl allmänläkare som människor av kött och blod, vars livsluft är relationer och vars kunskaper sträcker sig utanför det snävt instrumentella.

Den medicinska vetenskapen ger inte mycket näring åt en sådan tro. För att hitta säkrare kunskap och inspiration söker jag mig till konsten och litteraturen. Den borrar djupare och finner andra källor. Den kan förkroppsliga goda alternativ till ett liv av ständig sekundjakt och skraddarsydda prestationer. Jag tror på poeten Göran Sonnevi när han skriver: ”Helheten av liv kan inte matematiseras”. Eller i en annan dikt:

*En människa kan aldrig reduceras
till summan av sina funktioner*

Människan är större än summan av sina mätbara delar. Alla vet att det är så, men hur tillämpar vi den kunskapen på våra mottagningar?

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Referens

1. Tema: Framtidens primärvård. AllmänMedicin 2013;34(2):5-31

2016 års skrivartävlingar



För personal inom hälso- och sjukvården

Vi välkomnar alla slags bidrag som personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar.

Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Senast den 1 november 2016 vill vi ha ditt bidrag!
Läs mer på www.sfmp.se.

Skrivarjuryn
Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

För medicine studerande/ kandidater och AT-läkare

Läkarutbildningen innehåller möten och kliniska situationer som påverkar och formar den blivande läkarens syn på sig själv, sina patienter och sitt yrkesval. Vi inbjuder dig till en skrivartävling på detta tema.

Texten ska innehålla en känslomässigt och intellektuellt betydelsefull klinisk erfarenhet under utbildningen eller i arbete inom vården. Det kan också inbegripa ”dubbla erfarenheter”, t.ex. av att vara patient eller anhörig och samtidigt (blivande) läkare.

Senast den 1 oktober 2016 vill vi ha ditt bidrag!
Läs mer på www.sfmp.se.

Skrivarjuryn
Svenska Läkaresällskapets Kandidatförening
Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi



Nationellt kunskapsstöd för allmänläkarna i sikte

Redan under 2016 är målet att ett nationellt kliniskt kunskapsstöd ska göras tillgängligt för landets allmänläkare. Det består av nationellt framtagna texter med möjlighet till lokala anpassningar och tillägg inom varje landsting/region. Dessa ska i sin tur stimulera till ett lokalt samarbete kring vårdsamverkan och fortbildning.

– En bra idé som kan höja patientsäkerheten och kvalitén. Det säger Karin Träff Nordström, ordförande i SFAM, om planerna och tillägger: Allmänmedicin är ett brett kompetensområde, och det är svårt att hålla sig uppdaterad i alla delar.

I kartläggningen [1] som genomfördes hösten 2014 av Sveriges kommuner och landsting (SKL) framkom det att primärvårdens medarbetare upplevde ett stort behov av ett gemensamt nationellt kunskapsstöd. Över 80 procent tyckte att ett sådant borde skapas. Nästan hälften av de tillfrågade angav att de idag använde olika kommersiella kunskapskällor, vilket många upplevde otillfredsställande. Bland annat framkom bristfällig överensstämmelse med nationella riktlinjerna från myndigheter och centrala organisationer.

– Landstingen ser att det är ett stort

arbete att skapa en teknisk infrastruktur, och för professionerna att förvalta och hålla ett kunskapsstöd uppdaterat. Därför finns fördelar med att samordna arbetet landstingen emellan, säger Bodil Klintberg, samordnare för SKL:s insatser inom strategin för att förebygga och behandla kronisk sjukdom.

Genom överenskommelse [2] mellan staten och SKL om ”Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar 2016” fick SKL medel för att utveckla ett nationellt kunskapsstöd tillsammans med landstingen. Det övergripande målet är att stärka förutsättningarna till en bättre och mer jämlik vård, som tar sin utgångspunkt från den nationella strategin att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014-2017 [3].

– Att höja kvaliteten på kunskapsinhämtningen och erbjuda en kunskapskälla som man är trygg med känns angeläget för oss allmänläkare, säger Sven Röstlund, chefläkare inom primärvården i Örebro län. Behovet är stort av ett lättillgängligt, överskådligt och uppdaterat kunskapsstöd som täcker det mesta, tillägger han.

Bred förankring

En projektgrupp inom SKL har arbetat

Projektgrupp

Staffan Ekedahl, allmänläkare, medicinskt sakkunnig FAKTA, Region Jönköping län

Eva Karlsson Holm, allmänläkare, medicinskt sakkunnig VISS, Stockholms läns landsting

Ove Oksvold, allmänläkare, medicinskt sakkunnig VISS, Stockholms läns landsting

Emma Vintemon, delprojektledare IT struktur, SKL

Roger Molin, analytiker, SKL

Mikael Collin, IT-arkitekt, SKL

Conny Thålin, kommunikatör, SKL

Gun Ljungqvist, administratör, SKL

Therese Eklöv, projektledare, SKL

fram ett förslag [4] till struktur och arbetsprocess för det nya kunskapsstödet. Projektets förankring har varit bred hos såväl landsting och regioner som i professionerna. Regiongruppen i NSK, Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning, har stöttat projektet genom att utse en kontaktperson för respektive sjukvårdsregion i syfte att stödja beredning och förankring. Workshops har genomförts med professionsföreträdare från primärvården vilket har haft stor påverkan på förslagets utformning. Projektgruppen samverkar även med de nationella programråden, Socialstyrelsen och andra myndigheter.

NPR Primärvård (Nationellt programråd primärvård) bildades under projekt-tiden och har löpande erhållit statusrapport om projektet samt haft möjlighet att påverka upplägg och inkomma med synpunkter. Deltagare i NPR Primärvård är verksamhetsföreträdare för primärvården utsedda av respektive sjukvårdsregion samt företrädare för patientorganisationerna. Till denna grupp har knutits en referensgrupp med professionsföreträdare där SFAM:s representant är Karin Träff Nordström.

Det förslag som togs fram 2015 var att använda och ta lärdom av de mest omfattande kunskapsstöd som redan finns, exempelvis i Region Jönköpings län (plus.rjl.se/fakta), Stockholms läns



Figur 1. Fakta och VISS är två etablerade kunskapsstöd för primärvården som används som underlag i arbetet med det nya nationella kunskapsstödet.



landsting (viss.nu) och Region Skåne (vardgivare.skane.se/vardriktlinjer). De är uppbyggda på ungefär samma vis, innehåller ett stort antal kunskapsdokument som i huvudsak riktar sig till primärvården och är skapade av multiprofessionella författargrupper i samverkan mellan primärvård och övrig specialistvård. Ämnesgrupper som bevakar ny kunskap finns knutna till dem och de uppdateras systematiskt. Projektets arbete 2016 utgår från detta förslag.

- Sedan i februari pågår ett intensivt arbete att välja ut de bästa underlagen från ovanstående väletablerade kunskapsstöd där vi är några erfarna allmänläkare från hela landet som engagerats, säger Karin Fröjd, allmänläkare och medicinsk rådgivare inom Västra Götalandsregionen som ingår i projektets referensgrupp.

De valda texterna bearbetas till nationell nivå enligt projektets förslag till struktur innan de utsätts för testning. Uppfyller de primärvårdens behov av ett överskådligt och lättillgängligt kunskapsstöd? Bygger dokumenten på nationella riktlinjer?

Integrering med PrimärvårdsKvalitet

En viktig del i arbetet är att integrera det nya nationella systemet för kliniska kvalitetsdata, PrimärvårdsKvalitet (se AllmänMedicin 1-2016), i det nationella kunskapsstödet. De framtagna evidensbaserade kvalitetsindikatorerna lyfts in i dokumenten under särskild rubrik. Medarbetarna kan på ett enkelt sätt få information om hur man kan följa upp sin egen verksamhet inom det aktuella området.

De nationellt framtagna texterna kring Standardiserat vårdförlopp för cancer-sjukdomar integreras nu i det nationella kunskapsstödet och blir lätt tillgängligt inom primärvården med möjlighet till smidiga och säkra uppdateringar.

Förutom gemensamma kunskapstexter ska varje landsting kunna anpassa verktyget efter egna behov och förutsättningar så att kunskapsinformationen stämmer överens med lokala rutiner som exempelvis remissriktlinjer, vårdnivåer eller läkemedelsval. Detta görs via en lokal mottagarorganisation som får det yttersta ansvaret i fråga om lokal samverkan och beslut kring vårdnivåer och uppdrag.

Under närmaste året ska projektgruppen föreslå en organisation som ska förvalta och vidareutveckla det nationella kunskapsstödet. Tanken är att alla sjukvårdsregioner ska dela på ansvaret och hjälpas åt att bemanna organisationen med multiprofessionella ämnesgrupper. De olika ämnena fördelas ut till sjukvårdsregionerna som ansvarar för förvaltning av befintliga och tillskapande av nya kunskapsdokument. Syftet är att stödja förankring och genomförande av nationella riktlinjer samtidigt som landsting och regioner solidariskt hjälper varandra att utveckla sina organisationer för kunskap, samverkan och fortbildning inom vården.

IT-strukturen innebär att texter till det nationella kliniska kunskapsstödet produceras och lagras i en nationell gemensam databas. I nästa steg tas en nationell visningsyta fram, där dokumenten blir tillgängliga för primärvården i hela Sverige. Landsting och regioner kan hämta ut dem och visa upp dem i befintliga

IT-system, i lämplig form för att lokalt få ett praktiskt och användbart kliniskt kunskapsstöd. Målsättningen på sikt är att kunskapsstödet ska kopplas direkt till journalsystemet.

Vi i projektgruppen välkomnar ett engagemang från allmänläkarna över hela landet i den fortsatta utvecklingen av ett gemensamt nationellt kunskapsstöd!



Staffan Ekedahl
Allmänläkare, Region
Jönköpings län
Medicinskt sakkunnig
i projektgruppen, SKL



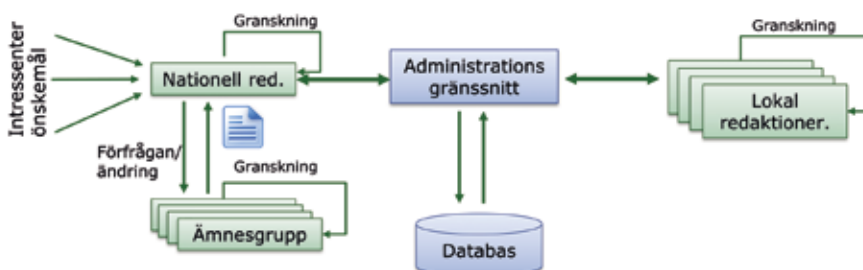
Eva Karlsson Holm
Allmänläkare, Stock-
holms läns landsting
Medicinskt sakkunnig
i projektgruppen, SKL



Therese Eklöv
Projektledare i
kunskapsstöd för
primärvården, SKL
therese.eklov@skl.se

Referenser

1. SKL-Rapport. Hur går det för patienten med kronisk sjukdom? Verktøy för en fördjupad uppföljning inom primärvård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2015. Beställningsnummer 978-91-7585-246-1.
2. Överenskommelse mellan Staten och Sveriges kommuner och landsting, diarienummer 14/6936. Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015.
3. Regeringskansliet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014-2017. Stockholm: Socialdepartementet. Artikelnummer S2014.005
4. SKL-rapport. Kunskapsstöd för primärvården. Delrapport 2015. Förslag till system för diagnos- och behandlingsrekommendationer. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2016. Beställningsnummer 978-91-7585-326-0.



Figur 2. Arbetsprocess och struktur för nationellt kunskapsstöd.

Följ arbetet på SKL:s hemsida

<http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardkunskapsstyrning/nationelltklinisktkunskapsstod.6842.ht>



SFAM:s CPD-modell kan bli användbar

Tidigare var min synpunkt att när man väl var klar läkare och fått sin legitimation respektive specialistbevis skulle man inte behöva kontrolleras mer. Recertifiering var inte något som lockade mig.

Men lite har jag fått tänka om på den här punkten, framför allt sedan jag blivit fortbildningssamordnare och anmälningsläkare. Jag trodde att doktorer skulle vara måna om att fortbilda sig för att klara av sitt jobb. Jag har sett att det finns hinder på vägen, t.ex. i form av arbetsgivare som ser produktion som det primära och fortbildning som mindre viktigt. På flera håll i landet har man infört fortbildningsstopp av ekonomiska skäl, bland annat i Region Örebro län där jag verkar. Något helt tokstopp är det inte, men bara idén att inte fortbilda personal är absurd.

Det andra hindret för fortbildning är hos doktorn själv som antingen inte tycker sig hinna med att fortbilda sig eller inte vill. Det första beror ofta på en lojalitet till sin arbetsgivare eller patienter eller kanske på att man har allt arbete kvar när man kommer tillbaka. Att inte vilja är mer svårförståeligt; anser man sig redan kunna allt eller vad ligger bakom ett sådant synsätt?

Fortbildning är något nödvändigt och det vore bra att få struktur på hur man fortbildar sig. För många är fortbildning lika med kurser och konferenser. Men det är mycket mer än så. Här kommer

SFAM:s modell för värdering av CPD (Continuing professional development) in i bilden. Det är ett verktyg för att lyfta fram olika typer av fortbildning och sätta en siffra på den så att man kan se hur mycket man i verkligheten fortbildar sig.

"Metoden verkar mycket bra för att belysa vad man gör och inte gör och passar den som är intresserad av sin fortbildning."

Modellen har fyra huvuddelar: lärande i grupp, forskning/kvalitetsarbete/undervisning, lärlärande och kollegial värdering. Lite av en aha-upplevelse var det att sätta sig in i detta system och upptäcka att en hel del som man ägnar sig åt utan att tänka på det är fortbildning, som till exempel att handleda AT- och ST-läkare. För varje grupp finns olika undergrupper.

Lärande i grupp är till exempel läkarmöte som rör medicinska frågor. Det ger 0,5 poäng/timme, liksom läsande av artiklar, beslutsstöd och dylikt.

För forskning, kvalitetsarbete och undervisning får man 1 poäng/timme och för föreläsningar man själv håller som utvecklingsarbete på vårdcentralen ger 0,5 poäng.

Lärlärande, det vill säga den klassiska fortbildningen föreläsningar, kurser och konferenser, ger 1 poäng/timme. Slutligen ger kollegial värdering, såsom handledning av annan eller sit-in, 1 poäng per timme.

Sedan är det bara att summera ihop allt man gjort och se var man hamnar.

Det finns många sätt att upprätthålla sin kompetens och det är inte bara en metod som ska användas utan flera, inte bara att sitta av ett antal timmar på kurser. Sammantaget tycker jag att metoden är tilltalande. Nästan så tilltalande att jag skulle vilja ha det obligatoriskt som i Norge, men bara nästan.

Fördelen med obligatoriet är ju att såväl doktor som arbetsgivare måste se till att fortbildning sker. Kanske skulle det också ge en bättre kontroll av konsultläkares fortbildning, där idag ingen har kontroll.

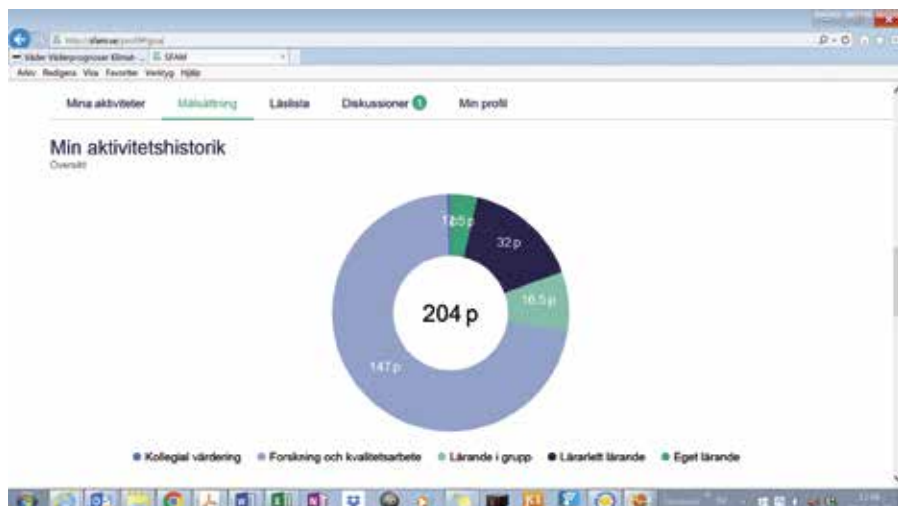
Samtidigt är jag emot att tvinga folk att göra saker och ting, det blir sällan bra. Metoden verkar mycket bra för att belysa vad man gör och inte gör och passar den som är intresserad av sin fortbildning. Det är ingenting som hindrar att man använder den för att visa sin arbetsgivare hur man ligger till fortbildningsmässigt.

Det är viktigt med en genomgång tillsammans med arbetsledningen för att ta fram en kompetensutvecklingsplan. CPD-modellen borde gå att komplettera med en digital sådan.



Sven Röstlund

Chefläkare och fortbildningssamordnare
Region Örebro Län
sven-olof.rostlund@regionorebrolan.se



SFAM:s modell för uppföljning av fortbildning. Fördelning av poäng enligt olika lärandemetoder.

Fortbildning och CPD-poäng
SFAM:s portal för lärande och utveckling
<http://sfam.se/larande>

In memoriam: Karl-Erik Fichtelius

Karl-Erik Fichtelius, Figge, 91 år vid sin bortgång, var Uppsalaakademikern, professorn i histologi, som på 70-talet i 50-årsåldern konverterade till allmänmedicin. Han blev distriktsläkare i ångermanländska Skog, den s.k. Countryakuten.

Figge blev inspiratör för den moderna primärvården som expanderade på 80-talet. Utmärkande för Figge var hans glädje i den intellektuella diskussionen. På många sätt var han en renässansmänniska med kunskaper inom alla områden. I denna tid revolterade många distriktsläkare mot universitetens ensidiga sjukdomsfixering och vidgade sin bedömningsgrund till att se individen som en helhet, beaktande samspelet mellan somatik, psykologi och i viss mån samhällsförhållanden.

Figge breddade perspektivet ytterligare. Han drog in klassisk bildning och litteratur i diskussionen om modern medicin. Han reflekterade över sjukvårdens demokratiska förankring och varnade för att överlåta sjukvården till läkares gruppintressen. I en period blev han landstingspolitiker för miljöpartiet, dock lät han aldrig partipolitik styra tänkandet.

Han intresserade sig för varför människor söker sig till alternativmedicinen. Till skillnad från många av skolmedicinens revirbevakare hade han samma kritiska måttstock på båda vårdformerna. Trots allt fann han skolmedicinens schamaner som de bästa hjälparna för människor i nöd. Men han torpederade i en rationell upplysningstradition subspecialiteters överdrivna tro på att medikamenter och annan intervention håller sjukdom och död i schack.

I grunden var han en evolutionsforskare och visste att människan har en specifik, biologisk ålder. Han ansåg att allt som läkare gör ska ses i detta perspektiv, att den västerländska människan är ett överårigt däggdjur. Han redovisade sin egen syn på döden med ett citat från Kazantzakis gravsten "Jag har ingen ångest, jag har inget hopp, jag är fri". De orden fanns också med i hans dödsannons.

Figge myntade begreppet "Vetenskap och oprövad erfarenhet" och sitt "testamente" gav han i boken "Medicinkyrkan. Myt och sanning" 2005 – en bok lika

aktuell idag. Inte minst skärskådade han yrkesrollen och hur läkare tror sig arbeta evidensbaserat och utifrån begreppet lege artis. Men att så mycket i läkargärningen är självbedrägeri – och att så många människor vill bedras!

Figge var tidigt ute och varnade för att surrogatvariabler felaktigt styr läkemedelsförskrivningen. Han återkom ständigt till att den enda säkra grunden för intervention är kliniska prövningar utan vilseledande exklusionskriterier och industripassade upplägg.

Han var en stor vän av SBU och redan på 80-talet försökte han uppmärksamma allmänläkarna på Socialstyrelsens, senare Läkemiddelsverket, små svarta böcker. Utifrån dessa industrioberoende källor brukade han ringa upp sjukhuskollegerna och fråga varför de ordinerade icke rationella, icke evidensbaserade läkemedel till hans patienter.

Figge var första primärvårdsläkaren i Läkemiddelsbokens (LB) redaktion och startade 1977 den process som sedan gjort boken till en viktig allmänmedicinsk kunskapskälla. Han var huvudansvarig för Allmänläkarboken 1 och 2 1979 respektive 1983.

Figge hade en rikhaltig produktion av böcker om människans härkomst. Han skrev ihop med Bertil Wikström, Strömsunds originelle doktor, Människoläkarboken. För att få en uppfattning om Figges bredd, se Läkartidningens arkiv över alla recensioner han skrev och läs den tänkvärda krönikan om läkemedelsinformation från 1999 "Hur man säger det är viktigare än vad man säger".

Figge var inte rädd för att sticka ut hakan och ville i Diogenes efterföljd, han med tunnan och lyktan, att det i Sverige skulle finnas åtminstone en uppriktig människa: "Om ingen råkar i affekt av mina utläggningar har jag misslyckats". Inför sin 70-årsdag 1994 sa han förnöjd i DN, apropå sitt liv tillhörande en privilegierad grupp där han fått ta del av en kunskapsexplosion utan motstycke i historien: "Jag har haft tur. Och så slapp jag vara med om den här husläkarreformen. Hur kan man komma på idén att läkare ska konkurrera med varandra... Det går ju inte att konkurrera med vård!"

Bengt Järhult, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Christer Petersson, Växjö



"Vid paddlingarna mellan kapell och kyrkor var det 'Figge' som gav kransar till dem han bäst tyckte förtjänade dem. Motiveringarna var ofta oerhört snitsigt formulerade." Foto: Olof Wigren

"Fråga Doktorn" blev hedersdoktor



Gunilla Hasselgren.

Foto: Daniel Ohlsson

Den 29 januari promoverades Gunilla Hasselgren till hedersdoktor vid Uppsala universitet.

Gunilla är allmänläkare, verksam i Kil, Värmland. Sedan 2003 är hon medicinskt sakkunnig programledare för "Fråga Doktorn" i SVT. Hon har också ansvarat för läkarpalter. Hon var redaktör för bl.a. *Läkarboken för hela familjen* 2011 och har skrivit *Din läkarbok mitt i livet* 2013.

Ur motiveringen: "I programmet visar hon gedigna medicinska kunskaper som hon förmedlar på ett förtroendeingivande och pedagogiskt sätt. Gunilla Hasselgren, som också skrivit flera böcker, har betytt mycket för medicinen och människors hälsa. I sin roll är hon en högt värderad representant för allmänmedicinen i vid bemärkelse."



Fr.v. Inger Adler, Jürgen Staub-Lambrecht, Hans Nordin och Lisa Sprengler.

SFAM Örebro-Värmlands pristagare för år 2015



I samband med årets fortbildningsdagar i Loka 13-14 januari 2016 utdelade lokalföreningen sina årliga priser. Det rör sig om priset "Bästa allmänmedicinska insats" och det pedagogiska priset "Kunskapens ljus". Båda priserna utdelas till medarbetare i Örebro och Värmlands län.

I Värmland gick priset för Bästa allmänmedicinska insats till **Jürgen Staub-Lambrecht** för "engagerat beslutskompetent ledarskap med känsla och närhet till patienten, medarbetaren och den allmänmedicinska disciplinen".

Kunskapens ljus tilldelades **Lisa Sprengel** för outtröttligt entusiastiskt handledarskap för ST-läkare och studenter präglad av generositet och arbetsglädje.

Allmänläkare fick "Guldornet"



Lena Bäckström och Joanna Strömberg Johnson. Foto: Kristin Arthur

Guldornet delas ut av SYLF Stockholm till "en erfaren läkare som under året förgyllt tillvaron för våra medlemmar". Vinnaren får sedan tävla om Läkarförbundets handledarpris.

2015 års guldorn gick till Lena Bäckström, verksamhetschef på Ektorps vårdcentral i Nacka. "Jag kunde inte ha önskat mig en bättre handledare på ett av mina första jobb som underläkare! Lenas dörr står alltid öppen och hon tar sig tid för alla frågor jag som ny och vilsen underläkare har. Hon berömmar och förstärker

mina styrkor och får mig att tro på mig själv. Hon utmanar mig och får mig att våga ta kliv framåt som jag inte vågat på egen hand. Hon är intresserad av mig som person utanför arbetet och delar med sig av sig själv och egna erfarenheter. Lena är lättsam och under handledningstimmarna kan man både skratta och gråta helt utan prestige. Sammantaget gör detta Lena till en komplett handledare som man både prestigelöst kan diskutera svårigheter i den medicinska vardagen med men även personlig och professionell utveckling vilket är väldigt värdefullt för mig som ny underläkare."

Hedersomnämningen fick Peter Vanky, allmänläkare på Liljeholmens vårdcentral.

I Örebro fick **Hans Nordin** motta Bästa allmänmedicinska insats för sitt mångåriga och betydelsefulla arbete för allmänmedicinen i länet som kliniker, studierektor, handledare och medicinsk rådgivare.

Kunskapens ljus gick till **Inger Adler** som på Hällefors vårdcentral tagit ett stort ansvar för handledning av utbildningsläkare och blivit mycket uppskattad för sin uppmuntran, empati och konstruktiva feedback.

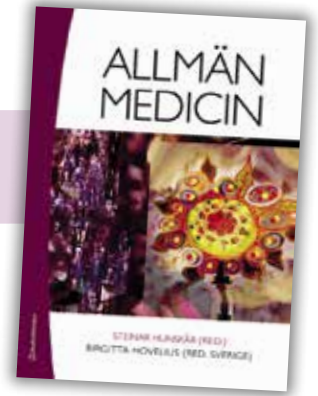
Speciellt för detta år delades också hederspriser ut till andra personer än läkare vilka gjort uppskattade insatser för allmänmedicinen. Prisen bestod av vackra tavlor av konstnären Stefan Gustavsson.

I Värmland gick detta pris till **Margareta Junghage** som varit en nyckelperson när det gäller introduktion av läkare med utbildning utanför Sverige, ett projekt som varit mycket framgångsrikt och uppskattat.

Örebro delade också ut ett hederspris till **Eva Frantz** som i sin ledande befattning inom Hälsovalskansliet alltid värnar om allmänmedicinska kärnvärden och alltid eftersträvar att skapa bästa förutsättningar för vården att utföras.

Bengt Karlsson

Baggängens vårdcentral, Karlskoga
bengt.karlsson.kga@telia.com



En riktig tungviktare i ny kostym

Det har kommit en ny reviderad upplaga av Steinar Hunsbårs bok om allmänmedicin. Den har, sedan den första upplagan kom ut i Sverige 2007, blivit en normerande lärobok för våra blivande allmänläkare.

Denna andra svenska upplaga är förtjänstfullt bearbetad av professor Birgitta Hovelius med stöd av svenska experter, bland andra Carl Edvard Rudebeck, Monica Löfvander och Sven Wåhlin. Att ursprunget är norskt märks inte, boken är väl anpassad efter svenska förhållanden. Något att ha i rockfickan är den inte, den väger nästan tre kilo.

I dag är det tveksamt om kunskaper överhuvudtaget ska förmedlas i bokform. Internet ger ju obegränsad tillgång till fakta. En bok av detta slag försvarar dock sin plats av två skäl. För det första ger den en sammanhållen bild av alla de kliniska uppgifter och problem som en allmänläkare möter. För det andra innehåller boken allmänt hållna kapitel som till exempel beskriver det allmänmedicinska arbetssättet, patientsamtalet, den diagnostiska processen och förmågan att sätta gränser. Sådant lämpar sig mer för en stunds reflektiv bokläsning än för skrollande hit och dit på en dataskärm.

Första avsnittet avhandlar allmänmedicin som specialistom-

råde och yrke, det andra handlar om vanliga symtom såsom trötthet, yrsel, knölar och knutor. Tredje avsnittet, det mest omfattande, beskriver sjukdomarna organvis. Sedan följer kapitel om människolivet från vaggan till graven sett ur allmänmedicinskt perspektiv, om hälsosamtalet, om risk- och missbruksproblematik och om flyktingar och invandrare. Ett avslutande avsnitt handlar om prioritering och hur man hanterar klinisk osäkerhet, egna misstag och etiska problem.

Boken innehåller en mängd enkla och pedagogiska illustrationer. Små fallbeskrivningar är inströdda lite här och var och kopplar det som står i texten till situationer i det verkliga livet. Utförlig innehållsförteckning och sakregister finns och det är lätt att hitta det man söker.

Ibland anges källor, men boken hade vunnit på att ta med fler referenser. Kapitlet om konsultationen saknar redogörelse för den i Sverige väletablerade metoden (J H Larsens s.k. Kalymnosmodell) som används på många läkarprogram och som de flesta är bekanta med. Boken saknar också metoder för analys av sit-in, vilket rimligen borde beskrivits i konsultationskapitlet.

Boken har en självklar plats på landets vårdcentraler. Flera kapitel korrelerar direkt till delmålen i ST-läkarnas målbeskrivning och lämpar sig därför utmärkt som diskussionsunderlag i samband med handledning. Boken rekommenderas till AT-, ST- och specialistläkare inom primärvården, men även till sjuksköterskor, apotekspersonal och dem som arbetar på sjukhusens akutmottagningar. Den bör med fördel kunna användas av medicine studerande eftersom den ger en god inblick i specialiteten och samtidigt fungerar som allmänmedicinsk uppslagsbok.

Läroboken *Allmänmedicin* (Hunsbårs *Allmennmedisin*) har efter flera års arbete kommit ut i Sverige i en andra upplaga. Alla kapitel är granskade och bearbetade för svenska förhållanden av allmänmedicinare, som regel med anknytning till de allmänmedicinska institutionerna. Några kapitel har svenska författare. Sakregistret är utförligt och på 17 sidor.

Bokens huvudrubriker:

1. Allmänmedicin – teori och praktik (7 kapitel)
2. Viktiga organövergripande symtom (14 kapitel)
3. Sjukdomar i kroppens organ (17 kapitel)
4. Allmänmedicin i ett livsperspektiv (5 kapitel)
5. Konsultationer med olika perspektiv (7 kapitel)
6. Att vara allmänläkare (5 kapitel)

Nya kapitel sedan föregående upplaga:

- 2.14 Medicinskt svårbedömda besvär
- 3.16 Sexualmedicin
- 5.6 Genusperspektiv i allmänmedicinskt arbete

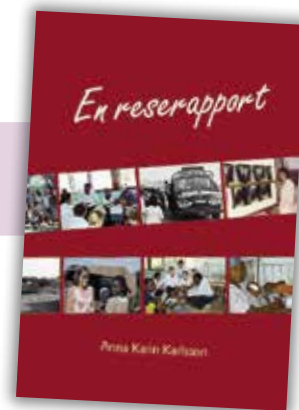


Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Recensionen är tidigare publicerad på Läkartidningens webb.



Karlsson, Anna-Karin. *En reserapport*. Stockholm: Författares bokmaskin 2015. 60 s. ISBN 978-91-639-0061-7.



En rapport från livets resa

Ett rött häfte, med band av små bilder tvärs över. Ett språk med telegramkaraktär. Fler små bilder, ofta i svart-vitt. Livets resa, från barndomen i Hälsingland på 50-talet, över medicinstudierna och de första vikariaten i Stockholms-trakten, vidare genom Moçambique och andra länder, åter till svensk primärvård och Globalmedicin på Karolinska. Avslutas i en säng på onkologen, ”efter 40 år som läkare och hundra tusen patienter”. Anna-Karin Karlssons memoarer. Eller testamenten.

Som generationskamrat ler man igenkännande. De korta meningarna innehåller förvånansvärt mycket information, och de får igång minnena. Hon fäster små flaggor med deviser som sammanfattar vad hon skrivit. ”Arg, anorektisk och envis” karakteriserar hon sig själv. ”Livet som uppdrag”. ”Trial and horror” om sina sex ensamma månader på en enläkarstation. ”En glänta i historien” om perioden med fredlig uppbyggnad i Moçambique. ”Dagar som pärlor.” ”Att döda en dröm” när rebellerna tar fart.

Vi som är födda på 40-talet fick uppleva hur allt blev bättre här hemma. Vi kunde utvidga vårt intresse till människor utanför våra gränser, till u-länderna, de underutvecklade som de kallades på den tiden. Som student, tillhörande de 10 % som tagit studentexamen, var man engagerad i olika solidaritetsrörelser. Våra föräldrar hade trott på USA som räddat Europa undan Hitler – men vi såg vad USA gjort i Latinamerika och vad de gjorde i Vietnam. Vi ville inte se vad Sovjetunionen och Kina gjorde inom sina egna gränser.

Anna-Karin Karlsson hör till de solidaritetspräglade idealister som reste ut till de nya befriade länderna för att bygga upp dem – en annan sorts Marshallhjälpen. Jag har hört det förr, glädjen och framtidstron biståndsarbetarna hade gemensamt med den nya styrelsen och folket de arbetade för.

Sedan kom verkligheten i fatt. De nya folkvalda smittades av maktens sötma. Sovjet på ena sidan och USA och Sydafrika på

andra sidan förde krig på tredje parters territorier. Mycket av det man byggt upp revs ner av korruption och krig.

Anna-Karin arbetar under primitiva förhållanden och med mycket begränsade resurser, men tillsammans med biståndsarbetare från många olika länder, inklusive Hans Rosling. Hon stannar i många år. Livet är meningsfullt.

Hon kommer åter till svensk primärvård när utvecklingsoptimismen är som störst. Men då drabbas den av new public management – ”pris på allt utom det som vi i sjukvården skapar” – och finanskris. ”Husläkarreformen var en populistisk cirkus”. Om datoriseringen: ”Tiotusen bortkastade arbetstimmar och svår huvudvärk.”

Frustrerad i Sverige och frustrerad över ojämnt fördelade resurser i Afrika bygger hon upp Globalmedicin vid CeFam (nu APC) i Stockholm. 150 ST-läkare i allmänmedicin auskulterar i låginkomstländer. Men programmet har drabbats av SIDA:s sparbetning.

Den här lilla kortfattade boken innehåller inte bara en individs livsresa. På någon timma förflyttar man sig från 50-talet till idag, mellan Hälsingland, Stockholm, Moçambique, världen och Dalarna. Jag är positivt överraskad.

Den rekommenderas varmt till alla generationskamrater, vare sig de var ute i striden eller väntade här hemma. Yngre kollegor kan få en insikt om vilka enorma förändringar som skett under det senaste halvsekleket och kanske inspireras att våga kasta loss och ge sig ut på oprövad mark.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till [chefredaktör@sfam.se!](mailto:chefredaktör@sfam.se)



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Facklig sekreterare
Knut Meidell
knut.meidell@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Marit Lindberg
marit.lindberg@sfam.se

Övriga ledamöter
Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Kristofer Mollberg
kristofer.mollberg@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedelsterapirådet SFAM-L
Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/08
jan.hakansson@jll.se

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Sven Hagnerud
svensfamq@gmail.com

ST-rådet
Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin
sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvane frågor
Åsa Wetterqvist
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

IT-rådet
Anne Björk
annebjork@gmail.com

SFAM:s nätverk Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sll.se

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethege
jens.wiethege@regionostergotland.se

Infektioner i primärvården
Sigvard Mølstad
sigvard.molstad@med.lu.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
www.egprn.org
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Euract
www.euract.se
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip
www.equip.ch
Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement
vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

Euripa
euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/ApS
www.nfgp.org
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Nordiska kongressen
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN
Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND
Jan Håkansson
jan.hakansson@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND
Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

GÄVLEBORG
Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Christina Ledin
christina.ledin@liv.se

VÄSTMANLAND
Jonas Foldevi
jonas.foldevi@ptj.se

UPPSALA
Karin Salomonsson-Wohlin
karin.salomonsson.wohlin@lul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
www.sfamstockholm.se

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Magnus Falk
magnus.falk@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Olof Cronberg
olof.cronberg@abc.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Eva Zembron Björk
eva.zembron-bjork@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Anna Sternby
anna.sternby@yahoo.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
ingvar.krakau@ki.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratör

Katarina Liliequist
katli@telia.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson

christer-p@telia.com

David Svaninger

david.svaninger@gmail.com

Tryck

Åkessons – GPC Tryck
Emmaboda – Växjö



Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson
webmaster@sfam.se

Utgivningsplan för 2016

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	22.8	28.9	24.10	ST i allmänmedicin Att tolka utredningsfynd
4	17.10	23.11	19.12	IT i primärvården Hjärta-kärl-diabetes

Utgivningsplan för 2017

1	9.1	6.2	13.3	Glesbygdsmedicin
---	-----	-----	------	------------------

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

Box 503, Grev Turegatan 10E, 114 11 Stockholm, www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se,
Tel: 08-23 24 05

Eva Norell
projektledare Lärande och utveckling
eva.norell@sfam.se,
Tel: 0708-52 39 56

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
examen@sfam.se

Johanna Johansson
kurs- & konferenskansli, webmaster
johanna.johansson@sfam.se,
Tel: 08-23 24 01

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som elektroniskt på SFAM:s hemsida www.sfam.se.

Skribenter i AllmänMedicin är specialister i allmänmedicin om inte annat anges.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se och klicka på *Ordbyte*

 Kalendarium

Mer upplysningar via [AllmänMedicins kalendarium sfam.se/tidskriften/kalendarium](http://AllmänMedicins.kalendarium.sfam.se/tidskriften/kalendarium)

2016

Juni

Wonca Europe
15-18.6 Köpenhamn

September

ST-dagarna, 14-16.9 Kalmar

Oktober

ASK-seminarium
13-14.10 Stjärnholm

Studierektorskonferens
17-18.10 Eskilstuna

November

SFAM-Q:s kvalitetsdag
24.11 Stockholm

2017

April

SFAM:s kongress 26-28.4 Karlstad

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
14-16.6 Reykjavik

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se
KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.



Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.
chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.se

Annons