

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNMEDICIN

NUMMER 4 2016 ÅRGÅNG 37



IT i primärvården

Hjärta-kärl-diabetes

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 En primärvårdsreform innefattar många aspekter
Hanna Åsberg
- 3 I en sal på lasarettet
Ingrid Eckerman
- 3 Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2017
- 4 ULF-projektet engagerar många
Gösta Eliasson
- 5 SFAM Skaraborg återuppstod
Jonas Ortman och Pia Steffensen
- 6 Vad gör SFAM-Dalarna i Dalarna?
Rapport från ett svenskt glesbygdslän
Nils Rodhe
- 7 Tack, alla kollegor!
Ulrika Elmroth
- 7 Många aktiva på ordbyte
Karin Lindhagen
- 9 Satsa på mittfältarna! En fotbollsnörds betraktelse
Anders Ylvén
- 10 Förenklad screening av levnadsvanor?
Ingrid Eckerman
- 12 Högt tonläge i debatten om statiner
Jan Håkansson
- 14 SPIMEU-projektet söker allmänläkare
Axel C Carlsson och Per E Wändel
- 15 Framtidens primärvård – full av IT-teknologi och allmänläkare
Ingrid Eckerman
- 15 Intervju med Per Stenström, Martin Wehlou, Fredrik Settergren, Magnus Ängslycke och Martin Fredriksson
- 18 Hälsa På Plats – mobil journal för hemsjukvården
*Lovisa Jäderlund Hagstedt
Pia Kristiansson*
- 23 Personligt hälsokonto på väg att bli verklighet
Carl Järnlund
- 24 Hälsoappar – vilka krav ska ställas på dem?
Mats Artursson
- 26 Nu händer det!
Stina Gäre Arvidsson, Ulrika Elmroth, Olof Norin och Staffan Ekedahl
- 28 IT-baserat stöd för remittering till bilddiagnostik
Henriette Ståhlbrandt, Lars Lindeberg och Torsten Cederlund
- 30 Hur får vi tillgång till aktuell och pålitlig medicinsk information i patient – läkarmötet?
Ingrid Eckerman
- 31 Tio förbudsord för IT-system
Ingrid Eckerman
- 32 Skärmtid
Fredrik Settergren
- 34 Driven ordförande vill se mer konkretiseringar
Eva Nordin
- 37 Från kvalitetssäkring till kvalitetsutveckling
– 25 år med EQUIP och SFAM Q (1991–2016)
Eva Arvidsson, Sven Engström, Rita Fernholm, Lennart Holmquist, Ulrik Kirk, Anders Lindman, Kjell Lindström, Leif Persson, Per Stenström
- 39 Framtidens vårdcentral ur allmänläkares perspektiv
Ingrid Eckerman
- 40 Hoting efter Zaremba
Hans Boberg
- 41 Varningsbilder på tobak nu på svenska butikshyllor
Helene Wallskär
- 43 Ingvar Krakau – allmänläkare och katedralbyggare
Gösta Eliasson
- 45 Tre dagar om grön sjukvård – CleanMed Europe 2016
Ingrid Eckerman
- 46 Gamla tidningar väcker minnen
Ingrid Eckerman
- 48 NYGP – nytt nätverk för unga allmänmedicinare i Norden
Jenny Öhman och Ulrika Nyhammar
- 50 The Nordic Congress, Island 2017: From the core
The Icelandic Congress Committee
- 50 Fortbildningssamordnare möttes i Östersund
Gösta Eliasson
- 51 ASK-brev november 2016
Robert Svartholm
- 52 ST-dagarna i allmänmedicin 2016
The Icelandic Congress Committee
- 55 Specialistexamen 2016 – ST-dagarna i Kalmar 2016
Ingrid Eckerman
- 56 Att arrangera ST-dagar ger mersmak
– ST-dagarna i Kalmar 2016
Ingrid Eckerman
- 57 AllmänMedicin gratulerar
- 58 Berätta för livet!
Christer Petersson
- 59 Två salladsblad ger noll poäng – en realistisk enaktare
Torsten Green-Petersen
- 60 Bokrecension: Ett samtal om samtalet
Linus Jernby
- 61 Poddrecension: Medicinsk poddradio för lekmän
David Svaninger
- 62 SFAM informerar, kalendarium
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema 1 artiklar
■ Tema 2 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning



"Man lär sig nya saker hela tiden" sa vår sätare, Annika Cederlund, när hon upptäckte en ny fil i excel-filen, ett program hon inte använder så ofta.

Likadant säger jag. Omslagen till AllmänMedicin är en viktig fråga. Redan i våras bestämde vi att det skulle vara ett ordmoln till detta nummer. På redaktionsmötet i Kalmar brainstormade vi mängder med lämpliga ord. Sedan var det till att googla på ordmoln och pröva olika program. Hur gör man egentligen? Hur ska ordlistan se ut? Tar programmet åäö? Hur anpassar man bilden till tidningens format? Det blev åtskilliga bra och mindre bra förslag att välja bland.

Med lite feedback från Annika och Karin Lindhagen kom den här bilden till, i varma julfärger. Nu har jag lärt mig lite till!

Ingrid Eckerman, chefredaktor@sfam.se

En primärvårdsreform innefattar många aspekter

I SFAM:s remissvar till *Effektiv vård* kommenterade vi att utredningen innehåller många bra idéer om hur primärvården ska förstärkas, men att förslagen inte är tillräckligt konkreta. Att sjukvårdsministern Gabriel Wikström (S) därför menar att det behövs en primärvårdsreform, och att man behöver använda lagstiftning för att nå dit, inger hopp om att svensk sjukvård verkligen kan få den näring som den så väl behöver. Förändringen vindar borde blåsa relativt snart och luften vi andas kan bli riktigt frisk.

Svensk läkarkår består till endast 16 procent av allmänläkare, vilket internationellt sett är en mycket låg siffra. Det här är inget nytt under solen, men tidigare reformer har under decennier inte lyckats åstadkomma en starkare primärvård.

För att öka antalet specialister i allmänmedicin måste vi titta på flera alternativ. Att landstingen eller regionerna själva har haft ansvar för att tillsätta ST-blocken i olika specialiteter har erfarenhetsmässigt visat sig inte fungera för att få en balanserad fördelning av läkare. En nationell samordning av ST-tjänster i allmänmedicin behövs.

Sjukhusläkare som vill arbeta i primärvård ska välkomnas att göra det, men vi bör uppmuntra till dubbelspecialisering. Dubbelspecialisering är ett förhållandevis snabbt sätt att ändra fördelningen mellan sjukhusläkare och allmänläkare. Ett annat sätt är att uppmuntra fler AT-läkare att söka ST i allmänmedicin.

Självklart finns det fler rekryteringsvägar in i den allmänmedicinska specialiteten. Oavsett hur vi rekryterar fler kolleger behöver vi som redan arbetar inom allmänmedicin fundera på vad vi kan göra för att göra specialiteten mer attraktiv. Jag har hört många AT-läkare säga att allmänmedicin är intressant, men olika praktiska omständigheter gör att många av dem ändå landar i en ST i en annan specialitet.

Vad behövs i arbetet som allmänläkare för att fler ska tycka att det är roligt och hållbart att börja arbeta inom primärvården och sedan vilja stanna kvar? Här behöver vi tänka brett och kreativt om hur vi vill att framtidens allmänmedicin ska fungera. Vi kan inte utgå bara från oss som redan arbetar inom allmänmedicin, vi måste fråga våra (blivande) kolleger vad som skulle få dem att vilja ge allmänmedicinen en ärlig chans i sin karriär.

En primärvård där läkare har ett stimulerande arbete och en god arbetsmiljö kommer automatiskt att ge en högre patientsäkerhet, kontinuitet och tillgänglighet för patienterna.

Det SFAM behöver göra är att bevaka när ett lagförslag till primärvårdsreform tas fram. SFAM kan inte arbeta ensamt utan behöver hitta gemensamma ståndpunkter med andra systerorganisationer.

En ökad bemanning och större ekonomiska resurser till primärvård är grundstenen i en sådan reform, men reformen kan inte bara handla om det. Den måste innehålla konkreta punkter om hur fortbildning, forskning, handledning och kvalitetsutveckling kommer till stånd. En attitydsförändring hos beställare

och utförare av sjukvård behövs, där dessa delar i allmänläkarens yrke blir självklara delar som löper parallellt med patientarbetet.

Vi behöver definiera vad primärvårdens uppdrag ska vara, eller inte vara. I den diskussionen behöver vi också ta upp punkter som hur många listade patienter som en specialist i allmänmedicin bör ha (siffran 1 500 är förlegad), hur digitalisering bäst kan hjälpa patienterna och vilka strukturer i primärvårdens organisation som har stöd i forskning för att det ger förbättrade resultat.

Viktigt att poängtera är att vi inte tänker i ett vi-och-dom-perspektiv. Det handlar inte om att vi allmänläkare vill polarisera mot våra sjukhuskolleger. Det handlar om vad svensk sjukvård behöver för att kunna erbjuda en bra sjukvård till befolkningen, där tillgängligheten och patientsäkerheten är hög oavsett på vilken vårdnivå den ges, och att vi levererar den sjukvården till en rimlig skattepeng. För att åstadkomma det måste alla specialiteter samarbeta.

Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



SFAM informerar

Uppdatera din e-adress!

SFAM:s nyhetsbrev och lokal-föreningarnas inbjudningar skickas till den e-adress du uppgett till SFAM:s kansli. Meddela din aktuella e-adress till: kansli@sfam.se



AllmänMedicin informerar

Skriv i AllmänMedicin!

Välj ditt ämne själv och kontakta chefredaktören cheferedaktor@sfam.se.



I en sal på lasarettet

Plötsligt sitter jag och tittar på allmänmedicinsk teater. "I en sal på lasarettet" är en tvåmänsteater från Västerbotten. Spelmannen mm. Thomas Andersson berättar sin historia när han som barn hamnade på lasarettet med ett rusande hjärta. Ellenor Lindgren berättar hans mammas historia.

Hur är det att som barn överges av sina föräldrar? Hur är det att tvingas lämna sitt barn, veta att man kanske aldrig kommer att se det igen? Hur är det för det övergivna barnet att komma hem igen? Hur är det att ta emot det övergivna barnet igen? Vilka ord måste doktorn ta till för att få den stressande medelålders mannen att förstå allvaret?

Det var en gripande berättelse, för oss som legat på sjukhus som barn och för oss i vården. Att den illustrerades med fiolspel gladde förstås mitt folkmusikaliska hjärta. Se den om ni får möjlighet! Jag hoppas den kommer att visas på någon kongress.

Thomas Andersson har dessutom skrivit sin egen trosbekännelse:

- Jag tror på placeboeffekten.
- Att det är fler finesser på en människa än vad vi går omkring och tror.
- Jag tror att den mänskliga tankens kraft och förmåga är underskattad.
- Jag tror exempelvis att hur vi människor tänker och tror styr vad som händer och sker i våra liv.
- Jag tror också på vetenskapen. Ännu mer nu, sedan de kommit fram till att placeboeffekten är verksamt som läkande kraft.
- Och att tro på vetenskapen är ju också en tro.
- Och en tro kan förflytta berg.
- Vi som provat på motsatsen, att vid något tillfälle varit helt uttömda på tro och hopp och sedan känt hoppet återvända, vet skillnaden.

Har vi ett humant och civiliserat Sverige?

Under hösten har mitt arbete med AllmänMedicin haft konkurrens av mina protester mot hur vi hanterar ungdomar med afghansk bakgrund. Jag bara inte kan smälta att vi, efter det att de varit här i ett eller flera år, fått bostad, omvårdnad, mat, skolgång, skickar dem till ett land där många aldrig varit, där de kanske inte har något socialt nätverk, där mängden internflyktingar växer och där det kan vara livsfarligt att vistas.

Tillsammans med Bertil Hagström, numera Horred, och några andra personer startade jag ett upprop som på några veckor fått 4000 underskrifter. När jag nu, i början av november, är klar med innehållet i AllmänMedicin, ska jag planera nästa steg: en uppvaktnings av migrationsminister Morgan Johansson. Vi hoppas att de samlade protesterna från många individer och grupper får effekt.

Att uttrycka sig oklart

Jag har förstått att min text i AllmänMedicin 3-2016 kunde tolkas på olika sätt. Det smärtar mig djupt att jag har sårat utan att mena det.

Vad jag ville säga var att förra styrelsen visserligen gjort misstag, men att den inte gjort sig förtjänt av det misstroende den utsattes för. Det ledde till en förlust av kompetenta personer och ett styvt arbete för valberedningen.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



"Väl utbyggd distansvård"

AllmänMedicin 1-2017 har glesbygdsmedicin som tema. Kanske begreppet "väl utbyggd primärvård" också ska omfatta distansvård?

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2017

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2017.

Plats: Karlstad Congress Culture Centre

Adress: Tage Erlandersgatan 8, Karlstad

Tid: Onsdagen den 26 april 2017, kl 15.00-17.30.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: kansli@sfam.se.

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAM:s stadgar:

§ 4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) från den 26 mars.

Välkommen! Hanna Åsberg, Ordförande

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

ULF-projektet engagerar många

Projektet för utveckling av lokal fortbildning (ULF) har kört igång enligt en modifierad projektplan (se AllmänMedicin 3-2016, s. 5). I arbetet har många personer engagerats.

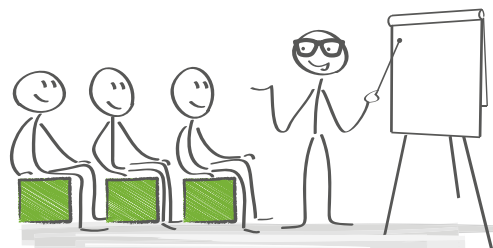
Gösta Eliasson,
Styrelseledamot
gosta.eliasson@sfam.se

Projekt	Syfte	Personer
1 a + b. Lokala fortbildningsgrupper	Öka antalet kollegiala grupper i landet, som arbetar strukturerat med fortbildning och kvalitetsutveckling enligt FQ-modell	Ulrika Elmroth Maria Wolf Gösta Eliasson Sofie Näslund Susanna Althini Christer Petersson
1 c. Tillgodose (kartlägga) fortbildningssamordnarnas behov	Utvärdera fortbildningssamordnarnas förutsättningar för att kunna planera, stödja och genomföra lokala fortbildningsinsatser samt deras behov av stöd från SFAM	Gösta Eliasson Helen Magnusson
2. Studiematerial (SWAMP)	Underlätta och ge inspiration till arbetet i kollegiala grupper samt för studier på egen hand	Maria Wolf
3. CPD-poängssystem (utveckling av fortbildningsplattform och hemsida)	Från nuvarande fortbildningsplattform skapa en funktionsduglig och användarvänlig version	Hanna Åsberg Ulrika Elmroth Eva Arvidsson Kompetensvärderingsrådet Fortbildningsrådet Kvalitetsrådet ST-rådet
4. Utvärdering av metoder för kompetensvärdering	a) Kompetensvärdering genom feedback från patienter och medarbetare (se AllmänMedicin 3-2016 s. 27) b) Formativ examination av patient-/personcentrerad vård c) Progresstest (upprepad test av kliniska kunskaper)	Jan-Eric Olsson Helena Schildt-Tossman Eva Toth-Pal Bo Christer Bertilson Charlotte Hedberg Conny Svensson Remy Wardenburg Anna Nager

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida "för kursgivare".



SFAM Skaraborg återuppstod

ett par år efter införande av vårdval i Västra Götalandsregionen 2009 uppstod bland våra allmänläkarkollegor ett behov av samling och gemensam diskussion om Skaraborgs primärvård.

Den "Skaraborgsmodell" (en mångårig aktiv satsning på en utbyggd välfungerade primärvård) som vi tidigare varit så stolta över förändrades på flera sätt till sämre.

Några eldsjälar tog initiativet och maj 2012 togs beslutet att SFAM Skaraborg skulle återuppstå. I styrelsen ingår företrädare för såväl offentlig som privat primärvård. Inspirerade av Örebromanifestet skrevs vårt eget "Upprop för Skaraborgs specialister och ST i allmänmedicin". Uppslutningen i vårt område med alla 130 namnunderskrifter var överväldigande och gav kraft till ett fortsatt arbete med att nå ut till allmänheten och politiker.

Via lokalpress och radio, men även i Läkartidningens nätupplaga [1], har vi försökt belysa primärvårdens förändrade situation i Skaraborg. Vi har haft återkommande träffar med politiker på både lokal och regional nivå där vi tagit upp skillnader mellan storstad och landsbygd och de olika förutsättningar vi har för att ge en jämlik vård till patienterna. Minskade ekonomiska resurser, ökad detaljstyrning, landsbygdens svårigheter att rekrytera/behålla nya ST-läkare och vikten av att vi skall kunna erbjuda möjlighet till forskning även utanför storstaden har varit på agendan. Med politiker har vi också vid flera tillfällen diskuterat den ojämna ekonomiska fördelningen mellan primärvård och sjukhusvård. Vi har försökt förklara primärvårdens åtagande i Sverige och jämfört med andra ekonomiskt jämförbara länder.

Vi har diskuterat vårt "Upprop" och synpunkter på "Krav- och kvalitetsboken" med företrädare för Hälso- och sjukvårdsutskottet, Personalutskottet samt Vårdvalsenheten i VGR. "Uppropet" nådde även Riksrevisionen. Rapporten om hur vårdvalet har påverkat primärvården har vi förstås följt med stort intresse.



Delar av styrelsen med Hanna Åsberg på besök.

Trots lokala skillnader i VG Primärvård finns mycket gemensamt och god kontakt finns med lokalavdelningar i bland annat Stor-Göteborg och Södra Älvsborg. Gemensam skrivelse angående förbättrad kompetensutveckling har skickats till Hälso- och sjukvårdsdirektör och Vårdvalsenheten i Västra Götaland.

Det lokala arbetet är prioriterat och för att bibehålla gemenskapen mellan allmänläkarna i vårt område inbjuder vi återkommande till kollegiala träffar, oftast med någon speciell gäst. Vi har träffat Allmänmedicinska sektorsrådets ordförande Agneta Hamilton och vår nya professor i Allmänmedicin i VG Stefan Bergman. Vi har också tagit del av egna kollegers erfarenheter av arbete i andra länder och av ASK – diskussionen kring bra fortbildning är alltid aktuell. Mötena ger bra möjlighet att sprida information om projekt som pågår i SFAM – ULF och SWAMP.

I oktober fick vi möjlighet att diskutera allt från lokala problem till Stiernstedts utredning "Effektiv vård" med vår inbjudna gäst Hanna Åsberg!

Jonas Ortman

Pia Steffensen

SFAM Skaraborg

pia.steffensen@vgregion.se

Frågorna som SFAM Skaraborg ställde till politikerna

- Vilka visioner och målsättningar finns för arbetsförhållanden och rekrytering av specialister i allmänmedicin samt yngre kollegor?
- Vilka ekonomiska förutsättningar behövs för att möjliggöra riksdagsbeslut om "1 distriktsläkare/1 500 listade"?
- Hur kan verksamhetsuppföljning på vårdcentral ske utan att tiden för och mötet mellan läkare/patient försämras?
- Hur ska prioritering mellan olika vårdbehov, det vill säga patientgrupper, göras då resurserna är begränsade?
- Hur ska resultat från forskning och forskares kompetens tas tillvara inom primärvården?

Referens

1. Missnöje med vårdvalet väckte slumrande Skaraborgsförening. Läkartidningen.se 2014-04-30.

Vid idéseminariet i april var flera lokalföreningar intresserade av att berätta vad man arbetar med. Vi hoppas på en lokalförening i varje nummer!

Vad gör SFAM-Dalarna i Dalarna?

Rapport från ett svenskt glesbygdslän

Dalarna har stor brist på allmänläkare. Många pågående stafettlinjer. Ständiga diskussioner om sjukvårdsstrukturen – hur många länsdelslasarett behövs och vad ska de leverera för sjukvård? Vad ska ligga på vårdcentralerna? Stora geografiska avstånd.

AT-läkare kommer gärna till Dalarna men alltför många försvinner efter AT tillbaka till storstäderna. Många ST-läkare rekryteras från andra länder – fungerar ofta väldigt bra men kan andra gånger bli stora problem pga. svårigheter med språket och kommunikationen med patienterna. Vi har nu över 100 ST-läkare i allmänmedicin i Dalarna, så många att det behövs skohorn för att klämma in randningarna på vissa av specialistklinikerna på våra lasarett. Det är en utmaning att lyckas behålla dessa ST-läkare i vårt län när de är färdiga. Storstäderna och stafettläkeri lockar många.

Nåväl, vad pysslar vi med inom SFAM-Dalarna?

Fortbildning har genom åren varit en hörnsten: Vi (styrelsen i SFAM-Dalarna) ordnar sedan snart 20 år terminsvis återkommande fortbildningsdagar för länets distriktsläkare. Dubblerade dagar med samma program – alla ska kunna delta. Oftast någon inbjuden huvudföreläsare inom ett ämne som vi spårar fram med hjälp av förslag som kommer från länets distriktsläkare. Dessa distriktsläkardagar innehåller också pass med parallella seminarier där man kan välja lite själv vad man vill höra.

Dagarna är mycket uppskattade och besöks varje höst och vår av de flesta av länets distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Det är en stor finess att kunna samla en så stor andel av länets kolleger på samma ställe – inte minst för att det ger en god möjlighet till informella samtal under stärkande lunchpromenader i Tällbergsbyn med den vackra Siljan i fonden.

Vi är stolta över att ha genomfört dessa fortbildningsdagar under många år med god kontinuitet – men är det SFAM-styrelsens uppgift att sörja för fortbildningen av länets distriktsläkare? Hur många av våra styrelsemöten, utanför arbetstid, har inte varit förtäckta planeringsmöten inför våra fortbildningsdagar?

Kanske är det ändå en finess att distriktsläkare ordnar fortbildning för distriktsläkare. Visst stöd har vi förstås haft från

Landstinget med tidigare en kollega som betalats 10 % för att sköta det löpande/praktiska kring dessa dagar och nu med stöd av den fortbildningssamordnare (distriktsläkare 50 %) som landstinget tillsatt sedan några år. Vår strävan är att utöka fortbildningsutbudet genom att ordna dubblerade tvådagarsfortbildningar eller annars utöka antalet enskilda fortbildningsdagar.

Ett stående inslag vid distriktsläkardagarna är välkomnande och uppmärksammande av nya ST-läkare och specialister i allmänmedicin samt att de ST-läkare som gjort färdigt sina vetenskapliga arbeten ges möjlighet att kort presentera dessa för länets kollegor.

SFAM-Dalarna var tillsammans med Distriktsläkarförbundens lokalavdelning aktivt involverade i Dalauppropet (en del säger Dalaupproret ...) som pekade på primärvårdens viktiga roll och hur eftersatt den varit i landstingets verksamhet. Detta upprop ledde till tydligt ökade rekryteringssatsningar och också till att vi fick en egen fortbildningssamordnare samt att landstingets primärvård fick en egen divisionschef – tidigare hade primärvården inte någon företrädare med makt uppåt i landstingsledningen. Efter Dalauppropet har vi insett vinsten av att samarbeta med Distriktsläkarförbundet och har därför årligen ett par styrelsemöten tillsammans lokala DLF-styrelsen.

I år utsåg SFAM-Dalarna tillsammans med DLF för andra gången årets allmänläkarvän i Dalarna. Utmärkelsen är tänkt att gå till någon utanför distriktsläkarkåren som på ett aktivt sätt visat att hen förstår och stöder oss som arbetar i primärvården. Mottagare var förra året en ST-läkare i kirurgi och i år en invärtesmedicinare vid Falu lasarett.

Ännu finns kvar ett visst ekonomiskt överskott efter den SFAM-kongress som arrangerades i Borlänge 1997 (utan läkemedelssponsring). SFAM-Dalarna har därför fortfarande möjlighet att dela ut resestipendium upp till 10 000 kr för den medlem som vill besöka t.ex. en WONCA kongress.

Vad har vi mer på vår agenda?

Vi vill bli fler: Idag är vi 63 medlemmar vilket motsvarar mindre än en tredjedel av länets distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin.

Vi vill bli mer aktiva när det gäller opinionsbildning: Kan vi sprida mer information om nyttan/nödvändigheten av att satsa på en utbyggd och välfungerande primärvård i Dalarna? Ett steg tar vi nu i höst när vi bjuder in till en diskussionskväll med Hanna Åsberg och lokala opinionsbildare för att diskutera "guldläget". Hur ska primärvården i Dalarna utformas framåt i ljuset av utredningarna om effektiv och värdefull vård?

För styrelsen i SFAM-Dalarna
Nils Rodhe
Distriktsläkare
Falu Vårdcentral
nils.rodhe@ltdalarna.se



Skridskoåkning på sjön Runn.

Foto: Nils Rodhe

Tack, alla kollegor!

Kvällen innan det här skrivs hade vi möte med vår lokala SFAM-förening. Syftet med mötet var bland annat att utse årets handledare och det visade sig bli en riktigt svår uppgift. Vi hade nämligen fått in så många nomineringar från ST-läkare som ville ta chansen att uppmärksamma och hylla sina handledare och deras motiveringar fyllde sida upp och sida ner.

Det är en av de bästa sakerna med SFAM tycker jag, att ständigt bli påmind om alla kompetenta och engagerade kollegor som dagligen gör ett fantastiskt jobb med att ta hand om patienter, kollegor och medarbetare vilket i sin tur i förlängningen skapar en allmänmedicin vi kan vara stolta över.

I SFAMs råd är det samma sak: Styrelsen bad under hösten några av råden om hjälp med en handfull personer till en referensgrupp för utvecklingen av hemsidan. Snabbt kom dubbelt så många personer som ville vara med och engagera sig (vilket de naturligtvis fick)!

När det här publiceras märks troligen en del av deras arbete på hemsidan. Många medlemmar är med och bidrar i arbetet med hemsidan och den satsning på fortbildning vi driver med statligt stöd, ULF-projektet (ingen nämnd, ingen glömd, men för er som vill veta mer finns en lista på sidan 4). Vi kan alla redan nu ta del av exempelvis förbättrat utbildningsmaterial, inte minst de "SWAMPar" (en webbaserad vidareutveckling av studiebreven) som flera kloka medlemmar författat.

SFAM-arbetet ger resultat. I år fyller kvalitets- och patient-säkerhetsrådet SFAM Q 25 år, vilket uppmärksammades på Nationella Kvalitetsdagen nyligen. I 25 år har våra kollegor jobbat med att ta fram kvalitetsindikatorer och metoder för att mäta och bedriva förbättringsarbete. Det har resulterat i vårt eget kvalitetssystem PrimärvårdsKvalitet, som under 2016 har börjat komma på plats på en stor del av vårdcentralerna runt om i landet.

För att parafrasera en av nomineringarna till handledarpriset: "Med fler medlemmar av den här kalibern går allmänmedicinen



Träd i vinterskrud.

Foto: Ulrika Elmroth

en ljus framtid till mötes". Hur vi gjorde med priset? Vi beslutade att ordna ett extra festligt medlemsmöte nu i december och uppmärksamma inte bara pristagaren utan alla nominerade handledare.

Å styrelsens vägnar skulle jag vilja tacka er alla för det fina och värdefulla jobb ni lagt ner under det gångna året, vare sig det är som handledare, specialistexaminand, medlem i din lokala SFAM-förening, i ett råd eller med något annat. Tillsammans stärker vi allmänmedicinen!

Jag önskar en god jul och ser fram emot ett garanterat spännande primärvårdsår 2017!

Ulrika Elmroth
Vice ordförande
ulrika.elmroth@sfam.se



Många aktiva på ordbyte

Ordbyte har just nu (9 oktober 2016) 639 medlemmar. Efter en diskussion där någon hävdade att "det är ju högst trettio personer som är aktiva på Ordbyte" triggades jag att kolla. Jag skickar mina Ordbytesmail till en särskild mapp och rensar inte, så jag har alla inlägg sedan december 2010 sparade. En rask översikt visar:

Sedan första september i år har 42 olika personer skrivit inlägg på Ordbyte (räknat noga). Sedan december 2010 har mer än 200 olika personer skrivit något inlägg (snabbt kollat). Av dem har mer än 60 haft tjugo eller fler inlägg under dessa sex år (kollat genom att skrolla och se vilka som fyller hela skärmen).

Karin Lindhagen, Uppsala
karin.lindhagen@sfam.se

Välkommen till Svensk allmänmedicinsk kongress

Liv och Lust i Karlstad

26–28 april 2017



Axplock ur programmet:

- **"Jag skrev ut 100 Tradolan – underhåller jag ett missbruk?"**
Workshop med Klaus Stein, Anna Nager och Åsa Niper
- **Allt du undrar om trafikmedicin!**
Interaktiv föreläsning med Lars Englund
- **Alkohol, enklare än du tror**
15-metoden i praktiken workshop med Sven Wåhlin
- **"Let's fix a national learning policy"**
workshop med Janet Grant och Gösta Eliasson
- **Utbildning i palliativ vård, för uppfyllande av delmål B5 för ST-läkare.**
Inger Fridegren

Keynote speakers:

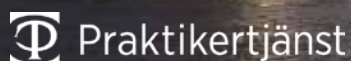
Lasse Berg
Iona Heath
Neal Maskrey

Följ oss!

www.sfam.se, program och anmälan.

Facebook: Liv och Lust!

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin





Satsa på mittfältarna!

En fotbollsnörds betraktelse

Precis som i ett fotbollslag är vården beroende av samarbete där var och en i pusslet har olika uppgifter och egenskaper. Inget lag är starkare än sin svagaste punkt. Få i ledningen ställer sig frågan hur vi behåller våra duktiga defensiva mittfältare eller hur man kan tänkas locka fler spelare att satsa på den svåra positionen.

I målet står psykiatern, en viktig uppgift men varje större miss-tag syns och analyseras.

Som mittbackar har vi medicinare och infektionsläkare – stabila med ett brett kunnande och några att hålla i handen när det blåser.

På ytterbacken huserar ÖNH-läkare, ögonläkare och hud-läkare. De är snabba, placeringssäkra och nogga med att hålla sig på sin kant.

Som yttermittfältare sätter vi ortopedier och gynekologer. Liksom ytterbackarna är de snabba och ettriga men något be-gränsade i sitt synfält.

Som offensiva mittfältare har vi narkosläkare och kardiologer. De tassar runt och dyker upp när man som minst väntar det. Ofta är de inblandade i matchavgörande händelser.

"Precis som i ett fotbollslag är vården beroende av samarbete där var och en i pusslet har olika uppgifter och egenskaper."

På topp är det trångt när thoraxkirurger, transplantationski-rurger, neurokirurger och några allmänkirurger försöker armbå-ga sig fram till en plats i startelvan. Ständigt redo att kliva fram



Anders Ylvén, tränare för Vederslöv/Dänningelanda IF F0203.

i rampljuset och avgöra matchen! Fallet efter ett par missade straffar kan bli hårt vilket Macchiarini fått erfara.

På läktaren finns patologer, mikrobiologer, kliniska kemis-ter, kliniska fysiologer och radiologer redo att dokumentera allt. De är viktiga för helheten och rätt ofta ger de spelarna avgörande tips.

"Få i ledningen ställer sig frågan hur vi behåller våra duktiga defensiva mittfältare eller hur man kan tänkas locka fler spelare att satsa på den svåra positionen."

Som domare har vi Socialstyrelsen och deras beslut respekt-eras men diskuteras efter matchen.

På bänken sitter ett stort antal tränare (landstingspolitiker, administratörer och chefer i olika ställning) och skriker ut di-verse direktiv. En del saker hade nog varit bra men mycket känns helt främmande för spelarna på planen så de har slutat lyssna för länge sedan!

En position kvar – nämligen min favoritposition defensiv mittfältare. En kämpe i vått och torrt, bra på att snacka och styra spelet. Vinner många närmkamper, men när samarbetet i laget fallerar har den defensiva mittfältaren en övermäktig uppgift. Sällan får hen någon uppskattning, men lagkompisarna vet innerst inne vilken viktig spelare det är. Vi talar så klart om allmänmedicinarna med sitt breda kunnande!

Problemet är att de är för få. Desperata tränare hyr in spelare till enskilda matcher för att fylla ut platsen. Det kan fungera en match men aldrig en hel säsong. Några tränare försöker flytta in kantspelare eller flytta upp backar men det blir sällan bra då de saknar kunskaper för att fungera fullt ut på den positionen. Somliga tränare hyr in dyra konsulter och som regel skriver de i sin rapport att spelarna måste springa lite snabbare. De defensiva mittfältare som finns kvar får slita alltför hårt och många slutar spela eller byter lag.

Klubbdirektörerna måste i det här läget satsa pengarna på att förstärka mittfältet!

Anders Ylvén
VC Ingelstad, Kronoberg
Tränare Vederslöv/Dänningelanda IF F0203
anders.ylven@kronoberg.se





DEBATT

Förenklad screening av levnadsvanor?

För att PrimärvårdsKvalitet ska ge önskad information måste dokumentationsfaktorn vara hög. För att den ska bli hög krävs att dokumentationen dels är enkel att genomföra, dels känns meningsfull. Vissa frågor om levnadsvanor är alltför tidskrävande för att hinnas med i en allmänläkares vardag. Det är dags för en förenklad screening som gör dokumentationen enklare! Nackamodellen är väl värd att pröva i ett större sammanhang.

Att levnadsvanor bör dokumenteras och följas upp är fortfarande kontroversiellt. En del menar att det kränker patientens integritet. Andra att det kan likställas med att dokumentera ett blodtryck som eventuellt ska följas upp.

Det var i Nacka som vi på 90-talet kom på denna modell för kvalitetssäkring som sedan tagit sig upp i Socialstyrelsen [1, 2]. Hela arbetet gjordes ur vårdpersonalens perspektiv. Det fick inte bli krångligt.

Syftet med dokumentationen var i första hand uppföljning med patienten. "Jag ser att du rökte när du var här sist. Hur är det idag?", alternativt att man noterat tobaksfrihet tidigare och att det inte finns anledning att ta upp frågan.

Syfte nummer två var att följa upp kvaliteten i verksamhetens arbete. "Hur många av patienterna med diagnosen X röker? Har de fått adekvat rådgivning och stöd?"

Syfte nummer tre var att visa kvalitetsarbete för beställaren. "Vi har vi ett strukturerat arbete kring tobak. För fem år sedan rökte X procent av patienterna med diagnosen Y. I dag är det Z procent".

Att tala relevanta levnadsvanor med en patient kan vara en del av behandlingen. Mycket ska klaras av på 20 minuter (bild 1). Var läkaren lägger sitt fokus måste i en personcentrerad vård variera från patient till patient och från möte till möte.

Distriktssköterskorna har ett hälsofokus i sin utbildning som de vill använda mer i det dagliga arbetet. När man i ett kvalitetsarbete reflekterar över vem som är rätt person för vilket arbete är det naturligt att läkaren i första hand ska fånga upp de patienter som kan behöva utökad anamnestagning och rådgivning hos t.ex. distriktssköterska.

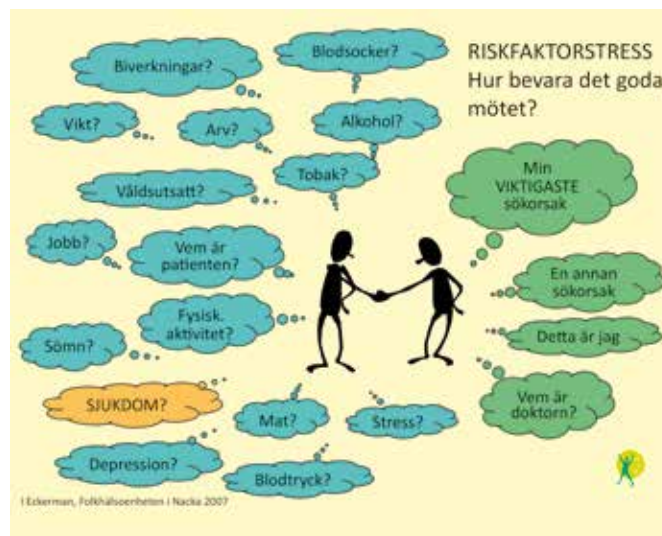


Bild 1: Riskfaktorstress. I Eckerman, Folkhälsoenheten i Nacka 2007.

Vi definierade fem levnadsvanor med betydelse för folksjukdomarna: alkohol, tobak, fysisk aktivitet, kost och stress. Vi formulerade en fråga för varje faktor som skulle fyllas i med ett värde i journalen (ruta 1). Tillsammans med diagnos, sökorsak mm. avgjorde svaret om frågan skulle penetreras ytterligare.



Bild 2: Tallriksmodellen, normalvarianten. Livsmedelsverket 2016.



Bild 3: Tallriksmodellen kan anpassas efter individuella behov. Livsmedelsverket 2016.

5 frågor om din hälsa

1. **Fysisk aktivitet:** "Så här många dagar per vecka rör jag på mig så att jag känner mig varm, sammanlagt minst 30 minuter" (1-7 dagar)
2. **Stress:** "Jag upplever min nivå av stress som ..." (skala 1-10)
3. **Tobaksbruk:** "Jag röker / Jag snusar / Jag använder inte tobak alls"
4. **Alkohol:** "Min alkoholkonsumtion motsvarar ... standardglas per vecka"
5. **Kosten:** "Jag äter enligt tallriksmodellen ibland eller aldrig / några gånger per vecka / en gång om dagen / två gånger om dagen"

Alla frågor utom nr 3 har en kort informerande text. Tanken är att patienten själv ska reflektera över sitt beteende.



Den svåraste frågan att formulera var maten. Vi fastnade för tallriksmodellen (bild 2, 3). Vi trodde att den som äter enligt tallriksmodellen också äter förnuftigt för övrigt. Vid samma tid tog SFAM Q fram en modell för kostanamnes. Den är tidskrävande, och den saknar anpassning för vegetarisk och vegansk kost liksom för dem med högt eller lågt kaloribehov.

"Hela arbetet gjordes ur vårdpersonalens perspektiv. Det fick inte bli krångligt."

Nästa hjälpmedel var broschyren "5 frågor om Din hälsa" där patienten kunde fylla i sitt svar. Den kunde lämnas ut i receptionen, ligga i väntrummet eller sättas i handen på patienten av läkaren. Vi rekommenderade att patienten skulle behålla den för sin egen reflektion och uppföljning.

Hjälpmedel nummer tre var liten folder om varje levnadsvana. Tonvikten låg på hjälp till självhjälp med enkla tips och hänvisningar till stöd utanför sjukvården. Det skulle vara lätt för läkaren att kunna ge något till patienten.

Med utdataprogrammet Rave (nu MedRave) fanns möjlig-

heten att följa upp enhetens arbete med levnadsvanor.

PrimärvårdsKvalitet förväntas ge svar på relevanta frågor både på verksamhetsnivå och på nationell nivå. Levnadsvanor utgör ett ämne där önskemål finns om uppföljning på båda nivåerna. Dokumentation i journalen är en förutsättning. När det gäller levnadsvanor finns anledning att överväga en förenklad screening som komplement till de mer utförliga frågorna. Att hitta ett system där patienten kan fylla i digitalt borde vara överkomligt.



Ingrid Eckerman
F.d. folkhälsoläkare i Nacka
ingrid@eckerman.nu

Jäv saknas.

Referenser

1. Eckerman I, Ekbom R. Nackamodellen för förebyggande arbete i primärvården. En beskrivning av Folkhälsoenheten i Nacka. Folkhälsoenheten i Nacka, Stockholms läns landsting 2003.
2. Eckerman I. Det hälsofrämjande mötet: Primärvårdens främsta verktyg i folkhälsoarbetet. Folkhälsoenheten i Nacka, Stockholms läns landsting 2004.

Annons

Högt tonläge i debatten om statiner

Debatten om statiners för- och nackdelar är livlig och ofta onyanserad. Nya inlägg har de senaste åren publicerats i Lancet och BMJ.

Nya riktlinjer för prevention av aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom har publicerats i USA [1] 2013 och Europa [2] där utvidgade indikationer för statiner förordas. I Sverige uppdaterades Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer 2014, likaså med utvidgade indikationer för statiner [3]. Till väsentliga delar bygger riktlinjerna på en metaanalys av Cholesterol Treatment Trialists (CTT) från 2012 [4] och en Cochranerapport från 2013 [5].

"Tonläget i debatten är högt och onyanserat."

Nyligen har Rory Collins, som var förste författare till CTT:s metaanalys från 2012, tillsammans med 27 namnkunniga medarbetare skrivit en lång översikt om effekt och säkerhet av statinbehandling [6]. De argumenterar utförligt för det högre evidensvärdet av randomiserade kontrollerade jämfört med observationsstudier, som statinkritikerna baserar sin argumentation på. Därefter redovisar man utgående från metaanalysen från 2012 den starka dokumentationen för statiners gynnsamma effekt som påvisats i metaanalysens 27 randomiserade studier.

De hävdar att nyttan av statiner har underskattats och riskerna har överdrivits. Enligt deras beräkningar skulle behandling med statiner till 10 000 personer under 5 år leda till att 1 000 fall av större hjärkärlhändelser kan undvikas vid sekundärprevention och 500 fall vid primärprevention. Mot detta skall ställas att 50–100 nya fall av diabetes inträffar, 5 fall av myopati (varav ett är allvarligt och leder till rhabdomyolys) och 5–10 hjärnblödningar.

Författarna påtalar att överdrivna påståenden om statinernas risker gjort både allmänhet och förskrivande läkare osäkra. Värt att notera är att diskussionen om "statinintolerans" understöds av nya aktörer, nämligen de som marknadsför de nya mycket dyra kolesterolsänkande läkemedlen (PSC9-hämmare), påpekar Collins.



I en kommentar till artikeln [7] anger Harlam Krumholz att översikten påvisar den stora nyttan med statiner och de små riskerna. Krumholz påpekar dock att artikeln inte beaktar begränsningarna i evidensen för statiner, fr.a. bristen på tillförlitliga data för äldre personer och att det varit stora variationer i hur data samlats in. Så t.ex. har flera av statinstudierna inletts med en run-in-period, där de mest biverkningskänsliga sällats bort före inklusion.

En av de mer tydliga kritikerna av kolesterolhypotesen och statinstudierna, Aseem Malhotra, påpekar att Clinical Trials Service Unit i Oxford, där Collins ingår, mottagit stora summor från statintillverkarna och att den gruppen – som förfogar över rådata från statinstudierna – inte gjort dessa tillgängliga för oberoende granskning. Statinstudierna (de flesta initierade och genomförda av tillverkarna) hade ju som primärt syfte att påvisa respektive statins fördelar, inte deras säkerhet.

BMJ:s chefredaktör Fiona Godlee har beskrivit översikten från Collins et al. som att studieförfattarna betygsätter sitt eget arbete.

Godlee och Collins har varit i dispyt tidigare då Collins krävde att BMJ skulle korrigera och slutligen dra tillbaka en artikel i BMJ 2013, som hävdade att statinbiverkningar inträffar hos 18–20 procent av de behandlade [8]. Detta påstående orsakades av en missuppfattning och uppgifterna korrigerades, men Godlee hänsköt frågan om indragning av artikeln till en oberoende panel, ledd av Harlam Krumholz. Panelen avvisade entydigt Collins krav på indragning [9]. Lancets chefredaktör Richard Horton ifrågasatte panelens oberoende, eftersom Krumholz tidigare skrivit kritiskt om statinanvändning hos äldre [10]. Horton drar paralleller mellan rädslan för statiner och den rädsla för MPR-vaccin, som började med en artikel som småningom drogs in pga. sakliga fel.

"När begrepp som 'statinintolerans' lanseras är det angeläget att komma ihåg att det kan finnas starka ekonomiska intressen bakom."

Godlee har skrivit till Englands chief medical officer och begärt en oberoende genomgång om evidensen för statiner. "En oberoende granskning av statinernas försöksdata är ett nödvändigt nästa steg om denna tilltagande bittra och improduktiva dispyt ska kunna lösas" skriver Godlee.

I Sverige har en liknande debatt om statinernas för- och nackdelar med jämna mellanrum blossat upp på Ordbyte.

Reflexioner

Tonläget i debatten är högt och onyanserat. Evidensen för statiners gynnsamma effekter är mycket stark från många välgjorda studier, även om de genomförts av tillverkarna med syfte att

påvisa sådana gynnsamma effekter. Många av statinkrtikerna är rabiata, men det finns också en del mer nyanserade kritiker, t.ex. Krumholz. Att en oberoende granskning skulle lösa konflikten är önskvärt, men ter sig som en from förhoppning med tanke på det höga tonläget i debatten. När begrepp som "statinintolerans" lanseras är det angeläget att komma ihåg att det kan finnas starka ekonomiska intressen bakom.

Jan Håkansson
Krokoms hälsocentral
Ordförande i SFAM.L
(Svensk förening för allmänmedicin,
läkemedelsrådet)
jan.hakansson@regionjh.se



Jäv saknas.

Referenser

1. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013 Nov 12. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24222016.
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012;33:1635–701.
3. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2014;25(5):20–33.
4. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of cardiovascular disease: metaanalysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012. *Lancet* 380;581–90.
5. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:CD004816.
6. Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016; DOI:10.1016/S0140-6736(16)31357-5.
7. Krumholz HM. Statins evidence: When answers also raise questions. *BMJ* 2016; DOI:10.1136/bmj.i4963.
8. Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, et al. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ* 2013; 347:f6123
9. Heath I, Evans S, Furberg C, Hippisley-Cox J, Krumholz H, Mulrow C, et al. Report of the independent panel considering the retraction of two articles in The BMJ. *BMJ* 2014;349:g5176.
10. Horton, R. Offline: Lessons from the controversy over statins. *Lancet* 2016; DOI:10.1016/S0140-6736(16)31583-5.

SFAM informerar
SFAM:s Utbildningsprenumeration



**Kunskapen du behöver.
Inspirationen du letat efter.**

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på: www.sfam.se

Undrar du något? Kontakta Eva Norell
på: +46 708 52 39 56 eller eva.norell@sfam.se.

SFAM
sfam.se

Svensk förening för allmänmedicin

SFAM informerar

Läkare stödjer läkare – ett kollegialt nätverk

Läkare som hamnat i en svår situation kan hitta en utomstående samtalspartner hos de kollegiala rådgivarna. Rådgivarna är utsedda av de lokala läkarföreningarna och finns över hela landet. Man kan kontakta vilken rådgivare man vill. Man garanteras sekretess och kan även vara anonym.

Mer information hos Läkarförbundet
www.slff.se/Lon---arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk



SPIMEU-projektet söker allmänläkare

Selektiv primärprevention av hjärtkärlsjukdomar och diabetes – vad anser allmänläkarna?

Just nu pågår en undersökning om genomförbarheten av en strategi för implementering av selektiv prevention i primärvården i fem EU-länder. Undersökningen är en del av ett sameuropeiskt forskningsprojekt, **SPIMEU**-projektet, vars målsättning är att bidra till att minska förekomsten av kardiometabola sjukdomar i EUs medlemsländer.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Till denna undersökning söker vi allmänläkare som kan svara på frågor om primärprevention i primärvården. Ingen ersättning utgår, men du som deltar får en chans att påverka beslutsfattare på alla nivåer från EU till lokala beslutsfattare i Sverige. Vi vill veta vad du som läser tidningen AllmänMedicin anser.

Gå in på webportalen www.nivel.nl/SPIMEU-SE och registrera dina åsikter!

Den ökande förekomsten av kardiometabola sjukdomar som hjärtkärlsjukdomar, diabetes och kronisk njursjukdom är ett stort folkhälsoproblem. Kardiometabola sjukdomar orsakas huvudsakligen av en ohälsosam livsstil där rökning, övervikt och fysisk inaktivitet är de vanligaste livsstilsrelaterade orsakerna. Ökande förekomst av övervikt och fysisk inaktivitet i kombination med rökning i en allt äldre befolkning kommer att leda till ett ökat antal patienter med kardiometabola sjukdomar de kommande decennierna. Det finns ett trängande behov av att snabbt etablera strategier som identifierar medborgare med hög sjukdomsrisk, samt att utveckla och införa metoder som kan förebygga och senarelägga insjuknandet.

De specifika resultaten av **SPIMEU**-projektet är att:

- Ge en översikt över vilka selektiva preventionsprogram (inklusive dess styrkor och svagheter) för kardiometabol

sjukdom som för närvarande finns och utövas i EU:s 28 medlemsländer och som kan användas som modeller.

- Ge insikt i attityder bland hälso- och sjukvårdspersonal och i allmänna befolkningen när det gäller selektiva preventionsprogram.
- Designa skräddarsydda preventionsprogram för att passa förhållandena i de fem ingående EU-länderna.
- Ge en systematisk insikt i genomförbarheten att införa ett skräddarsytt preventionsprogram.
- Erbjud en verktygslåda som innehåller relevanta metoder för att införa selektiva preventionsprogram.

SPIMEU-projektet finansieras av EU genom "The 3rd health programme" och av respektive lärosäte som deltar. I Sverige samfinansieras **SPIMEU** genom Sektionen för allmänmedicin vid NVS-institutionen på Karolinska Institutet.



Mer detaljerad information finns på projektets hemsida: www.spimeu.org.

Axel C
Carlsson
Docent

Sekt. för allmän-
medicin, KI
axel.carlsson@ki.se



Per E
Wändell
Professor
Sekt. för
allmän-
medicin,
KI



Jäv saknas.

Vad är **SPIMEU**-projektet?

SPIMEU är ett sameuropeiskt forskningsprojekt vars målsättning är att bidra till att minska förekomsten av kardiometabola sjukdomar i EU:s medlemsländer. Detta kommer att fullföljas genom att undersöka genomförbarheten av selektiva preventionsprogram i fem av EU:s medlemsländer med olika hälso- och sjukvårdssystem.

Vilka deltar i projektet?

SPIMEU-projektet är ett samarbete mellan följande forskningsinstitutioner:

- NIVEL: Netherlands Institute for Health Services Research, Nederländerna
- Julius Center: The Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Nederländerna
- Karolinska Institutet, Sverige
- University of Southern Denmark, Danmark
- Charles University, Tjeckien
- University of Crete, Grekland

Samtliga deltagare i **SPIMEU**-projektet har en extensiv erfarenhet av forskning och innovationsverksamhet inom primärvården. NIVEL koordinerar projektet.



Framtidens primärvård – full av IT-teknologi och allmänläkare

För snart fem år sedan tillträdde jag som chefredaktör och började åter följa med på Ordbyte. IT diskuterades mycket, ännu mer sedan Anders Ekholm, då Socialstyrelsen, kommit med sin rapport "Empati och high tech". Enligt den behövs inte allmänläkarna i framtiden – det räcker med en mentor som hjälper till att hitta fram till rätt specialistläkare.



Illustration: Katarina Liliequist

AllmänMedicin 3-2013 fick "framtidens primärvård" som tema. Där säger Anders Ekholm: "Allmänmedicinarnas vardag kommer därför att bli mer av utveckling av de bästa metoderna och av medicinteknik, design av expertsystemen, utveckling av nya vårdprocesser och uppdatering av sättet att kommunicera med och möta patienter. Exakt hur det kommer att se ut vet ingen idag, men det kommer att bli en fantastiskt spännande framtid för allmänmedicinerna om ni väljer att ta ledningen för utvecklingen."

Mitt intryck är att idag är mina kollegor mer positivt inställda till IT-teknologi i stort, om än inte alltid till enskilda system eller till hur de ska användas. Göran Stiernstedts utredning "Effektiv vård" har dessutom fått upp allas ögon för att utan allmänläkarna fungerar inte specialistvården.

I detta nummer av AllmänMedicin ger vi exempel på hur IT-teknologin utvecklas, bland annat till sjukvård på annan plats än mottagningen.

Vi inleder med mailintervjuer med fem allmänläkare som alla byggt upp olika IT-system. Intervjuerna är gjorda av Karin Lindhagen och chefredaktören. Tyvärr fick vi inte kontakt med någon kvinnlig utvecklare – kanske kan det bli till ett senare nummer?

Avslutningsvis har vi ett skräckscenario från framtiden. Låt oss hoppas att det inte blir verklighet!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

It-rådet söker fler medlemmar!

SFAM:s IT-råd är en samlingsplats för allmänläkare som är intresserade eller engagerade i IT-frågor. Vi samlar erfarenheter och kompetens och bevakar gemensamt IT-utvecklingen. Med tanke på IT-områdets stora bredd behöver vi vara många som hjälps åt.

Kontakta Anne Björk, ordförande annebjor@gmail.com.

Intervju med Per Stenström

Vem är du?

Jag är allmänmedicinare med brokig bakgrund efter uppväxt utomlands i skiftande miljöer, språk och skolor. Det innehöll umbäranden, men även värdefulla erfarenheter. Jag fick lära mig tänka utanför boxen för att kunna ta mig fram. Jag tog en ekonomexamen efter gymnasiet, men några år senare tog min nyfikenhet kring hälso- och sjukvård överhanden och jag började läsa medicin.

Vad är det du har bidragit med i IT-branschen?

Möjligen att integrera olika discipliner – medicin, IT, management. Min ekonomutbildning var positiv där vi fick lära oss basal programmering samt att data är en viktig pusselbit i en organisations styrsystem. Den bakgrunden, tillsammans med läkarutbildningen, gav mig möjlighet att kommunicera information som lagrats i journalerna på sätt som tilltalar medicinska professionen. IT-folket hade svårt för det.

Vad var det som fick dig att börja?

Jag fick jobb på Tullinge Vårdcentral i södra Stockholm med en inspirerande och innovativ chef. Journalerna hade nyligen datoriserats. EK-gruppen, läkare i sydvästra Stockholm med ansvar för efterutbildning och kvalitet, hade stora förväntningar på kvalitetsförbättring utifrån våra journaldatabaser. Jag såg möjligheterna och erbjöd mig att lösa det. Jag fick projektpengar 1996 för att göra ett rapportverktyg, Rave. Det rullades ut på 27 vårdcentraler och finns där fortfarande, nu i sin fjärde generation, Medrave4. Nu ingår det också i PrimärvårdsKvalitet.

Vad har detta inneburit för dig som läkare?

Det gav mig glädjen att få en bättre översikt över vårt allmänmedicinska arbetsfält, och bättre möjlighet att arbeta strategiskt och långsiktigt för att säkerställa en god vård till våra patienter. Kanske har jag bidragit med en liten medicinsk knorr på det område som kallas Business Intelligence, där man omvandlar rådata till nyttig information.

Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

Det finns mycket kvar att göra. Fokus kan nu flytta från IT till själva förbättringsarbetet och vi kan ägna oss åt att hitta nya smarta sätt att arbeta så att vi oftare gör rätt, från början. Att kunna leda detta förändringsarbete med stöd av den tillgängliga informationen, som finns där, och med tillgänglig evidens, som också finns, så att färre patienter råkar ut för undvikbara komplikationer längre fram – det är grejen!



Per Stenström

per.stenstrom@medrave.com

- Rave
- Medrave4
- Ingredienser i PrimärvårdsKvalitet



Intervju med Martin Wehlou

Vem är du?

Läkare och IT-utvecklare.

Vad har du bidragit med i IT-branschen?

Jag har skrivit flera vårdkommunikationssystem, delar av journalsystem, IVA system, samt labbsystem. Jag har även givit ut en bok om design av journalsystem.

Vad är det som fick dig börja med det?

Jag var verksam inom IT redan på 70-talet och då för labb och intensivvård. Eftersom jag var med från början av mikrodatorutvecklingen föll det sig naturligt att se tillämpningarna inom vården.

Vad har detta inneburit för dig som läkare?

Att se hela vårdprocessen genom en utvecklars ögon visar på vilka moment vi kan förbättra med teknologi. Men det visar även på vilka moment vi helst lämnar till människan. Det finns ju ofta en övertro på teknologins möjligheter hos dem som inte själva varit med om att stängas mot teknologins begränsningar.

Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

Dystert, mycket dystert, åtminstone i Sverige. Den IT-tekniska utvecklingen av vården har helt överlämnats av läkarna till lek-männen, som i sin tur vänt utvecklingen i en riktning som inte gagnar vårdprocessen utan endast den administrativa aspekten. Problemet i botten är en handfallenhet hos vårdprofessionerna, och jag ser inga tecken på att den mentaliteten ändras. Man finner bara allt fler skäl till att inte göra någonting och att förlita sig på outsiders som varken har kunskaper eller intresse av att utveckla den medicinska delen av vården.

I de flesta länder beställer och betalar läkare individuellt eller i grupp de informationssystem man vill ha. Det leder till system som har bättre förutsättningar att fylla de verkliga behoven av verksamheten, samtidigt som det leder till något större problem i samverkan mellan system och mätning. Effekten på vården i meningen bättre och snabbare diagnoser och behandlingar blir betydligt positivare med dessa system, medan den storskaliga mätningen och styrningen av vården på ekonomisk grund blir sämre.

Vilket system man väljer är en politisk fråga. I Sverige väljer man ekonomistyrning i stället för vårdförbättring, och det är ett grundläggande val. Det ironiska är ju att de största ekonomiska vinsterna inte hämtas in med den formen av ekonomisk styrning, utan med radikalt förbättrad diagnostik och behandling. I det svenska systemet har man uteslutit den möjligheten.



Martin Wehlou

martin@wehlou.com

- iotaMed journalsystem och beslutsstöd
- Rethinking the electronic healthcare record. Why the Electronic Healthcare Record (Ehr) Failed So Hard, and How It Should Be Redesigned to Support Doc. Uppsala: Man In the Middle AB, 2014.

Intervju med Fredrik Settergren

Vem är du?

Fredrik Settergren, specialist i allmänmedicin på Samariterhemmets vårdcentral i Uppsala. Tvåbarnspappa, grundare av allmanmedicin.se, författare och föreläsare.

Vad har du bidragit med i IT-branschen?

Webbsidan www.allmanmedicin.se och boken "Medicin på webben, en internetguide för svensk sjukvård". Jag hoppas och tror att de har förenklat arbetsvardagen för kollegor runt om i landet.

Vad är det som fick dig börja med det?

Som ST-läkare märkte jag att få utnyttjade de medicinska resurser som man kan nå via vår arbetsdator. Jag anade att det fanns osäkerhet och bestämde mig för att göra de bästa resurserna lätt åtkomliga.

Jag lade upp en webbsida med länkar 2006. Sedan lade jag till diagnoskoder, blanketter och en sökmotor. 2010 hade den fler än 4000 unika besökare varje månad, från Ystad till Jokkmokk. 2011 inledde jag samarbete med Studentlitteratur och de bidrog med elektroniska och sökbara versioner av sina bästa allmänmedicinska titlar. Min bok innehåller webbtips, källkritik, kortkommandon och medicinsk problemlösning.

Vad har detta inneburit för dig som läkare?

Det underlättar mitt eget arbete att snabbt hitta det jag behöver. Jag har fått utlopp för min kreativitet, både när jag byggt upp webbsidan och när jag skrivit boken. Vid föreläsningar och konferenser har jag mött många kloka kollegor som bidragit med kunskaper och erfarenheter.

Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

Nästa generation doktorer kommer inte att vara fascinerade över tekniken och kunskapsmängden, de tar den för givet, men de behöver högkvalitativa och tillförlitliga kunskapskällor. Kunskapsstöden kommer, på gott och ont, att integreras i journalsystemen och bli interaktiva. Inbyggda analysverktyg, t.ex. diagnosförslag utifrån en tagen bild, kommer att vara en självklarhet.

Det är centralt att det är vi som kontrollerar tekniken. Våra patienter är individer och passar inte i algoritmer. På en allmänmedicinsk mottagning i London fick klinikern klicka bort texttrutor av typen "Patienten är 22 år, har du erbjudit cellprovtagning?" eller "Har du erbjudit professionell rökavvänjning?".

Hur god intentionen än är bakom sådana verktyg så riskerar de att reducera vårt arbete till att följa flödesscheman och patienten till ett objekt. Min vision är att IT-systemen ska göra bra medicinsk kunskap och annat vi behöver så lätt att hitta att vi får mer tid att lyssna på patienten.



Fredrik Settergren

fredrik.settergren@lul.se

- Allmanmedicin.se
- Medicin på webben. En internetguide för svensk sjukvård. Studentlitteratur 2011 (rev. 2014).



Intervju med Magnus Ängslycke

Vem är du?

Jag heter Magnus Ängslycke, är 36 år och distriktsläkare på Bräcke Diakonis vårdcentral i Alingsås.

Vad är det du har bidragit med i IT-branschen?

När jag började arbeta på vårdcentral under AT märkte jag snabbt att man som allmänläkare har ett behov av att hålla sig uppdaterad inom alla olika medicinska områden. Internet är ett bra verktyg för detta. Jag började samla på bra medicinska länkar och startade hemsidan Doktorerna.com som är en medicinsk länksamling.

Samtidigt hade jag en ambition att knyta samman läkare inom primärvården eftersom det idag ofta är långa avstånd och alltför lite kontakt allmänläkare emellan. Detta ledde till att jag startade Distriktsläkare.com som är ett medicinskt nätverk som förutom medicinskt innehåll innehåller ett diskussionsforum och möjlighet att skicka privata meddelanden till kollegor över hela landet.

Vad har detta inneburit för dig som läkare?

Distriktsläkare.com har gett mig ett stort nätverk av kollegor över hela landet som jag håller kontakt med via nätet. Jag har också fått kontakt med en mängd IT-intresserade läkare som driver andra projekt vilket har gett mycket inspiration till att fortsätta arbetet.

Genom den diabetesutbildning som jag också driver har jag hittills fått träffa över 130 läkare från hela landet och fått höra om hur olika primärvården fungerar och man arbetar i olika landsdelar.

Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

Behovet av att hålla sig uppdaterad inom olika medicinska områden ökar kontinuerligt och det är glädjande att se att nyare tjänster som Medibas underlättar detta betydligt. Min förhoppning är att kunna bidra till att höja kunskapsnivån i primärvården genom att anordna fler kurser inom olika medicinska områden.

Förutom medicinska nätverk är jag även intresserad av e-hälsa i allmänhet och där är utvecklingen fortfarande i sin linda. Det finns en mängd spännande tjänster som har startats eller är på gång och det ska bli riktigt spännande att se hur de påverkar primärvården och vårt arbete som läkare. Känslan just nu är att företagen springer snabbare än vården gör och detta kan leda till att patienterna ställer nya krav på oss framöver.



Magnus Ängslycke
info@distriktslakare.com

- Doktorerna.com
- Distriktsläkare.com

Intervju med Martin Fredriksson

Vem är du?

Jag är 44 år, allmänläkare som har doktorerat i kardiologi. Jag är gift och har tre barn. Äldsta dottern läser medicin i Umeå. Före medicinstudierna arbetade jag som konstruktör inom hydraulikindustrin. Jag har alltid varit intresserad av problemlösning och alltid haft förmåga att tänka utanför boxen.

Vad är det du har bidragit med i IT-branschen?

Jag har bidragit med tre olika IT-stöd med patientnytta och läkarfokusering som centrala teman.

www.remittera.nu är en informationssajt för remissalternativ och väntetider. Patienten kan vara delaktig i beslutet och direkt få reda på vart hen blivit skickad. (Se AllmänMedicin 4-2014).

I en prediktiv modell för primärvården utnyttjade vi information som samlas in via IT-systemen för att ge tillbaka information om vilka patienter som kommer att ha högst resursbehov kommande 12 månader (se Läkartidningen 12-2015).

Munin är ett IT-stöd för att presentera uppmätta indikatorer för vårdcentralerna själva (www.munin.vgregion.se).

Vad är det som fick dig börja med det?

Jag är entreprenör i själ och hjärta och har svårt att stå tyst bredvid. När jag började i primärvården 2005 och såg bristen på samlad information kring remissinstanser och väntetider försökte jag få landstinget göra något, men inget hände. Då bestämde jag mig för att göra det själv med altruistiska förtecken.

Den prediktiva modellen och Munin tog jag fram när jag var medicinsk rådgivare åt VGR. I den rollen försökte jag arbeta med att den centrala administrationen skulle stödja verksamheten med IT-stöd som var meningsfyllda och lättarbetade.

Vad har detta inneburit för dig som läkare?

Jag har fått mycket uppskattning för www.remittera.nu från kollegor och andra yrkesgrupper och har kunnat vidareutveckla IT-stödet efter de kliniskt verksamma kollegornas önskemål. Jag har uppfattats som besvärlig när jag i olika forum bland landstingspolitiker och -tjänstemän påtalat de brister som finns inom vård-IT och samtidigt kunnat visa på lösningar.

Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

Jag ser ett stort behov av ett nationellt heltäckande remittera.nu – som en nationell informationsplattform för remissinstanser och väntetider så patienterna själva kan delta i besluten kring sin vård och där läkarna får övrig relevant information i samma IT-stöd. Hela Sverige finns förberett i systemet. Om flera vårdcentraler i andra landsting hör av sig så skulle vi snabbt kunna expandera.



Martin Fredriksson
martin@lakarkollegiet.se

- Remittera.nu
- Prediktiv modell för primärvården
- Munin



Hälsa På Plats

– mobil journal för hemsjukvården

När Akademisk vårdcentral (AVC) Norrtälje TioHundra AB ställde frågan vad medarbetarna ville ha om de kunde önska sig fritt var svaret givet – en mobil journal för hemsjukvården. Att det mobila IT-stödet nu, två år efter att idén föddes, används i det dagliga arbetet är ett bevis för att det går att åstadkomma förändringar som faktiskt gör skillnad både för patienter och medarbetare.

Trots att IT har nyttjats inom vården i flera decennier används bara en bråkdel av de möjligheter som modern IT-teknik medför. I rapporten från Myndigheten för vårdanalys poängteras att förbättrade IT-stöd kan frigöra tid för läkare och annan personal och att de befintliga IT-systemen varken är användarvänliga, kompatibla med varandra eller stödjer arbetet i tillräcklig utsträckning [1]. I mångt och mycket är medarbetarna inom primärvården fortfarande beroende av en stationär dator för att kunna utföra dokumentation och annat administrativt arbete kring patienten.

Primärvårdens arbete utförs inte bara i egna lokaler, på vårdcentralerna, utan också i patientens hem. Ju äldre befolkningen är desto större blir behovet av hemsjukvård. Norrtälje är den nordligaste kommunen i Stockholms län men utgör en tredjedel av ytan. Det är en gles befolkad skärgårdsbygd, med en åldrad befolkning som medför ett stort behov av hemsjukvård. Arbetet inom hemsjukvården har försvårats av att vårdpersonalen som gör hembesök har saknat tillgång till den elektroniska patientjournalen och elektroniska beslutsstöd under själva hembesöket.

Detta i sin tur har inneburit en patientsäkerhetsrisk, medfört extra administration och försämrad arbetsmiljö. En mobil arbetsmiljö kräver ett mobilt IT-stöd [2].

Användbarheten hos den elektroniska patientjournalen beror på dess tillgänglighet. Den elektroniska journalen behöver finnas där patientarbetet utförs [3]. Studier har visat att mobila elektroniska journaler kan förbättra vården genom att informationen finns tillgänglig när den behövs [4, 5].

Mobil tillgång till journal är i sig ingen innovation. Problemen med att inte ha tillgång till journalinformation i hemsjukvården är välkända. Lösningar för mobil journaltillgång finns redan men fungerar inte alltid optimalt.

Från idé till genomförande

TioHundra AB är ett vårdbolag som ägs till lika delar av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun (se ruta). Varje Akademisk vårdcentral (AVC) i Stockholms läns landsting fungerar som en nod och har ett antal vårdcentraler knutna till sig inom ett geografiskt område. Uppdraget som AVC innebär ett ansvar för utbildning av studenter och medarbetare, fortbildning, utveckling och forskning inom primärvården. Inom TioHundras primärvård finns det fem vårdcentraler, varav Vaddö vårdcentral är lokaliserad längst upp i norr.

Distriktssköterskan Marie Sjöblom på Vaddö vårdcentral insåg att hennes nuvarande arbetssätt inom hemsjukvården, med manuella noteringar med penna och papper på fältet som sedan skulle registreras i de olika IT-systemen vid återkom-

Om TioHundra

- TioHundra AB ägs av kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, ett samarbete mellan Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun.
- TioHundra driver allt från akutsjukhus till hemtjänst, vårdcentraler, äldreboenden, psykiatri, insatser för personer med funktionsnedsättning och vård för hela familjen.
- Landstingsfinansierad sjukvård och kommunal omsorg är samlade under ett tak. Insatserna kan samordnas med minskad risk att någon faller mellan stolarna.
- TioHundra AB har ca 2 300 fast anställda och är kommunens största arbetsgivare.
- I september 2014 utsågs TioHundra AB:s vårdcentraler till en av åtta Akademiska vårdcentraler i Stockholms läns landsting.
- Namnet TioHundra har hämtats från historien då nuvarande Uppland och Gästrikland var indelade i olika folkland, bland annat Tiundaland, en sammandragning av Tiohundraland. Namnet är ett telefonnummer – 10 100 – till bolagets alla vård- och omsorgsverksamheter.



Marie Sjöblom, distriktssköterska på Vaddö, med plattan i handen.

Foto: Carolina Wallenius



ten till vårdcentralen, medförde en summarisk dokumentation på grund av tidsbrist och ofullständiga noteringar. Dessutom tog administrationen längre tid och resulterade i en patientsäkerhetsrisk då viktig information kunde gå förlorad eller saknas när den behövdes.

Hennes önskemål, att kunna få tillgång till en mobil journal, resulterade i ett samarbete mellan Innovationsslussen SLSO, SÖS, Södertälje sjukhus, ASIH, Innovationslabbet SLL/KI, Apple Sverige, Chorus AB, Nowa Health och Carolina Wallenius. I december 2015 kunde en färdig produkt, *Hälsa På Plats* (HäPP), lanseras. HäPP är en mobil applikation som medger både läs- och skrivbehovet i journalsystemet.

Det unika med HäPP är att den inte är knuten till ett specifikt datajournalssystem. Journalinformationen hämtas via den nationella tjänsteplattformen (HIP) vilket gör att appen kommer att kunna användas mot alla de journalsystem som kopplas till tjänsteplattformen. Säker inloggning sker med hjälp av e-tjänstekort och medger tillgång både till journaluppgifter och till Pascal.

I nuläget finns det en viss begränsning på vilken information som är tillgänglig i HäPP. Det man kan göra är att läsa och skriva journaltext, se registrerade diagnoser och labblistan. Man kan inte se patientens läkemedelslista, men just inom hemsjukvården är det ett mindre problem. Majoriteten av patienterna har Apodos, och Pascal kommer man åt via läsplattan. Man kan inte heller se eller skriva röntgenremisser eller konsultationsremisser, beställa labprover eller diktera. För att komma till rätta med dessa brister pågår ett arbete med kontinuerlig vidareutveckling av appen för att även dessa funktioner ska kunna bli tillgängliga på sikt.

Den mobila lösningen med läsplatta möjliggör också tillgång till en mängd olika kunskaps-, besluts- och ordinationsstöd som VISS, Medibas, UpToDate, Internetmedicin, 1177, Vaccinera, Beställningsportalen och Pascal samt skapar förutsättningar för förbättrad kommunikation mellan vårdgivare genom t.ex. bildsamtal och möjlighet till fotodokumentation.

Utvärdering pågår

Den 1 december 2015 började personalen i hemsjukvården på Vaddö vårdcentral att använda läsplattor i sitt dagliga arbete. Införandet utvärderas i en pilotstudie som legat till grund för en större studie som omfattar TioHundra ABs hemsjukvård, ytterligare tre vårdcentraler inom TioHundra AB samt Djurö vårdcentral i Stockholms läns landsting. Syftet med studien är att undersöka hur införandet av ett mobilt IT-system påverkar administrationstid och arbetsmiljö för de anställda inom primär- och hemsjukvård samt hur det påverkar patientsäkerheten.

Studien genomförs i samarbete med Centrum för Hälsoinformatik, Institutionen för lärande, informatik, management och etik på Karolinska Institutet och har möjliggjorts genom finansiellt stöd från Stockholms läns landstings Innovationsfond.



Maries arbetsredskap på nära håll.

Personalen upplever många fördelar med det mobila arbetssättet. Enligt Marie Sjöblom innebär det nya arbetssättet en tidsvinst eftersom arbetet kan göras klart under hembesöket. Hon ser att det är en stor fördel att hon kan skriva journalanteckningar, beställa läkemedel, hjälpmedel och näringsdrycker på plats hemma hos patienten. Hon upplever att patientsäkerheten ökar eftersom hon kan känna sig trygg i att hon inte glömmer bort att dokumentera något viktigt eller beställa mat eller mediciner till patienterna för att papperslappen som hon skrivit på kommit bort.

Det som är så speciellt med utvecklingen av HäPP är att initiativet kommit från personalen som jobbar med patienterna i hemsjukvården, till skillnad från att någon som inte har någon klinisk erfarenhet

kommer och talar om för medarbetarna vad de behöver.

Framgångsfaktorerna för att vi faktiskt lyckades driva projektet från idé till färdig produkt som nu används i det dagliga arbetet är medarbetarnas visioner, intresset och engagemanget från medarbetarna och det tydliga stödet som vi hela tiden haft från TioHundra AB:s ledning. Det har dock krävts en hel del tålamod och ganska mycket uthållighet innan allt föll på plats.

Inom vårdbolaget läggs det mycket resurser på utvecklande av nya digitala lösningar. Förutom HäPP pågår projekt för webtidbokning, digitala patientbesök, journal på nätet, digitala stöd för hjärtsviktspatienter samt digital dermatoskopi, där hudläkare bedömer fotograferade pigmentförändringar på distans.

Lovisa Jäderlund Hagstedt

Medicinskt ledningsansvarig
Primärvård TioHundra AB
Fortbildningssamordnare Norrtälje,
Allmänmedicinsk fortbildningsakademi
Adjungerad klinisk adjunkt,
Akademisk vårdcentral Norrtälje TioHundra AB
Norrtälje Södra vårdcentral
lovisa.jaderlund.hagstedt@tiohundra.se



Jäv: Artikelförfattaren leder den vetenskapliga studien som utvärderar det mobila IT-stödet och appen HäPP.

Referenser

1. "Ur led är tiden - vårdanalys," 2013.
2. U. Arshad, C. Mascolo, and M. Mellor, "Exploiting Mobile Computing in Health-care," *Proc. 23rd Int. Conf. Distrib. Comput. Syst.*, 2003.
3. C. M. Ruland, *Vårdinformatik: Hur användning av informations- och kommunikationsteknik kan utveckla vård och omvårdnad*. Stockholm: Natur och Kultur Akademisk., 2002.
4. R. C. Wu, M. S. Orr, M. Chignell, and S. E. Straus, "Usability of a mobile electronic medical record prototype: a verbal protocol analysis," *Informatics Heal. Soc. Care*, vol. 33, pp. 139–149, 2008.
5. M. Larkin, "Can handheld computers improve the quality of care?," *Lancet*, vol. 358, no. 9291, p. 1438, Sep. 2016.



Virtuella hälsorum – high tech i glesbygd

Man tänker gärna på glesbygden som något underutvecklat område där man jagar isbjörnar, men i den lappländska glesbygden bedrivs idag forskning och avancerad high-tech vård. Virtuella hälsorum förbättrar kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet, förenklar för patienten och minskar kostnaden för landstinget. Glesbygdsmedicinskt centrum har inspirerat de flesta statliga utredningar omkring framtidens vård.

Landets första virtuella hälsorum startades 2013 i Slussfors skola, mitt emellan Tärnaby och Storuman. Boende i området hade minst 12 mils resa för varje besök, och till närmsta sjukhus var det minst 33 mils resa. En stor del av året är det dessutom vinterväglag. Oavsett väglag finns det alltid risker att vistas i trafiken, förutom att det kostar pengar och tar tid.

Distriktsläkaren i Storuman, Peter Berggren, är initiativtagare till hälsorummet. Han brinner för att göra vården mer tillgänglig i glesbygd och såg många fördelar för livskvalité och miljö. Det visade sig vara ett kostnadseffektivt sätt för Västerbottens läns landsting och Storumans kommun att bedriva vård. Bland annat har kostnaderna för sjukresor minskat.

Samverkan med Storumans kommun har ökat när kommunens hemtjänstpersonal utbildas av hälsocentralen till att vara behjälplig med provtagning vissa tider i det virtuella hälsorummet. Det blev en ny roll för hemtjänstpersonalen att sätta på sig en vit rock, och en ny arbetsuppgift som gör jobbet lite mer spännande och lite lättare att rekrytera till.

En effekt är att hemtjänstpersonalen nu klarar mer avancerade uppgifter i hemmet. Den hemsjukvårdspersonal som fick åka 12 mil från centralorten för en provtagning i Slussfors kan nu ägna mer tid till mer kvalificerade uppgifter.

Allt har inte varit lätt i införandet av virtuellt hälsorum. Gamla invanda mönster sitter kvar, så mer än en gång har patienter kallats till någon av hälsocentralerna i Tärnaby eller Storuman för provtagning. Då har de ifrågasatt ”varför kan jag inte få göra det här hemma i Slussfors?” Just det är en av anledningarna till varför det kan vara lättare att prova innovativa arbetssätt eller nya tekniska produkter i glesbygd. Man är villig att hjälpa till och göra så det blir bra för andra.

Fler hälsorum på gång

Glesbygdsmedicinskt centrum har jobbat nära flera företag i utvecklingsarbetet. Nordic Health Innovation AB deltog redan i den första etableringen. De har senare också varit Region



Jämtland/Härjedalen behjälplig med etablering av två virtuella hälsorum under 2015. Här valde man att etablera det ena rummet i ett äldreboende och det andra i en nedlagd hälsocentral.

Nu ska åtta nya virtuella hälsorum etableras i Västerbotten och Norrbotten. Satsningen finansieras av kommunerna Arjeplog, Dorotea, Malå, Norsjö, Sorsele, Storuman, Vilhelmina och Åsele tillsammans med Region Västerbotten, Västerbottens läns landsting, Swedish Proving Ground Association och regionala EU-fonden.

Det finns en enorm potential för de virtuella hälsorummen i glesbygd och stad, i offentlig sektor och i privat näring, i Sverige och i hela världen. Vi hoppas kunna etablera dem i olika miljöer för att kunna se skillnader mellan de olika etableringarna. Det viktiga är att vi hittar naturliga miljöer dit människor är vana att gå, eller vana att vistas i, för då får vi sannolikt störst nyttjandegrad.

Framtidens vård

Tänk dig ett virtuellt hälsorum som aldrig är längre bort än runt hörnet. Ett rum som har drop in, man kan slinka in och ta prover när man känner sig krasslig, och som är öppet dygnet runt.

I framtiden kommer befolkningen att förvänta sig snabbare access till vården. Det ska vara lika enkelt som att beställa en kopp kaffe på ett fik. Det här ställer nya krav på tillverkare av produkter. Nu ska fler än vårdutbildade klara att hantera produkterna utan att göra fel.

För alla som jobbar inom vården handlar det om att ställa om och jobba i processer som ser annorlunda ut och med mer teknik som stöd och hjälp. Det kommer att behövas mer kompetensutveckling. Det hjälper inte att ställa in ny teknik i ett rum och tro att alla kan hantera den. Man måste få utbildning och tillfälle att kunna träna på den i rätt situationer.

Nya ersättningsmodeller behövs så att man kan hantera det

Glesbygdsmedicinskt centrum är en forsknings- och utvecklingsenhet inom primärvården i Västerbottens läns landsting. Syftet är att öka kunskapen om hur sjukvård och omsorg på bästa sätt kan tillgodoses samt att öka rekrytering av läkare och vårdpersonal till glesbygd. Här bedrivs utbildning inom akutsjukvård, forskning, landstingskommunala samverkansprojekt, sjukstugemodellen, distansöverbryggande teknik och samisk hälsa. Forskningen sker i samarbete med bl.a. Umeå universitet. Chef är Peter Berggren (sid. XX 3444). Se www.vll.se/gmc.



Videosamtal i hälsorummet.



Undersökning på distans i hälsorummet.

man spar på gungorna för att kunna satsa på karusellerna. Om man gör en besparing på reskostnader ska man kunna investera i mer utrustning i de virtuella hälsorummen som gör att man spar ännu mer på reskostnaderna.

Bra distansmöten

Det finns många tips som man bör tänka på inför i en distanskonsultation. Det kan vara små detaljer som gör att upplevelsen för patienten blir mycket bättre.

När man först kan ha ett fysiskt möte fungerar distansmötena bättre. Ljud och ljus men också bakgrund är viktigt. Det kan vara idé att vrida kameran och visa patienten hur rummet ser ut där du sitter, dels för att de med egna ögon kan se att det inte finns fler i rummet och dels för att det skapar en trygghet. Möbeltussar på stolar och bord är bra så det inte blir skrapljud hos patienten om man stöter till bordet eller flyttar sig i stolen.

Tillgängligheten till provtagning i virtuella hälsorum innebär att man tidigare kommer att hitta vissa sjukdomar som det skulle tagit vården ytterligare tid att upptäcka. Det är bra både för patienten som får snabbare behandling och för vården som kan behandla patienten innan denne blivit allt för sjuk med flera komplexa sjukdomar. Det har vi redan sett effekter av i Slussforsrummet.

Fortsatt utveckling

Nästa stora utmaning är att se hur mycket man kan göra i ett virtuellt hälsorum. Man kan redan idag se och prata med patienten. Det finns objektkameror som kan förstora hudför-

ändringar som en specialist kan se på distans och bedöma. Det man inte kunnat göra är att lyssna på hjärta på distans, men där har Västerbottens läns landstings medicintekniska avdelning nu utvecklat ett stetoskop som klarar att överföra ljud på ett bra sätt. Kommer vi att kunna titta i örat på distans i framtiden? Är det möjligt utifrån det regelverk som finns? Det är nog inte långt borta innan det finns en robot som klämmer och känner på patienten.

De nya virtuella hälsorummen kommer bli en utomordentlig testbädd för nya produkter och tjänster. Man kan tänka sig att patienten tar ett samtal med arbetsförmedlingen efter samtalet med doktorn. Det bör gå att samordna mer samhällsservice för att göra det bra för befolkningen och öka tillgängligheten.

Med fler rum kan vi forska mer på dem. Vi har redan nu sett i en liten studie att medborgare föredrar samma doktor på distans än olika stafettdoktorer i fysiska träffar. När virtuella hälsorummen också finns utomlands, då kan jag därifrån ha kontakt med min doktor i Sverige. Bilstenärningen i Arjeplog tycker det är intressant med etablering av virtuella hälsorum, för de kan fortsätta sina kontakter med läkarna i hemlandet.

Nyligen var en delegation från Indonesien på besök hos Glesbygdsmedicinskt centrum. De ville undersöka om virtuella hälsorum skulle kunna användas på deras 13 000 öar. Planer finns nu att etablera ett virtuellt hälsorum i Indonesien. Ett show room planeras på Glesbygdsmedicinskt centrum med anledning av det stora antalet studiebesök.

Framtiden ser lovande ut. Vi kommer att kunna göra mer avancerade saker till en högre kvalitet och med bättre tillgänglighet. Ett virtuellt hälsorum ska inte ersätta hälsocentraler och sjukstugor där patienter och personal möts, men det kommer bli mer vanligt att man ibland ses live och ibland digitalt. Om en patient inte behöver ta ledigt från arbetet utan kan ha distanskonsultation direkt från jobbet, då skapar vården ökad produktivitet i näringslivet som ger ökade skatteintäkter som skapar mer resurser till vården.

Nu sätter vi tillsammans hjulet i rullning, så får vi alla den service vi vill ha i framtiden!



Blodtrycksmätning i hälsorummet.

Pia Kristiansson
Projektledare
Glesbygdsmedicinskt centrum,
Västerbottens läns landsting
pia.kristiansson@vll.se



Annons



Personligt hälsokonto på väg att bli verklighet

Hälsa för mig är ett statligt innovationsprojekt som ska erbjuda en långsiktig och säker lagringsplats för individens hälsoinformation. Hälsa för mig är också en plattform för hälsoappar. Tanken med det personliga hälsokontot är att ge alla ökad möjlighet att delta i sin egen vård och hälsa.

I dag använder många människor hälsoappar, klockor och mätare för att övervaka hur de mår, hur mycket de rör på sig eller för att följa om blodtrycket är normalt. Dessa hjälpmedel genererar en massa information som individen har behov av att kunna lagra på ett säkert sätt.

Samtidigt finns en rad andra system och register där vården samlar information, till exempel journaler om individens vårdbesök, labbsvar och e-recepttjänstens olika register med information om läkemedel.

"På Hälsa för mig är det istället individen själv som bestämmer vilken information som ska sparas och med vem den ska delas."

Det personliga hälsokontot Hälsa för mig är ett svar på individens eget lagringsbehov och att ge individen makt över sin egen information. Hälsa för mig drivs av eHälsomyndigheten på uppdrag av regeringen som vill stimulera ett ökat engagemang i den egna hälsan och stärka patientmedverkan i vården.

Dessutom vill staten bidra till ökade möjligheter för företag att skapa nya innovativa tjänster och appar. I maj 2016 öppnade eHälsomyndigheten en test- och utvecklingsmiljö där apputvecklare kan bygga hälsoappar som ansluts till Hälsa för mig. Dessa appar kommer att vara en viktig del av invånarnytan med Hälsa för mig.

För att det ska finnas information från vården på Hälsa för mig samarbetar eHälsomyndigheten med Inera, som bland annat koordinerar landstingens och regionernas gemensamma utveckling inom e-hälsa. Individen ska kunna prenumerera på



journalinformation till sitt personliga hälsokonto, vilket möjligt i takt med att landstingen ansluter sin information i Journalen 1177 Vårdguiden till Hälsa för mig.

Hälsa för mig är frivilligt, kostnadsfritt och säkert. Användare identifierar sig på ett säkert sätt med svensk e-legitimation, till exempel bank-id eller mobilt bank-id direkt i tjänsten eller via en ansluten app. Hälsa för mig kommer att nås via hälsaförmig.se, ehalsomyndigheten.se och i framtiden 1177 Vårdguiden.

Vad är skillnaden på Hälsa för mig och 1177 Vårdguiden?

När patienten loggar in på 1177 Vårdguiden kan hen interagera med vården, till exempel förnya recept, avboka tider och läsa vårdens information om sig. Patienten kan se vilka kontakter hen har haft och vården har tillgång till samma information.

På Hälsa för mig är det istället individen själv som bestämmer vilken information som ska sparas och med vem den ska delas. Individen förfogar själv över informationen och kan även skriva in egna uppgifter. Individen kan genom samtycke välja vilka appar som hen vill använda och vilken information dessa appar ska få åtkomst till.

I nuläget är det av legala skäl – i patientdatalagen – inte möjligt för individen att återföra delar av sin egengenererade hälsoinformation på Hälsa för mig till vårdens system på digital väg, även om det på längre sikt är en trolig och önskvärd utveckling. Redan från starten av Hälsa för mig går det naturligtvis att visa och berätta om informationen på sitt hälsokonto, eller i anslutna appar, för sin doktor. Den lag som reglerar Hälsa för mig och uppgifterna som finns på kontot är personuppgiftslagen.

Pilotförsök i två landsting

Många aktörer är involverade i Hälsa för mig och mycket ska komma på plats innan full funktionalitet och invånarnytta kan uppnås. I skrivande stund planerar eHälsomyndigheten att i slutet av 2016 öppna en betaversion av Hälsa för mig för invånare så att appleverantörer kan erbjuda invånare innovativa hälsoappar via kontot.

Till våren planeras pilotförsök i två landsting för att testa tekniken för prenumeration av vårdinformation, först ut är vaccinationer och labbsvar. En bred lansering av Hälsa för mig blir sedan aktuell under 2017 när ett antal intressanta tillämpningar och/eller appar har utvecklats.

Carl Jarnling
Enhetschef Invånartjänster
eHälsomyndigheten
carl.jarnling@ehalsomyndigheten.se





Hälsoappar

– vilka krav ska ställas på dem?

Det finns idag en stor mängd hälsoappar att ladda ner på sin smarta telefon, surfplatta eller dator – mer än 165 000 [1]. Användandet av olika hälsoappar har ökat kraftigt under de senaste åren. Allt fler använder appar som ett digitalt stöd i vardagen vid kronisk sjukdom, som en del av en behandling eller som ett hjälpmedel för att förbättra levnadsvanor generellt. Apparna kan användas av vem som helst, var som helst och när som helst. Men hur väl fungerar apparna och vilka krav ska man som användare ställa på dem?

Begreppet hälsoappar omfattar många olika typer av hälso-, livsstils- och medicinska appar. Om en app har ett medicinskt syfte klassas den som en medicinteknisk produkt. De allra flesta hälso- och livsstilsappar är inte medicintekniska produkter.

Hälsoappar som är medicintekniska produkter

De hälsoappar som kan anses vara medicintekniska produkter måste vara CE-märkta enligt den medicintekniska lagstiftningen. Detta gäller de appar som enligt tillverkarens beskrivning är avsedda för diagnos eller behandling av en sjukdom eller skada eller som är avsedda att undersöka en fysiologisk process. Det kan även röra sig om appar som är avsedda att användas för kontroll av befruktning eller som hjälpmedel vid funktionsnedsättning.

Enligt det medicintekniska regelverket ska medicintekniska produkter, i detta fall appar, konstrueras och tillverkas på ett sådant sätt att de inte äventyrar patienternas kliniska tillstånd eller säkerhet när de används under avsedda förhållanden och för sitt avsedda ändamål. Riskerna med att använda produkterna skall vara acceptabla med tanke på fördelarna för patienten och förenliga med en hög hälso- och säkerhetsnivå. Regelverket ställer krav på tillverkaren att denne ska ha angett avsedd användning, preciserat funktion och prestanda och genomfört en riskanalys där de identifierade riskerna har omhändertagits



Fitness-mobil.

samt gjort en risk nytta bedömning på eventuella kvarvarande risker. Uppfyllande av kraven ska styrkas genom en klinisk utvärdering.

Tillverkaren ska innan utsläppande av sin app ha *verifierat* (kontrollerat funktion och prestanda) samt *validerat* (kontrollerat användbarhet och klinisk funktion) sin produkt. Tillverkaren har krav på sig att följa upp hur produkten används och fungerar på marknaden och vid behov utföra säkerhetskorrigeringar. Det kan innebära att tillverkaren ska kunna återkalla eller förändra produkten. En spårbarhet till användare ska finnas för att kunna informera om risker med produkten och ge möjlighet att vidta säkerhetsåtgärder.

"Läkemedelsverket uppmanar alla användare av medicintekniska hälsoappar att kontrollera om appen är CE-märkt."

Lag (1993:584) om medicintekniska produkter:

2 § Med en medicinteknisk produkt avses i lagen en produkt som enligt tillverkarens uppgift ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor

1. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom,
2. påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning,
3. undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process, eller
4. kontrollera befruktning.

För medicintekniska produkter på den svenska marknaden ska märkning och dokumentation (inklusive bruksanvisning) vara författade på det svenska språket. Kraven på svensk översättning gäller även då informationen presenteras via bildskärm/display. Tillverkaren ska inte ha en friskrivningsklausul som frångår denne från ansvar vid användning av appen.

Som användare är det idag svårt att hitta den information som behövs för att kunna välja en säker app. Det är svårt att se vilka appar som är CE-märkta som medicinteknisk produkt.



Läkemedelsverket och appar

- LV *godkänner* inte medicintekniska produkter. Det är tillverkarens ansvar att produkten uppfyller regelverket när den sätts på marknaden.
- LV utövar *tillsyn* och kan vid allvariga brister utfärda marknadsförbud.
- LV för *register* över medicintekniska produkter i lägsta riskklass,
- Många av hälsoapparna tillhör lägsta riskklassen, och antalet appar registrerade hos Läkemedelsverket är idag 30 stycken.

Förutom att detta borde vara enkelt att hitta saknas det ofta viktig information om hur appen ska användas och av vem samt på vilket sätt appen gör sina beräkningar. Det kan även saknas de kontaktuppgifter till tillverkaren som måste finnas tillgängliga.

Hälsoappar som inte är medicintekniska produkter

De flesta hälsoappar är avsedda att uppmuntra en hälsosam livsstil: motionera, äta rätt osv.

De kan ge information om olika sjukdomar eller möjliggöra att hålla en egen journal över symptom vid sjukdomar som stöd vid nästa läkarbesök.

Det är svårt att veta vilka som är bra och säkra eftersom dessa hälsoappar inte regleras lika strikt som en medicinteknisk produkt. De regleras av Produktsäkerhetslagen där Konsumentverket är tillsynsmyndighet.

Vad gäller hälsoappars tekniska kvalitet finns det skillnader mellan hur de stora mjukvaruföretagen med operativsystemen kontrollerar den. Vissa är noga med att kontrollera att de appar som släpps ut via deras marknadsplats uppfyller deras krav på teknisk kvalitet så att de inte förstör andra funktioner på smarttelefonen, surfplattan eller i andra appar. Andra genomför ingen granskning av apparna vad gäller teknisk kvalitet, vilket har lett till att virus påträffats i en del av dessa appar.

På grund av den mängd hälsoappar som finns samt svårigheten att avgöra vilka av dessa som är bra finns det flera plattformar som startats på initiativ av patienter eller hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att tipsa varandra om bra hälsoappar. En del av dessa plattformar riktar sig till vissa patientgrupper. Ett sådant exempel är diabetesappar.se som syftar till att erbjuda personer som lever med diabetes en bättre överblick på utbudet av olika diabetesappar.

Vid osäkerhet om en app är eller ska vara CE-märkt uppmanas användare och tillverkare att kontakta Läkemedelsverket via mejl till registrator@mpa.se.



LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY



Ikoner i mobil.

bjuda personer som lever med diabetes en bättre överblick på utbudet av olika diabetesappar.

Många olika patientföreningar hjälper också sina medlemmar med utvärdering av hälsoappar och informerar om detta på sina hemsidor eller i tidskrifter, t.ex. Reumatikervärlden (se nr 5 2015, sid 38-39). Viss vägledning ges också från sjuk- och hälsovården, t.ex. Appsök från SLL Habilitering & Hälsa (se www.appsok.se/).

Det finns företag som gör sammanställningar av testade hälsoappar. Företaget PatientView har startat en hemsida med världens favorit-hälsoappar. Siten heter MyHealthApps.net och är både ett sökverktyg och en databas för hälso- och wellness-appar som har blivit testade av användare. Apparna är utvalda efter ha tillfrågat 250 patient- och konsument grupper världen över.

Gränsdragning

LV får också ett ökande antal frågor om gränsdragningen mellan olika typer av appar. LV:s medicintekniska enhet arbetar aktivt med dessa frågeställningar, dels via det löpande tillsynsarbetet, men även via internationell samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Läkemedelsverket uppmanar alla användare av medicintekniska hälsoappar att kontrollera om appen är CE-märkt. Vi uppmanar också tillverkare att ta reda på om deras app faller inom kriterierna för att vara en medicinteknisk produkt och vidta de åtgärder som behövs enligt regelverket.

Mats Artursson
Utredare, inspektör
Läkemedelsverket
mats.artursson@mpa.se



Referenser

1. Se www.imshealth.com.



Nu händer det!

Primärvården står inför utmaningar både i nutid och framtid. För att möta dessa behövs dels kunskap om hur vi tar hand om våra patienter på bästa sätt (*evidensbaserad medicin*), dels ökad kunskap kring utveckling av arbetssätt för att uppnå det (*förbättringskunskap*), dels möjlighet att följa upp att det faktiskt blir så (titta på kvalitetsdata). För att hålla ihop delarna behövs ett bra ledarskap med kunskap i nämnda processer.

De här delarna bildar tillsammans stommen för ett framgångsrikt utvecklingsarbete. För att stödja verksamheterna i det mejslas det nu fram stöd både på nationellt och regionalt plan.

För primärvårdens del har ett antal projekt pågått under snart två år och börjar nu komma på plats på våra vårdcentraler runtom i landet. Sammantaget kommer projekten att ge primärvården ett samlat stöd för att förbättra våra verksamheter utifrån de olika komponenter som vi har evidens för är grundläggande för utveckling mot en bättre vård.

De projekt som vi beskriver i den här artikeln är:

- Nationellt kliniskt kunskapsstöd (evidensbaserad medicin)
- PrimärvårdsUtveckling/Flippen (kunskap och stöd för utvecklingsarbete)
- PrimärvårdsKvalitet (stöd för kvalitetsdata)

Ytterligare ett projekt är under nystart:

- Att leda för bästa möjliga vård (stöd för att leda utvecklingsarbete)

Nationellt kliniskt kunskapsstöd – ansvar för gemensam kunskap

I höst börjar organiseringen av nationella ämnesgrupper för att förvalta och utveckla de 350 kunskapsdokument som samlats in och standardiserats inom ramen för projektet "Nationellt kliniskt kunskapsstöd". Landets sex sjukvårdsregioner ska fördela ansvaret till ämnesgrupperna som i samverkan med nationella programråd och andra nationella expert- och kompetensgrupper ska ta fram, uppdatera och utveckla kunskapsdokument som förmedlar bästa möjliga kunskap.

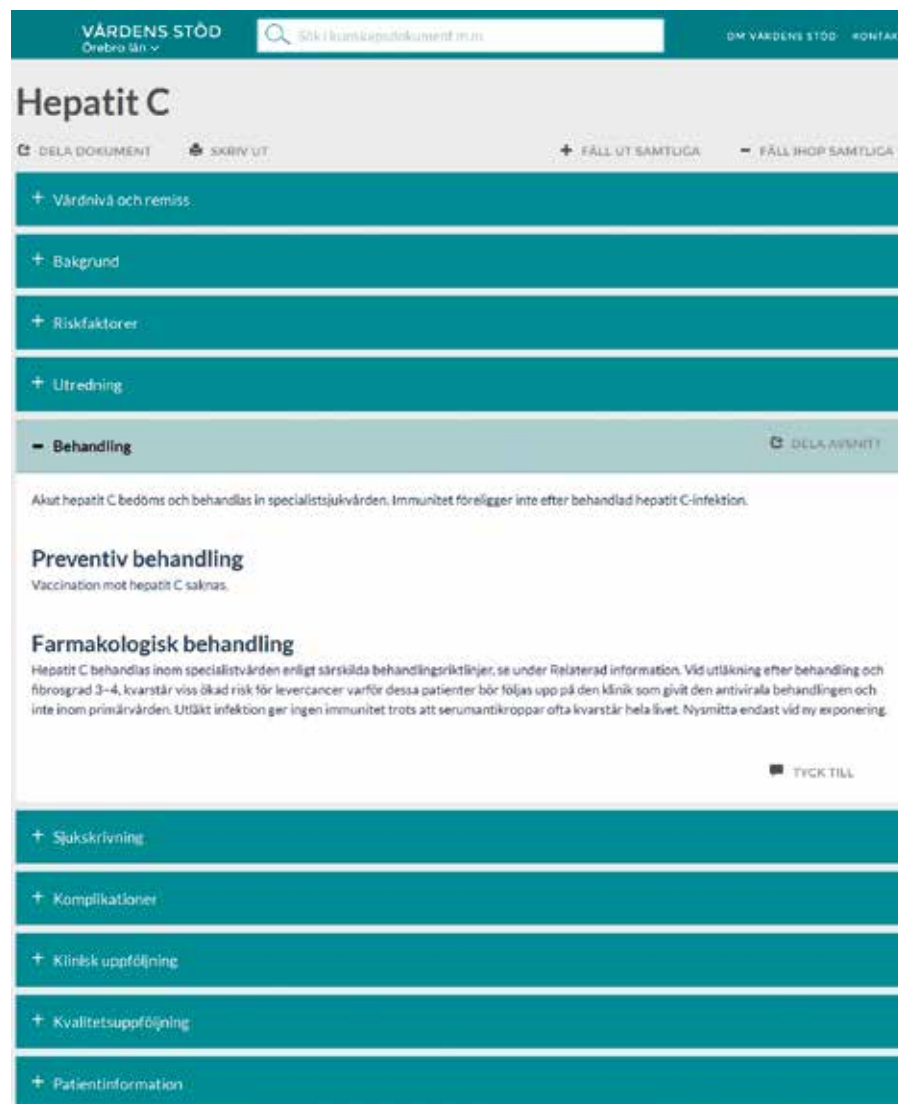


Bild 1. Den första prototypen för visning av kunskapsdokumenten har en effektiv sökfunktion för att användaren snabbt ska hitta svar på sina frågor. Varje avsnitt i kunskapsdokumenten kan kommenteras och delas. Kommentarer och statistik på sökning och användningen av innehållet kan analyseras och utnyttjas för att utveckla kunskapsstödet ytterligare.

Avsikten är att landsting och regioner från och med 2018 långsiktigt finansierar det nationellt gemensamma arbetet med redaktionell samordning och förvaltning och utveckling av IT-stödet. Ämnesgrupperna förvaltas av sjukvårdsregionerna och finansieras av respektive landsting/region.

Parallellt pågår arbetet med den tekniska infrastrukturen för att lagra och sprida de gemensamma kunskapsdokumenten och ge möjlighet att komplettera med lokala tillägg om exempelvis remissrutiner och vårdnivåer. Dessutom sker

en medicinsk granskning av insamlade dokument med hjälp av Socialstyrelsen, nationella programråd och regionala cancercentrum. De nationella kunskapsdokumenten planeras bli tillgängliga via en webbplats i början av 2017. Senare under 2017 ska den nationella kunskapen kunna integreras i landstingens egna webb- och journalsystem.

Flippen i primärvården – stöd för nytänkande och utvecklingsarbete

Projektet Flippen ("att vända på vården") stödjer landstingen för en mer person-



Kort om Nationellt kliniskt kunskapsstöd

- 350 evidensbaserade nationella kunskapsdokument för primärvården
 - Ämnes- och dokumentstruktur anpassad för den kliniska vardagen med utrymme för lokala tillägg
 - IT-struktur med stöd för integration med landstingens egna webb- och journalsystem
 - Ett tjugotal innehållsansvariga ämnesgrupper
 - Gemensam förvaltning och finansiering av landstingen från 2018
- Mer information om Nationellt kliniskt kunskapsstöd se www.skl.se

centrerad och jämlik vård som tar fasta på det invånaren kan och vill göra själv i större utsträckning än idag. Det handlar om att utforma tjänster som passar olika individer och grupper där indelningen inte bara ska utgå från akut/kronisk, diagnos, ålder eller kön, utan även behov och beteenden.

För att få mer information om vad som är viktigt för invånarna görs en studie av drivkrafter och personliga preferenser. För att möjliggöra ett långsiktigt och systematiskt stöd till utveckling i primärvården arbetar projektet nu med att stödja landstingen i uppbyggandet av hållbara stödstrukturer. Nästa steg blir att hitta former för att stödja vård och hälsocentraler utifrån varje enhets unika förutsättningar och nuläge.

PrimärvårdsKvalitet – hur går det?

Alla Sveriges landsting och de flesta privata vårdgivare har eller är på väg att införa PrimärvårdsKvalitet. Idag kan medarbetare på ungefär 200 vårdcentraler följa sina patienter i systemet. Tidigare tek-

niska förutsättningar och valet av teknisk lösning gör att det tar olika lång tid för landstingen att få PrimärvårdsKvalitet på plats på vårdcentralerna (såväl privata som landstingsdrivna).

I höst uppdateras nuvarande kvalitetsindikatorer utifrån ny evidens och eventuella förändringar i riktlinjer. Det pågår samtidigt ett arbete med att ta fram nya indikatorer som planeras vara klara i början av 2017.

De nya indikatorerna kommer bland annat omfatta fler sjukdomstillstånd så som hypertoni, osteoporos och försämrad njurfunktion samt mått för att följa vården av våra mest sköra äldre. För att spegla den breda verksamheten i primärvården kommer även indikatorer för strokehabilitering, gångtest vid KOL och artrosskola.

Arbetsgruppen har fått in många kloka synpunkter och förslag som ligger till grund för pågående arbete. Vi välkomnar varmt fler kommentarer.

Jäv saknas.



**Sveriges
Kommuner
och Landsting**



Ulrika Elmroth
Projektledare, SKL

Olof Norin
Projektledare, SKL



Stina Gäre Arvidsson
ST-läkare
Helsa vårdcentral, Sundbyberg,
Handläggare, SKL,
stina.garearvidsson@skl.se



Staffan Ekedahl
Reg. Jönköpings län,
SKL



Kort om PrimärvårdsKvalitet:

- Primärvårdens eget kvalitetssystem bestående av kvalitetsindikatorer och tekniska lösningar
- Framtaget av primärvårdens professioner
- Enkelt att använda
- Automatisk hämtning – inget extraarbete
- Återkoppling i realtid
- Evidensbaserade och tvärprofessionella indikatorer
- Fokus på primärvårdens förutsättningar, t.ex. samsjuklighet, kontinuitet

Mer information om PrimärvårdsKvalitet se www.skl.se/primarvardskvalitet

Kort om Flippen i Primärvården

- Flippen är ett projekt som handlar om att stödja arbetet med utveckling i primärvården
- Arbetet sker nu framförallt med utvecklingsenheter i landstingen, men följer även enskilda vårdcentraler
- En studie pågår som handlar om behov och drivkrafter hos våra patienter och belyser likheter och olikheter



IT-baserat stöd för remittering till bilddiagnostik

Stråldosbidraget till befolkning från medicinska exponeringar ökar ständigt. Detta behöver i sig inte medföra några problem under förutsättning att alla undersökningar och behandlingar är berättigade. De ska med andra ord göra mer nytta än skada. Men det finns flera studier som visar att så inte är fallet. Beslutsstödet iGuide ska nu provas i Jönköpings län. Förhoppningen är att iGuide ska kunna integreras på ett bra sätt i befintliga remisshanteringssystem och att det ska underlätta för er ute på klinikerna att välja rätt undersökning.

Av två svenska studier framgår bland annat att 20 % av alla datortomografiundersökningar av vuxna är oberättigade eller skulle ha utförts med någon annan modalitet, t.ex. magnetkameraundersökning eller ultraljud [1]. För barn visar studien att de granskande barnradiologerna var överens om att 51 % av genomförda datortomografiundersökningarna var berättigade medan 35 % bedömdes som icke-berättigade. För övriga 14 % var radiologerna inte överens [2].

Det är inte bara i Sverige som det här problemet finns. Det har även uppmärksamats i USA och inom EU samt av internationella organisationer så som ICRP (International Commission on Radiological Protection) och IAEA (International Atomic Energy Agency).

Det finns flera olika anledningar till att antalet undersökningar ökar, men en förutsättning för att rätt undersökning ska utföras är att det finns tydliga anvisningar för vilken undersökning som ska göras för en viss frågeställning. Flera länder har redan sådana anvisningar: iRefer i Scotland, Nordirland och England, SFR i Frankrike och ACR i USA. Europeiska kommissionen tog i början av 2000-talet fram riktlinjer "Radiation Protection 118 Referral guidelines for imaging", baserade på riktlinjer utgivna av The Royal College of Radiologists. Dessa översattes till svenska och trycktes upp i pamfletter, men fick aldrig någon större spridning och har inte uppdaterats sedan dess.

I Europeiska kommissionens senaste strålskyddsdirektiv [3] ställs krav på att medlemsländerna säkerställer att remittenten har tillgång till riktlinjer för remittering till diagnostiska undersökningar med beaktande av stråldoser. Kravet ska vara införlivat i nationell lagstiftning senast den 6 februari 2018. I Sverige kommer kravet att ingå i Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar. Kravet kommer att vara utformat så att de sjukhus och vårdinrättningar som utför röntgen- eller nuklearmedicinska undersökningar ska tillhandahålla riktlinjer för remittering.

Strålsäkerhetsmyndigheten gör bedömningen att för att få stor spridning och följsamhet av riktlinjerna bör de integreras i sjukvårdens befintliga system för remittering till röntgen- och nuklearmedicinska undersökningar. Därför har ett projekt initierats för att utvärdera effekten av ett sådant så kallat CDS-system (Clinical Decision Support).

iGuide: Ett CDS-system för vägledning vid remittering till bilddiagnostik

Utvecklingen inom bilddiagnostiken

går mycket snabbt, gamla tekniker och metoder ersätts av nya, ibland utan att klinisk evidens finns. Därför har flera länder utformat riktlinjer av olika slag för att underlätta att välja rätt undersökning för en specifik frågeställning.

I USA finns sedan två decennier tillbaka ett IT-baserat system för vägledning vid remittering till bilddiagnostik. Systemet finns nu även i Europa under namnet iGuide. Bakom iGuide står radiologernas europeiska specialitetsförening European Society of Radiology och ett vetenskapligt råd. Rådet är indelat i olika organområden och går kontinuerligt igenom den vetenskapliga evidens som finns för att göra olika undersökningar vid specifika frågeställningar.

iGuide kan användas som ett separat remissystem, men går även att integrera i befintliga remisshanteringssystem. Målet är att iGuide ska täcka in 80 % av de kliniska scenarierna som patienterna söker för. Genom att ange kön, ålder och vad patienten söker för samt annan relevant information får man rekommendationer om vilken undersökning som ska väljas.

Undersökningarna graderas på en skala från 1-9, där 1 har sämst evidens och 9 bäst evidens. Undersökningar med

The screenshot shows the iGuide interface for a 46-year-old male. It displays a list of clinical indications on the left, a central area for clinical scenarios, and a table of appropriateness ratings on the right. The table lists various imaging procedures and their corresponding appropriateness ratings (1-9) and RPL (Relative Probability Level) scores.

Indication	Procedure	Cost	RPL	Action
Low back pain, uncomplicated, no red flag signs/symptoms/history	CT, myelography, spine, lumbar	6000	1	select this exam
	CT, spine, lumbar, w/iv contrast	600	2	select this exam
	CT, spine, lumbar, w/o iv contrast	60	3	select this exam
	MRI, myelography, spine, lumbar	6000	4	select this exam
	MRI, spine, lumbar, w/iv contrast	600	5	select this exam

iGuide testmiljö. Kliniskt scenario: 46-årig man, tidigare frisk, ländryggssmärta sedan mindre än sex veckor. iGuide visar att ingen radiologisk undersökning bör göras (dålig vetenskaplig evidens för samtliga).



gradering 1-3 markeras som röda, och här är evidensen så dålig att det inte är värt att utföra undersökningen (riskerna överskrider nyttan). Undersökningar med gradering 4-6 är gula, och här kan det ibland finnas en poäng att utföra en undersökning, men förts efter en noggrann individuell bedömning. Undersökningar med gradering 7-9 är gröna, och det är dessa undersökningar som i första hand ska utföras. Flera olika undersökningar kan naturligtvis vara gröna, om det finns flera som är relevanta.

iGuide visar hur hög stråldos undersökningen medför samt en ungefärlig kostnad, utöver rekommendation om vilken undersökning som ska väljas.

iGuide provas i Jönköpings län

Många regioner och landsting i Sverige är intresserade av att införa IT-baserade beslutsstöd. Region Jönköpings län genomför för närvarande ett projekt för att utvärdera vilken påverkan ett IT-baserat beslutsstöd får. Vid årsskiftet tas iGuide i bruk på fyra vårdcentraler och en medicinklinik, inklusive medicinakuten.

Under de första tre månaderna kommer systemet endast att kartlägga vilka



Strålskyddsmyndigheten inspekterar.

undersökningar som utförs för olika frågeställningar. Efter denna period kommer systemet att börja ge rekommendationer om vilka undersökningar som bör väljas. Därefter utvärderas systemet och resultatet kommer att redovisas i en rapport till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Mer information om projektet finns på www.sfm.se. Parallellt med detta

genomförs även en så kallad HTA-utvärdering (Health Technology Assessment) av Sydöstra Sjukvårdsregionen, som sammanställer andra rapporter och utvärderingar av CDS-system.

Med iGuide blir ni automatiskt uppdaterade på de senaste riktlinjerna och slipper på så sätt leta information på annat håll. Ett bra beslutsstöd skall vara lättförståeligt, lättillgängligt, lättanvänt och baseras på en gedigen vetenskaplig grund. Vi tror iGuide levererar allt detta.

Henriettæ Ståhlbrandt
överläkare

ordförande Svensk Förening för
Medicinsk Radiologi (SFMR),
biträdande verksamhetschef
Röntgen, Region Jönköpings län

Lars Lindeberg
överläkare

Radiologisk Ledningsfunktion, Region Jönköpings län



Torsten Cederlund
sjukhusfysiker

chef enheten för medicinska bestrålningar,
Strålsäkerhetsmyndigheten
torsten.cederlund@ssm.se

Indication	Procedure	Cost	NRR
MR, spine, lumbar, w/o iv contrast	000	0000	select this exam
CT, discography, spine, lumbar, w/ iv contrast	0000	0000	select this exam
CT, myelography, spine, lumbar	0000	0000	select this exam
CT, spine, lumbar, w/ iv contrast	000	0000	select this exam
CT, spine, lumbar, w/o iv contrast	00	0000	select this exam
MR, spine, lumbar, w/ iv contrast	0000	0000	select this exam

iGuide testmiljö. Kliniskt scenario: 46-årig man, tidigare frisk, ländryggssmärta sedan mindre än sex veckor, men nu med nervutstrålning och kan bli aktuell för operation. iGuide visar att man bör beställa en MR ländrygg utan intravenös kontrast. För att läsa mer om den vetenskapliga evidensen bakom denna rekommendation kan man även trycka på "display evidence".

Referenser

- Almen A, Leitz W, Richter S. National Survey on Justification of CT-examinations in Sweden. Strålsäkerhetsmyndigheten rapport nummer 2009:03
- Jorulf H, Isberg B, Svahn U. Radiologiska undersökningar av barn – en studie av metodval. Strålsäkerhetsmyndigheten rapport nummer 2015:26
- Council Directive 2013/59/Euratom of 5 December 2013 laying down basic standards for protection against the dangers arising from exposure to ionising radiation.



Hur får vi tillgång till aktuell och pålitlig medicinsk information i patient – läkarmötet?

Detta var titeln på den hearing som SLS kommitté för läkemedelsfrågor inbjöd till tillsammans med SIDI (Swedish Institute for Drug Informatics) och SLS IT-kommitté den 30 maj 2016.

SIDI är en stiftelse som verkar för att göra läkemedelsdata tillgängliga. Stiftelsen har övertagit projektet Drugle, en sökmotor för läkemedel, från Karolinska institutet.

Varför behövs öppna data?

Daniel Rodriguez, senior mjukvaruutvecklare, SIDI, pekade på hur vi som patienter och medborgare ställer allt högre krav på att få olika typer av data. Nu gäller det att engagera patienter och professioner i kravställningen, och att engagera professionen och akademien i utvecklingen av källdata.

Data är råmaterial för kunskap och motorn till innovationer. Dold data leder till dålig kvalitet. Utgångspunkten ska vara att ett ändamålsenligt beslutsstöd. Det görs bäst med användarstyrd utveckling som underlättas av öppna data och programvaror.

Han gav exempel på öppna databaser: oknf.org, opendefinition.org, opengov.se, creativecommons.se/org, fsf.org, och så förstås wiki.

Hans Rosling, som tillsammans med sin son har skapat www.gapminder.org, har myntat begreppet DBHD, *database hugging disorder*, som en beteckning på dem som kramar om sin databas och inte vill släppa den till andra. Samkörning av data skulle öka intelligensen hos organisationer och företag.

Juridik – till hjälp eller något som stjälper?

Lena Jönsson, landstingsjurist i Dalarna, talade om juridiken kring tillgång och användning av medicinsk information. Hon menade att vårdgivarnas personuppgiftsansvar är ett hinder för utveckling av nationella system. Att staten bör ansvara för lagring av vitala informationsmängder lyftes av flera utredningsinstanser i utredningen Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32).

Med en alltmer fragmentiserad vård blir alla personuppgiftsansvariga. Många utredningar påpekar behovet av ökad statlig styrning. Är det bra att information ligger lagrade fastlåsta hos enskilda vårdgivare? Fragmentiseringen hämmar också kvalitetssäkring av patientens väg i vården.

Staten bör ha finansiellt ansvar, ansvar för personuppgifter och ansvar för förvaltning, liksom för infrastrukturen för IT-tjänster inom vård och omsorg. Det behövs samordning och stöd till sjukvårdshuvudmannen vad gäller dialog och kravställning. Lagringsformatet måste standardiseras.

Offentlighetslagstiftningen kan ibland krocka med sekretesslagstiftningen. Medborgerliga fri- och rättigheter inskränks av personuppgiftslagen, registerlag, patentlagstiftning mm.

Vad händer med hälsobiblioteket?

Ragnar Levi är medicinsk informationschef på SBU. Han författade rapporten "Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek" (SBU 2013) (se AllmänMedicin 1-2014 s. 44-45). Sedan dess har det inte hänt något.

Man hade tittat bland annat på det norska Helsebiblioteket och Englands NICE Evidenc, som båda ger stor nytta. De kräver inte förkunskaper om nyckelord eller facktermer, och man kan söka även då man inte är på arbetsplatsen.

Syftet med hälsobiblioteket är att genom en oberoende kanal förmedla aktuell fackkunskap för hela vården och omsorgen. Det första steget skulle vara för professionen, i nästa steg skulle det anpassas för patienter och allmänhet.

Sökning skulle ske i tre sektioner: praktik, vetenskap och aktuell. Sökfunktionen är central, ämnessidor kompletterar.

Nyttorna med ett nationellt hälsobibliotek är många. Strukturerade information finns samlat på ett ställe. Samsökbarheten ökar. Materialet kan vara ackrediterat. Det öppnar källor för många fler personer, och tillgängligheten ökar utanför intranätet.

Nästa regeringsuppdrag handlade om märkning och struktur för att öka tillgängligheten till vårdens kunskapsdokument. Det resulterade i rapporten "Märk väl! Nyttan av bättre innehållsmärkning, taggning och struktur i vårdens kunskapsdokument" (SBU 2013). Här finns en stor förbättringspotential.

Kunskap är betydligt sämre innehållsdeklarerad än t.ex. lingosylt. Utredningen Effektiv vård föreslog att regeringen ska finansiera ett hälsobibliotek. Jämfört med SKL:s Nationellt kliniskt beslutsstöd för primärvården (se sid. 26) är det bredare och innehåller också internationella referenser. Man måste skilja ett kunskapsstöd från ett beslutsstöd i journalen.

Kunskapsguiden.se är främst myndighetsinformation på några få områden, med en bristfällig sökfunktion. Den är ett av många embryon.

Vad behövs i patient- och läkarmötet?

Rikard Lövström, allmänläkare i Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och medicinteknik, var nästa talare. Prioriterade önskemål från SLF är bättre stöd för läkemedel, att kunna läsa undersökningsresultat från annat håll, bättre remissystem, undvika dubbeldokumentation, en enda inloggning och effektivare intygprocess.

Frågan är hur vi vaskar fram kunskaper relevanta vid ett visst patientmöte. Man kan lära sig från





vetenskaplig litteratur, ledande experters erfarenheter, datadrivna samband, avvikelser från riktlinjer mm. Befintlig kunskap ska revideras, struktureras och kopplas till information om individen.

Den aktuella kunskapen måste bli tillgänglig. Det ska inte spela någon roll vem man möter. Idag tar det 14 år innan kunskap spridits.

Janusinfo: Program som gör skillnad

Lars L Gustavsson, senior professor i farmakologi, KI och SIDI, berättade om Janusprojektet från 1997 i Stockholms läns landsting. Det är en lärande organisation, intuitiv och användarstyrd. Trots organisatoriska förändringar har strukturen och systemet överlevt.

"Man ska inte införa något som det inte finns behov av och som inte används."

Här finns det mesta man kan behöva: Kloka listan, Sfinx interaktionstjänst, läkemedel i förhållande till foster, amning, kön, ålder, miljö mm. Dessutom finns det länk till SLL:s e-bibliotek.

Man ska inte införa något som det inte finns behov av och som inte används. Beslutsstöd är information som blir användbar när det kopplas ihop med en specifik patient. Det ska vara ett sömlöst samspel mellan beslutsstödet olika delar.

Det krävs både medicinsk och teknisk kompetens. Det är inte hållbart att ta in extern IT-kompetens – en konsult kostar dubbelt så mycket som en anställd.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

AllmänMedicin gratulerar

Nya professorer i allmänmedicin



Patrik Midlöv har installerats som professor vid medicinska fakulteten i Lund.

Stefan Bergman har anställts som professor vid Sahlgrenska akademien i Göteborg.

Bertil Marklund har utsetts till adjungerad professor vid Sahlgrenska akademien.

Tio förbudsord för IT-system

IT&Telekomföretagens tankesmedja Digital Utmaning har nyligen avslutat ett rådslag om produktivitet i vård och omsorg. De formulerade tio förbudsord som presenterats i Dagens Samhälle (bild) [1].

Deltagare i rådslaget var Hans Winberg, Leading Health Care, Emma Spak, SYLF, Niklas Sundler, healthcare inom Telia, Eva Leach Elfegren, sakkunnig inom e-hälsa, Anders Ekholm, vice vd Institutet för Framtidsstudier, Britt-Marie Ahrnell, författare och anhörig samt Karina Tellingner McNeil, konsult och strateg inom vårdsektorn.

Här är de tio förbudsorden. Förklaringar återfinns i artikeln.

1. Det som redan är dokumenterat får inte dokumenteras en gång till.
2. Ersättningssystemen får inte styra hur patienten och vården möts.
3. Patienten får inte vara ovetande om vad som ska hända härnäst.
4. Patienten får inte hindras att kontakta vården med den teknik som vederbörande själv önskar.
5. Patienten får inte hindras att få tillgång till eller dela sin vård-information med vem hen vill.
6. Om patienten själv har diagnos- eller övervaknings-verktyg så får relevanta data från dessa inte ignoreras.
7. En process eller ett moment som kan automatiseras får inte göras manuellt bara för att det alltid gjorts så.
8. Ny teknik får inte införas om den inte skapar nytta och det inte avsätts tid för att använda den.
9. Ny teknik får inte införas om satsningen bara är tillfällig.
10. Vården får inte avstå från att införa teknik för att inte alla kan använda den.



De tio förbudsorden föranledde en diskussion på Ordbyte. Klart är att de kan tolkas på olika sätt, och att det inte är självklart att detta är vad vi skulle behöva.

Referens

1. Tio förbudsord för vård och omsorg. Hans Winberg m.fl. Dagens Samhälle 20.10.2016. <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/tio-foerbudsord-foer-vard-och-omsorg-28532>

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Skärmtid

Patientens bakdel var som en blekskimrande deg. Den fyllde varenda pixel och hotade att jäsa över bildskärmens kanten och rinna ner på Dr Stephan Wozniaks annars så städaade skrivbord.

"Seru vad jag menaar? Långt ner på vänstra skinkan."

Den breda västgötskan fick bilder av grisar och bondgårdar att dyka upp för Stephans inre.

"Nej tyvärr Bertil. Du får ta några steg framåt, allt är suddigt."

Han sneglade diskret mot klockan, 09.37 och tre videosamtal kvar. Ett försök att kamouflera en suck resulterade i ett mellan-ting mellan en hostning och en harkling.

"Jag heter Bert, inte Bertil. Seru nurå?"

Den äldre mannen hade flyttat sin omfångsrika, halvnakna kropp en meter. Byxorna var nedhasade till ankarna. Han stod på en grön matta, i bakgrunden skymtade en svart skinsoffa.

"Det var bättre. Menar du den mörka fläcken precis vid vecket?"

Mannens fingrar letade sig fram längs huden och stannade vid en upphöjd gråbrun hudförändring.

"Ja, precis den. Äre cancer? Vi har det i släkten."

Dr Wozniak lät tummen och pek fingret glida isär över skärmen för att zooma in.

"Svårt att avgöra... Kan du böja dig framåt tror du?"

I samma ögonblick som orden lämnade munnen ångrade han sig. Som att i luften mellan bryggkanten och vattenytan komma på att man har mobilen i fickan på badbyxorna.

"Nog för att jag ä sjuttifem, men vig har jag alltid varit, syns det bättre nu?" Rösten nerifrån golvet hade blivit dämpad och ansträngd.

På skärmen hade degen delat sig på mitten och fått ett klart mörkare centrum. Fascinerat drogs Stephans blick mot ett i raden av svarta hål i universum. Den lilla mjällvårtan bredvid var bara en solfläck i jämförelse.

Han lade fingret mot knappen på bakre delen av glasögonskalmen och huvudmenyns gröna text rullade fram. Det kändes fortfarande ovanligt att läsa något som svävade i tomma luften. Han blinkade två gånger och "Avancerad bilddiagnostik" tändes i rubrikraden.

Som om han hade varit lönnmördare eller prickskytt följde ett grönt hårkors nu med vart än han tittade. Han avlossade skottet genom att blinka igen. Träff. Vit text materialiserade sig: "Hemorroider är ett mycket vanligt tillstånd bland vuxna i I-länder. Beräkningar av incidensen talar för..."

Två snabba knackningar på dörren hördes innan den utan ytterligare fördröjning slogs upp. "Hej Stephan, jag har ett recept som..." Han vände sig om. Mia hade tystnat mitt i meningen med öppen mun och blicken fixerad över hans vänstra axel. Det lilla gröna hårkorset lyste på hennes näsa "Rosacea är en relativt vanlig dermatos med huvudsaklig lokalisering centralt i ansiktet..." Hon drog igen dörren bakom sig och när hon återfick talförmågan mimade mer än viskade hon, fortfarande stirrandes mot skärmen: "Videorektoskopi. Skickligt."

Han snurrade tillbaka stolen igen. Barmhärtigt nog täckte ett stort öga centrala delar av bilden. Inte helt olik Fazerloggan. En

klocka räknade ner "Tid till automatisk utloggning: 16, 15, 14". Han rullade fram stolen och fixerade blicken mot skärmögat. "Läser iris... Håll blicken stilla... Läser iris... Auktoriserar." Rutan försvann och det svarta hålets dragningskraft fick ännu en gång fritt spelrum. "...90 % av analfissurerna sitter rakt bakåt och..."

* * *

Två timmar senare var mottagningsförmiddagen slut och han sträckte på sig och gäspade. Bara ett regelrätt besök, resten eRådgivning, video och vanlig telefon. Förutom inhopet på sjukhusronden då. Amina, en av hans äldsta patienter, låg inne på hjärtintensiven och han hade närvarat via kardiologöverläkarens videoglasögon. För ovanlighetens skull fungerade tekniken perfekt och av de inbokade trettio minuterna hade han bara behövt tre.

Annat var det den gången hans disträa kollega på njurmedicin av misstag hade slagit på sina glasögon och börjat sända rondan redan inne från personaltoaletten. Av vinkeln och utsikten att döma hade glasögonen hängt fram på bröstet från ett snöre om halsen. Det blev inte bättre av att Stephan den dagen hade en hel grupp med läkarstudenter som andäktigt följde föreställningen från första parkett i en halvmåneformad stolsrad bakom hans rygg.

Han lyfte blicken. Vårdringsfönstret var öppet, solen sken och vårfåglarna sjöng. Det fick bli långlunch. Han dubbelblinkade mot texten "Avsluta arbetspass" och sedan en gång till mot "Bekräfta att du vill låsa datorn och flexa ut."

Efter att ha dubbelkollat att glasögonen var avslagna, hängde han dem i sin hållare och började byta om. På skärmen rullade statistiken långsamt fram. *Antal patientärenden: 18, genomsnittlig patientålder 42,6, antal satta diagnoser 33, förskrivna läkemedel: 14, Genomsnittlig kostnad per dygnsdos 2,6 EUR, Följsamhet till läkemedelsrekommendationerna 64 %...* Det barmhärtiga ögat dolde resten av listan. "För inloggning, fixera blicken här."

Han började ta på sig jackan men hejdade sig efter att än en gång ha tittat ut mot det vackra vädret. Han blev stående så några sekunder innan han beslutsamt krängde av sig jackan igen och sedan bredde ut den över bredbildsskärmen så att varenda kvadratcentimeter täcktes av det blå tyget. Visslandes kavlade han upp skjortärmarna och lämnade rummet.

Det sista dr Stephan Wozniak hörde innan han läste dörren bakom sig var det lågmälda men envisa pipande som indikerade att landstingets datorsystem tappat kontakten med verkligheten.



Fredrik Settergren

Samariterhemets vårdcentral, Uppsala
allmanmedicin.se
fredrik.settergren@lul.se

Annons

Driven ordförande vill se mer konkretiseringar

När Hanna Åsberg tillfrågades om att bli ordförande för SFAM blev hon överrumplad och fick ta sig en lång funderare.

När hon väl hade bestämt sig stakade hon målmedvetet ut vägen framåt. Det är en driven och förändringsbenägen ordförande som vill att föreningen blir tydligare, öppnare och mer konkret.

Jag träffar Hanna Åsberg på SFAM:s kontor i centrala Stockholm; i slutet av april valdes hon till ny ordförande för SFAM. Ett halvår tidigare blev hon klar med sin specialistexamen i allmänmedicin

Hanna Åsberg är en ung och driven ordförande som axlat en tung roll i en förening som vill mycket och som på olika sätt vill stärka kvaliteten i svensk primärvård.

Veckan innan vi ses har Hanna Åsberg varit på SFAM:s ST-dagar i Kalmar. Där höll hon ett öppningsanförande och deltog i en högtidlig ceremoni för examinanderna.

– Specialistexamen är en frivillig examen för den som är i slutet av sin ST-tjänstgöring eller nyss färdig specialist. Det är en validering av olika kom-

petenser och färdigheter som består av fyra obligatoriska moment. Det är ett bra sätt att få feedback från erfarna distriktsläkare.

Överrumplande fråga

Hanna hade inte tänkt tanken att bli ordförande för SFAM. Inte nu. I några år har hon varit aktiv i föreningen i Gävleborg. När hon nominerades till den centrala styrelsen tackade hon ja. När så frågan om att ta över ordförandeskapet kom blev hon överrumplad. Så gjorde hon som hon brukar göra vid svåra beslut; hon tänkte efter, pratade med flera olika personer och gjorde sedan en bedömning.

– Jag är analytisk och målinriktad och jag är beredd att arbeta hårt för det jag vill uppnå. Men det är en speciell situation att kliva in som ordförande utan att ha suttit i styrelsen innan. Det är ett stort ansvar och en stor utmaning, och det gäller att räkna till.

Hanna är uppvuxen i Hallstavik i Roslagen tio mil norr om Stockholm, ett samhälle med cirka 4 000 invånare.

– Jag var ganska försiktig som barn, gjorde bra ifrån mig i skolan, men sa inte så mycket. I dag är jag mer social

och utåtriktad, och jag skulle nog beskriva mig som ganska orädd, har inte svårt att sätta ned foten om det skulle krävas.

Hon läste läkarprogrammet vid Umeå universitet. Under studietiden var hon ordförande för MSF, Medicine Studerandes Förbund (numera Läkarförbundet Student).

– Första året som ordförande hade jag studieuppehåll och läste spanska på heltid. Andra året som ordförande återupptog jag mina studier på läkarutbildningen. MSF var lärorikt, men tog mycket av min tid.

Under större delen av sin ST var hon biträdande AT-studierektor i primärvården i Gästrikland.

– Så jag är väl insatt i frågor som rör AT, säger hon och ler.

Beroende och medberoende

I grundskolan och på gymnasiet skrev Hanna en del noveller och dikter. Hon var också med i ett par skoltidningar.

– Under läkarutbildningen fanns det ingen tid eller kraft till skrivande, men jag har försökt att komma igång igen. Jag gillar att skriva, det är kreativt och ett bra sätt att reflektera över sina upplevelser.

Hon har deltagit i en skrivartävling, arrangerad av Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi. I prisbelönade "Du fattar ingenting" berättar Hanna om sina erfarenheter av att som ung läkare möta patienter med beroendesjukdomar och om svårigheten att tackla de dilemman som uppstår. Hon berättar om "Eva", en välkänd patient på vårdcentralen som konsumerade stora mängder av Dexofen.

– Den rekommenderade maxdosen var 8 tabletter om dagen, hon hade fått utskrivet uppåt 30 om dagen. Frågan jag ställdes inför var hur jag skulle göra med receptet.

Det är en stark berättelse om beroende och medberoende och om en ung läkares försök att gå till botten med en svår problematik.

– En patient med beroende kan vara helt omöjlig att resonera med, och en medberoende anhörig kan vara minst lika svår att hantera. Eva och hennes man lärde mig mycket om beroende,

Mer om Hanna Åsberg:

Ålder: 35

Bor: Gävle

Familj: Katten Elliot

Arbetar med: allmänläkare, Andersbergs HC, Gävle. Ordförande SFAM

Drivs av: Utveckling och frihet

Blir glad av: Musik, kramar, veganmat

Vetenskapligt genombrott jag gärna skulle vilja se: Att elektricitet inte behöver ledningar längre utan kan överföras trådlöst

Oroas av: Att vårt ekonomiska system skapar ojämlikhet och leder till destruktiva handlingar i världen

Skulle vilja: Det är mycket

Drömmer om: Att skriva en bok



men också om läkarens ansvar, patientens och anhörigas ansvar. Att våga stå för sina medicinska beslut och säga nej.

De problem som Hanna uppmärksammat ledde fram till ett kvalitetsprojekt som hon gjorde under sin ST på Andersbergs hälsocentral: "Förändrade rutiner för förskrivning av beroendeframkallande läkemedel". Syftet var dels att uppnå en bättre kontroll av förskrivningen, dels att förbättra arbetsmiljön kring arbetet med beroendeframkallande läkemedel.

Få aktiva med utländsk bakgrund

Enligt Hanna själv är hon en "doer", en arbetsdriven person som inte väjer för det tunga och svåra. När hon väl bestämt sig för målet stakar hon ut riktningen och försöker hitta vägar för att ta sig över hindren.

– Jag kan tycka att det är en både stimulerande och kreativ process att fundera över hur man ska ta sig fram och vilka samarbeten som krävs.

Som ordförande vill hon utveckla SFAM som förening, höja taket och bredda medlemskåren. Det finns många styrkor att ta tillvara, menar hon.

– Vi har tio olika expertråd som driver frågor inom områden som exempelvis IT, forskning, fortbildning och kvalitet. Råden arrangerar möten, kurser och andra aktiviteter och bevakar och håller styrelsen underrättad om aktuella frågor. Vi har många äldre erfarna distriktsläkare som engagerar sig i föreningens kärnfrågor och det är en stor tillgång. Samtidigt behöver vi även rekrytera yngre personer och också attrahera dem som inte är medlemmar i dag. Hur gör vi med hyrläkarna till exempel? De utgör en stor del av primärvården idag, men antagligen är majoriteten av dem inte medlemmar i SFAM.

Det är också allvarligt, menar Hanna Åsberg, att så få av dem som är aktiva i SFAM har en utländsk bakgrund.

– Vi behöver ta reda på vad allmänläkare vill, i ett bredare perspektiv. Vi som är aktiva vill gärna driva frågor som vi tycker är viktiga, men vi är bara en liten klick, sett till helheten. Vilka frågor är viktiga för vår yrkeskår, våra medlemmar och potentiella medlemmar? Och hur ska vi lyckas rekrytera fler?

En av de viktigaste frågorna för SFAM är bristen på allmänläkare. Frågan är uppe på den högsta politiska dagordningen, inte minst sedan Göran Stiernstedts ut-



redning om Effektiv vård presenterades.

– Vi har ett guldåge nu att åstadkomma en förändring. SFAM, Distriktsläkarföreningen och Läkarförbundet samt Svenska Läkaresällskapet drar åt samma håll. Politiker och tjänstemän har verkligen fått upp ögonen för att primärvården behöver förstärkas.

"Jag är analytisk och målinriktad och jag är beredd att arbeta hårt för det jag vill uppnå."

Hanna Åsberg anser att målet med en specialistläkare per 1 500 listade patienter i primärvården är förlegat. En ny siffra behöver tas fram som ett riktmärke för hur många patienter som bör listas på en specialist i allmänmedicin. Utan en tillräcklig bemanning blir kvaliteten och kontinuiteten lidande. Även förutsättningarna för forskning och utbildning urholkas.

– Det är en nyckelfråga. Uppdraget i primärvården har blivit större, vi får mer och mer uppgifter, och om att vi ska klara vårt uppdrag är siffran 1 500 patienter per allmänläkare inte längre rimlig.

Distriktsläkarföreningen har med envishet drivit frågan i många år.

Kidnappar inte SFAM många av de frågor som DLF länge arbetat med och som rör bemanning, fast läkarkontakt och fortbildning?

Är det effektivt med två olika föreningar som arbetar med samma frågor och med samma mål; att stärka primärvården för patienterna, men också för de anställda?

Hann Åsberg avvaktar med svaret. Frågan om att slå ihop SFAM och DLF är omdiskuterad och väcker många starka känslor.

– Jag är inte helt säker på att det är en bra idé. Det är en svår fråga och det skulle kräva en organisationsförändring, jag tror inte att det kommer att hända inom en överskådlig tid. Det är viktigt att komma ihåg att vi har olika infallsvinklar. DLF är en facklig organisation som arbetar med arbetsmiljö, villkor och löner. SFAMs primära fokus är på vetenskap och kvalitet. Den allmänmedicinska forskningen ligger lågt och den behöver vi stärka. I slutänden handlar det även om en bättre och mer kostnadseffektiv vård för våra patienter.

Prioriterade frågor

Hanna Åsberg återkommer flera gånger till behovet av konkretisering. Hon uppskattar mycket i Göran Stiernstedts utredning om en effektivare vård, men en

svaghet, menar hon, är hur olika förslag ska förverkligas. I maj skickade SFAM in sitt remissvar till socialdepartementet, det är en omfattande skrivelse på elva tättskrivna sidor. Här finns problemanalyser, kommentarer och slutsatser kring områden som bland annat rör nya styrande principer för hälso- och sjukvården, minskad detaljstyrning, primärvårdens uppdrag och organisation, en sammanhållande hälso- och sjukvård och kontinuitet. (Remissvaret finns på SFAM:s hemsida).

– En av frågorna som vi diskuterat flitigt i styrelsen handlar om förslaget till en allmän och riktad primärvård. Den senare vänder sig till äldre med kroniska sjukdomar och andra patienter med komplexa vårdbehov. Den bygger på en nära samverkan med kommunal hemsjukvård och en hög tillgänglighet och kontinuitet. Oavsett hur man organiserar det och vad man kallar det måste syftet vara en mer sammanhållen vård så att den här patientgruppen inte faller mellan stolarna. Det är det målet vi måste arbeta efter. Vården måste också kunna anpassas efter lokala förutsättningar.

När Hanna ska lista de mest prioriterade frågorna för SFAM hamnar bristen på allmänläkare i topp, följt av forskning, kvalitetsfrågor och fortbildning; det handlar om att stärka de allmänmedicinska institutionerna och att rekrytera fler allmänläkare till forskning i primärvården.

– En annan viktig fråga är kvaliteten i primärvården. Vår vice ordförande Ulrica Elmroth är anställd på SKL och arbetar med projektet PrimärvårdsKvalitet som nu lanseras på vårdcentraler runt om i landet.

En tredje prioriterad fråga är fortbildning, eller snarare bristen på fortbildning. Jämfört med många andra länder finns det i Sverige inga krav på att specialistläkare fortbildar sig under yrkestiden. Det saknas en struktur för hur läkares fortbildning ska organiseras, även om trycket på Sverige har ökat sedan EU antog ett moderniserat yrkeskvalifikationsdirektiv 2013.

– I dag är vardagen så pressad på de flesta arbetsplatser att fortbildningen hamnar på undantag. Vi behöver en tydligare reglering.

SFAM har länge drivit frågan om fortbildning och recertifiering enligt en norsk modell. På föreningens hemsida

kan läkare ta del av SFAM:s modell för värdering av CPD (continuing professional development).

– Det är tyvärr få som registrerar sina CPD-poäng. I Norge ställs det krav, men i Sverige är det ett frivilligt arbete. Att allmänläkaren får tid till fortbildning bygger på chefens och den individuella läkares engagemang. För att fortbildningen ska fungera krävs ett brett samarbete och att frågan hamnar högt på den politiska agendan.

"I dag är vardagen så pressad på de flesta arbetsplatser att fortbildningen hamnar på undantag. Vi behöver en tydligare reglering."

Forskning i framtiden

Om hon tittar några år framåt ser hon sig själv som forskare. Hon har en längtan att under sin läkarkarriär satsa på forskning. Kanske kommer det att handla om KOL, om beroendesjukdomar eller något annat ämne, det viktigaste är att utgå ifrån en förbättringspotential. Ett annat spännande område är överdiagnostik och överbehandling. Norsk förening för allmänmedicin har gjort ett ställningstagande och fastställt ett policydokument. Till det nordiska mötet i Reykjavik 2017 avser de nordiska länderna att skriva under ett gemensamt policydokument om överdiagnostik.

– Ett annat område som tangerar överdiagnostik är screening. I expertgrupperna som tar fram screeningprogram är det i regel en svag allmänmedicinsk representation. Det är få som tar upp nackdelarna med screening och den oro som i onödan kan väckas hos patienter.

Hanna Åsberg tar misstänkt bukaortaaneurysm som ett exempel. En patient som får veta att det finns ett bräck på stora kroppspulsådern, men att det inte är tillräckligt stort för att operera, kan drabbas av en stark rädsla för att det ska spricka. Oron till följd av screening kan leda till att patienter får en nedsatt livskvalitet och drabbas av psykisk ohälsa. Det finns en överhängande risk att

screeningprogram, om de införs brett, kan leda till att andelen ingrepp ökar med komplikationer till följd.

Uppdraget som ordförande kräver mycket tid. Vid sidan av jobbet tillbringar hon många timmar på pendlingsresor mellan hemmet i Gävle och kansliet i Stockholm. För att hämta kraft låter hon en dag i veckan vara fri från arbete. Datorn är avstängd och hon svarar endast i nödfall på jobbrelaterade samtal. Hennes sambo, katten Elliott, som flyttade in för snart ett år sedan, är också en källa till avkoppling. Hanna Åsberg tycker även om att träna, men hon är en periodare. Allt eller inget.

Musik är också viktigt. Sedan tonårstiden har hon ägnat ett stort intresse åt att spela och lyssna på musik.

– Jag spelade tvärflöjt i en orkester och i ett storband och åkte ofta på musikläger. I dag lyssnar jag på det mesta och går ofta på konserter. För närvarande lyssnar jag på Jethro Tull.

Det är ett brittiskt rockband, kända för sitt sätt att blanda hårdrock, folkmusik, medeltidsmusik, pop, jazz och blues.

– Jag är ganska bra på att känna av när jag blir trött och att ta pauser.

Det är mycket Hanna Åsberg vill åstadkomma. Hur många mandatperioder hon ser framför sig beror på det förtroende hon får och hur föreningen utvecklas.

– När jag tillträdde var det något kaosartat i organisationen. Kaos är ett bra läge eftersom det är en källa till förändring. Jag är beredd att jobba hårt, men när organisationen har satt sig kanske en mindre förändringsbenägen person ska ta över.

På frågan vad hon skulle vilja uppnå innan hon lämnar över stafettpippen svarar hon:

– Vid sidan av de frågor vi redan diskuterat skulle jag vilja se en öppnare kommunikation inom SFAM. Jag skulle vilja se att fler lokalföreningar engagerar sig, vilket inte är helt enkelt eftersom det bygger på ett ideellt arbete och många har svårt att få tiden att räcka till i vardagen. Men jag hoppas att många av de frågor vi arbetar med i SFAM konkretiseras och att förslagen omsätts i praktisk handling.

Eva Nordin
Journalist
Göteborg
eva@evanordin.com

Från kvalitetssäkring till kvalitetsutveckling

25 år med EQuIP och SFAM Q (1991–2016)

European Society for Quality and Safety i Family Practice (EQuIP) är WONCA Europas nätverk för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet. Det grundades 1991 av Prof. Richard Grol från Nederländerna, med syfte att, i samarbete med allmänmedicinska institutioner och forskningsinstitut, utveckla metoder och verktyg för kvalitetsarbete i primärvård.

SFAM:s kvalitetsråd, SFAM Q, Sveriges motsvarighet till EQuIP, startades 1991 på initiativ av SFAM:s dåvarande ordförande Mats Ribacke, som blev rådets förste ordförande.

I år, 2016, fyller både EQuIP och SFAM Q 25 år, vilket vi vill fira genom att berätta om utvecklingen av EQuIP och om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i Sverige.

EQUIP

Utvecklingen av EQuIP kan delas in i tre faser: verktygsfasen, reflexionsfasen och nätverksfasen.

Verktygsfasen (1991 – 2006)

Den här tiden arbetade EQuIP med att utveckla verktyg för att bedöma och förbättra kvaliteten i primärvården. Tanken var att all primärvård skulle kunna använda sig av verktygen.

EUROPEP (*EUROpean Patients Evaluates Patient care*) var det första verktyget som togs fram. Det är ett internationellt validerat standardiserat instrument för att mäta patienters upplevelse av sina kontakter med sin allmänläkare/sin vårdcentral. Då man i EUROPEP ville spegla de aspekter av vårdkvalitet som patienterna själva prioriterar genomfördes en enkätstudie [1] i åtta europeiska länder (Norge, Sverige, Danmark, Storbritannien, Nederländerna, Tyskland, Portugal och Israel) för att identifiera patientens prioriteringar. En systematisk genomgång av litteraturen inom området gjordes [2].

Se vidare <http://equip.woncaeurope.org/tools/europep>

International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM) är ett annat verktyg som utvecklades med bidrag från EQuIP. Det är ett organisationsutvärderingsverktyg som syftar till att stimulera mottagningens/vårdcentralens eget förbättringsarbete. *Maturity Matrix* baserades på den brittiska *UK Maturity Matrix* som utvecklades mellan 1996 och 2003 av bl.a. Glyn Elwyn.



Verktyget består av korta beskrivningar av ett antal organisatoriska dimensioner. Varje dimension beskrivs i en skala från lågt till högt utvecklad organisation. Alla medarbetare på mottagningen gör en egen värdering av var mottagningen befinner sig inom varje dimension. Därefter diskuteras resultaten i teamet tills man kommer fram till en konsensusvärdering [3].

Se vidare <http://equip.woncaeurope.org/tools/organisational-development-tools>

European Practice Assessment (EPA) är ett annat verktyg för att utvärdera och förbättra organisationen av arbetet på läkarmottagningar/vårdcentraler. EPA analyserar fem domäner: infrastruktur, medarbetare, information, ekonomi och

kvalitet och patientsäkerhet. För varje domän finns kvalitetsindikatorer. EPA kan användas för ackreditering och för att identifiera områden där förbättringar kan göras [4].

Se vidare <http://equip.woncaeurope.org/tools/organisational-development-tools>

Reflexionsfasen (2006 – 2011)

Från 2006 fick EQuIP ett nytt fokus för kvalitetsutveckling. I stället för enskilda verktyg och beslutsfattande på individnivå började man arbeta med sjukvårdssystemet och metoder för att genomföra kvalitetsförbättring. En ny vetenskap, förbättringskunskap (*improvement science*), fokuserade på småskaliga tester av förbättring/förändring genom mätning och feedback med hjälp av PDSA-cykeln, *Plan-Do-Study-Act cycle* [5].

När Tina Eriksson från Danmark blev den 5:e presidenten för EQuIP 2007 blev undervisning i kvalitet och kvalitetsförbättring EQuIP:s viktigaste uppgift. Från december 2010 till november 2012 deltog EQuIP i ett EU-finansierat projekt, *inGPinQI project* [6] vars resultat bl.a. är ett modernt teoretiskt ramverk om förbättringskunskap, en e-guidebok om implementering, nya riktlinjer för handläggning hypertoni och diabetes mellitus [7] och e-learning. Se vidare <http://ingpinqi.eu/>

Under samma period blev EQuIP:s *Summer Schools* ett formaliserat koncept för undervisning i forskning kring kvalitet och kvalitetsarbete. Det började 2009 i Tusby, Finland och fortsatte 2011 i Gent, Belgien. Under både 2013 och 2014 hölls två forskarkurser varje år, en på engelska och en på franska.

Nätverksfasen (2011 – nu)

Arbetet i EQuIP handlar nu mycket om samarbete mellan olika intressenter och nätverk snarare än att ta fram ”produkter”. Ett färskt exempel är WONCA Europas *Anniversary Research Fund project*, från vilken EQuIP fick medel under 2012–2015 till ett samarbetsprojekt kallat

Patient Empowerment in Chronic Conditions – Wonca Europe (PECC-WE). Ett gemensamt digitalt arkiv har producerats. Se <http://equip.woncaeurope.org/tools/pecc-we/wonca-2015-launch>

Patientsäkerhet är en aspekt av kvalitet i primärvård som lyfts fram som en kärnkompetens för allmänläkare [8]. Patientsäkerhet som forskningsfält har utvecklats bl.a. av flera tidigare EQuIP-delegater. Ambitionen är inte att identifiera enstaka mått på patientsäkerhet, utan att anpassa mätmetoder till lokala omständigheter och förhållanden och att låta klinikerna utveckla måtten [9].

Inom patientsäkerhet fokuserar EQuIP på läkarnas och personalens stress och utbrändhet samt konsekvenserna av detta. Personalen som second victims är ett viktigt område [10], d.v.s. det lidande som personalen drabbas av om de begår ett misstag. Problemen med att patienter utsätts för risker p.g.a. överbelastade och trötta allmänläkare och mottagningspersonal är dåligt uppmärksammat, kunskaperna inom området är begränsade och strategier saknas för att minimera risken och öka patientsäkerheten [11].

År 2015 etablerades en ny arbetsgrupp i EQuIP, en grupp för kvalitetscirkel (*Quality Circles*), ledd av Adrian Rohrbasser. Dr Rohrbasser försöker identifiera vilka kontextuella faktorer som främjar och motverkar att en kvalitetscirkel uppfattas som värdefull och givande. Att öka kunskapen om hur vi, beroende på lokala förhållanden, historia och tradition, bäst använder tillgängliga verktyg kan vara väl så värdefullt som att utveckla nya verktyg!

Det strändigt växande EQuIP-nätverket kommer säkerligen att även i framtiden spela en viktig roll i kvalitetsarbetet inom

primärvård och allmänmedicin. I maj 2016 hade EQuIP 89 aktiva och engagerade medlemmar från 25 olika europeiska länder.

Vi tycker att du ska testa vår webbplats. Vi välkomnar dig som medlem i EQuIP-nätverket där du kan delta i kvalitetsarbete och diskussioner på sociala medier och på möten på olika platser i Europa!

SFAM Q

SFAMS kvalitetsråd, SFAM Q, bytte 2011 namn till "Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet".

Rådets uppgifter är att

- utveckla metoder, modeller och instrument för god kvalitet i allmänmedicin
- bevaka, samordna, sprida kunskap om kvalitetsutveckling
- bistå allmänläkarna i kvalitetsarbetet
- värna om det allmänmedicinska perspektivet

Visionen är att allmänläkare skall inse hur givande och roligt det är att granska och tillsammans med kollegor reflektera över sin egen praktik.

SFAM Q består av ett 10-tal allmänläkare/ST-läkare från olika håll i Sverige, alla intresserade av kvalitetsarbete och patientsäkerhet. Tillsammans har vi både teoretisk och praktisk kunskap i ämnet.

SFAM Q utvecklade på 90-talet en verktygslåda för att underlätta kvalitetsarbete på vårdcentraler. Sedan har rådet utvecklat verktyget Audit, medicinska revisioner och kvalitetssystemet Kvalitetshuset. Ett flertal kvalitetsindikatorer samlades i publikationen Mål & Mått och överfördes senare till digital form i pvkvalitet.se.

Nu finns samma något modifierade indikatorer, samt några till, i det nationella systemet för stöd till förbättringsarbete i svensk primärvård PrimärvårdsKvalitet som drivs av SKL. För PrimärvårdsKvalitet tas data automatiskt ut ur journalerna och återrapporteras till de enskilda läkarna och vårdcentralerna (se även sid. 26).

SFAM Q har på sin hemsida samlat

en mängd förbättringsmetoder. Se <http://www.sfam.se/foreningen/rad/sfam-s-kvalitets-och-patientsakerhets-rad-sfam-q-metoder-forbattningsarbete>.

Centrala delar i kvalitetsarbetet är erfarenhetsutbyte. SFAM Q har under 13 år arrangerat årliga nationella välbesökta kvalitetsdagar där ett stort antal projekt redovisats liksom SFAMs ståndpunkter i angelägna frågor.

SFAM Q utser delegater till EQuIP, och SFAM Q är sedan i år också medlem i EQuIP som organisation.

1993 arrangerade SFAM Q EQuIP:s höstmöte i Sollefteå. Deltagarna kom från mer än tjugo länder. För första gången föregicks också ett EQuIP-möte av ett nationellt SFAM Q möte där de internationella deltagarna föreläste. Tre år senare träffades EQuIP på Lidingö dagarna innan WONCA Europas konferens, där flera av EQuIP-delegaterna senare föreläste.

2012 arrangerade SFAM Q ett öppet EQuIP-möte i Stockholm på temat *Use of nationally or regionally aggregated data in the local improvement processes of the practices*. Vi fann att man i många länder låg klart före Sverige beträffande regionala eller nationella primärvårdsdatabaser men att data främst används för övervakning av primärvården och för målrelaterad ersättning. Samordning av återkoppling ur databaserna och understödjande av kvalitetsförbättring är ovanligt.

SFAM Q har också arbetat med patientsäkerhet. Indikatorer för patientsäkerhet togs fram inom Mål & Mått, och patientsäkerhet var temat på Kvalitetsdagen 2011 då Aneez Esmail, allmänläkare och professor från Manchester, föreläste om sina erfarenheter från ett stort europeiskt projekt om patientsäkerhet i primärvård. Efter detta inspirerades en av konferensdeltagarna, Mikael Christiansson från Färjestaden, att översätta verktyget *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) för att förbättra patientsäkerhetskultur på vårdcentraler till svenska. Även detta verktyg finns på SFAM Q:s hemsida.

Länkar till EQuIP

www.equip.woncaeurope.org/
www.facebook.com/groups/EQuIP.WONCA/
www.youtube.com/user/EQuIP2011

EQuIP

European Association for Quality and Safety in General Practice Family Medicine

Eva Arvidsson
Primärvårdens FoU-enhet,
Futurum, Jönköping
eva.arvidsson@rjl.se

Sven Engström
Primärvårdens FoU-enhet,
Futurum, Jönköping

Lennart Holmquist
Nykvärns vårdcentral

Ulrik Kirk
EQuIP Manager, Köpenhamn

Anders Lindman
pensionär, Umeå

Kjell Lindström
pensionär, Jönköping

Leif Persson
pensionär, Umeå

Per Stenström
Medrave, Stockholm

Rita Fernholm, Boo VC, Sthlm

Jäv saknas.

Referenser

1. Grol R et al. (1999), Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Family Practice* 16(1):4-11.
2. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R (1998), A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 47(10):1573-88. PMID: 9823053.
3. Edwards A et al. (2010), Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* 23(1):8-21. PMID: 21387860.
4. Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011 Dec 13 183:E1326-33.
5. de Koning H, Verver JB, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ (2006), Lean six sigma in healthcare. *J Health Qua* 28(2):4-11.
6. InGPInQI: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology (2012). Accessed at 8th of May 2016: <http://ingpinqi.eu/>
7. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J (2014), Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract.* 20(4): 253-59. Doi: 10.3109/13814788.2013.877130.
8. *Eur J Gen Pract* (2015), Patient safety in primary care (supplement issue). 21(S1):1-77.
9. Vincent C, Esmail A (2015), Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur J Gen Pract* 21(S1):1-2.
10. Second and Third Victim Research Group (2015), *Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims*. Accessed at 18th of July 2016: http://www.segundavictimtas.es/data/documentos/segundas_victimtas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf
11. RCGP: Royal College of General Practitioners (2015), *Patient safety implications of general practice overload*. Accessed at 10th of May 2016: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx>

Framtidens vårdcentral ur allmänläkares perspektiv

Primärvården har kommit i fokus under senaste året. Googlar man på "framtidens vårdcentral" eller "primärvård" får man många napp. "Framtidens vårdcentral byggs med relationer och en digital verktygslåda" sas det på e-Hälsodagen 2015. Det är ett hett område för alla it-utvecklare. I september anordnades en heldag över detta ämne, med ringa medverkan av allmänläkare.

"Sekundärvården ska avlasta primärvården."

Västra Götalandsregionen har nu tagit fram en utvecklingsplan för framtidens vårdcentral. Den är inte riktigt lika tek-

nologinriktad. Författare är Charlotte Barouma och Göran Fälthammar som båda har över 30 års läkararbete bakom sig.

Målbilden beskrivs så här: "Jag vet var min vårdcentral ligger och dit kan jag komma när jag behöver det. Om jag behöver hjälp från annat håll så kommer vårdcentralen att hjälpa mig rätt."

Utifrån detta har man analyserat situationen och satt upp 43 förslag som kan genomföras stegvis. Så här har man punkterat ner det:

- Målet är att primärvården ska bli basen i sjukvården på riktigt.
- VG Primärvårds andel av totala hälso- och sjukvårdsbudgeten ska öka till 25 procent.
- Primärvården ska alltid vara nåbar 24/6 – förstärkt med "1177 live", dvs. en allmänmedicinskt kunnig sjuksköterska på akutmottagningarna sena kvällar och nätter.
- Inrätta ett Rättsskipande Kunskapsråd, med mandat att peka med hela handen när det gäller gränsstrider mellan primärvård och specialistvård.
- Kraftsamla kring att öka antalet allmänläkare. Det handlar om att få in nya läkare, att utbilda fler och att få dem vi har att stanna kvar.
- Ny vårdgaranti för patienter som fått remiss från vårdcentralen. Patientens



behov ska styra, inte mottagarens interna processer. Sekundärvården ska avlasta primärvården.

- Ny vårdnivå – Mobil Närvård. Primärvården behöver på olika sätt rustas inför "äldreboomen".
- Bygg upp en Regional Äldrehälsosvårdsenhet som kan växa ut till ett Regionalt Kunskapscentrum för Allmänmedicin.
- En dröm om VG-pedia, en digital sökmotor med all information man kan behöva. Vi ser gärna e-lösningar som förenklar administrativa sysslor.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se



Barouma C, Fälthammar G. Målbild Framtidens vårdcentral. Rapport och beslutsunderlag. Västra Götalandsregionen 15.6.2016.

Hoting efter Zaremba

Egentligen var det kanske i en DN-intervju 2004 det började. Där stod vi i det höstsvala vattnet utanför bastun i Rörström i Norra Jämtland och intervjuades av journalisten Maciej Zaremba om vården i glesbygden, om kvaliteten i livet, om helheter och vårdkris [1].

Då var jag distriktsläkare, anställd av Jämtlands läns landsting. Nu är jag vårdföretagare i glesbygd. Driver tre hälsocentraler med framgång, bor kvar i Hoting och njuter av livskvaliteten i att få leva just här.

Företaget heter Nya Närvården och är själva antitesen till den generella beskrivningen av ett privat sjukvårdsföretag. Nya Närvården ägs inte av ett riskkapitalbolag. Det finns inte i några storstadsområden. Det finns inga konton på Caymanöarna eller räntesnurror eller börsnoteringar i sikte.

Nya Närvården ägs och drivs av mig själv som läkare och VD. Företaget driver jag i den glesaste av svenska glesbygder, i Strömsunds kommun (till ytan lika stor som Danmark) i Norra Jämtland. Vi har hälften av kommunens invånare. Den andra hälften är listad hos min förra arbetsgivare, landstinget.

Vi går med vinst på vår halva, och landstinget går med förlust på sin halva. Det märkliga med det är att det stora politiska problemet tycks vara att vi med samma pengar genererar ett överskott, medan landstinget dras med stora underskott.

Jag startade företaget i något av ilska. Landstinget skulle lägga ner hälsocentralen i Hoting som en del av ett i raden av de sparpaket som pågår i ett ständigt flöde i ett landsting som har ett av landets största sjukvårdsunderskott.

Jag hade sett det komma, men ville inte acceptera att det var enda sättet att tänka. Jag visste redan då hur man borde

ha arbetat för att säkra tillgång till fasta läkare och personal i primärvården och inte bli uppäten av stafettkostnader. När min arbetsgivare inte ville det, så tänkte jag att jag gör det väl själv.

Det låter nog en hel del enklare än det varit. Vi jobbar i en ganska trög vårdvalsapparat där bristen på likabehandling mellan landstinget (läs Region Jämtland Härjedalen) och de privata vårdgivarna hela tiden sätter käppar i hjulet för utvecklingstakten i företaget. Avtalen med landstinget är korta, och utjämningen i systemet släpar efter. Det gäller alltså att ha god likviditet och lönsamhet i bolaget från start.

Vi kan inte gå med några underskott i rörelsen, eftersom det är våra pengar som tar slut. En hälsocentral som landstinget driver har en obegränsad checkkredit hos landstinget som hanterar underskotten.

Det finns egentligen inget som i teorin hindrar konkurrent Landstinget att bara kopiera vårt koncept och få ordning på sin ekonomi. Det finns några nyckelområden: Du måste ha fast personal, och du måste veta hur du rekryterar fast personal. Klarar du det så förbättrar du ekonomin omgående.

I Nya Närvården finns alltså bara fast sjukvårdspersonal. Jag har lagt ned hårt arbete på rekryteringarna. De som börjar jobba hos oss känner jag från start. Många av dem trivs med livsstilen som vi erbjuder i den här delen av landet. Andra trivs med det friare sättet att arbeta som vi erbjuder i ett relativt litet företag. Efter hand som vi har visat att vi växer och går bra har det blivit så att istället för att jag söker upp kandidater söker de upp mig.

Den ekonomiska kalkylen är väldigt enkel. Fasta läkare får lägga mer tid första gången de träffar en patient för att kunna lägga mindre tid senare. När det uppstår trygghet mellan patient



Nya Närvårdens personal.

Foto: Lars Boberg

Hans Boberg flyttade som ST-läkare med sin familj tillbaka till hembyn Hoting i Jämtland 1994. Under 2000-talet blev det allt svårare för landstinget att bemanna mottagningarna på småorter, och nedläggningar planerades. Vårdvalet erbjöd nya möjligheter, och 2010 lämnade Hans Boberg landstinget. Nya Närvården AB övertog lokalen i Hoting och personalen följde med. Idag finns filialer i Strömsund och Hammerdal.

och läkare blir varje återbesök kortare, men patienten upplever det tvärtom. Så i det långa loppet kan varje läkare på Nya Närvården möta fler patienter på samma tid än konkurrenten, och ändå få högre betyg i patientutvärderingarna.

Vi har hunnit få en mängd med priser för vår verksamhet. Årets Gasellföretag i länet 2015 (det mest snabbväxande företaget, Dagens Industri, red:s anm.) och Årets hälsocentral 2014 (Region Jämtland Härjedalen, red:s anm.) är bara några av dem.

Men det viktigaste för oss är såklart patienternas uppfattning om oss, och när vi får fler listade och höga betyg så är det ren glädje.

Smolken i bägaren är politiken. Landstinget regeras i dag av en S + M majoritet, som i sina uppgörelser avfärdar vårdvalet som en "ickefråga". Nationellt utreds vinststopp och etableringsbegränsningar.

Det är så oerhört svårt att förstå att den vinst vi genererar är ett större problem än de underskott som landstinget själva åstadkommer. Vi vet ju att om Nya Närvården inte fanns skulle det sätt som landstinget driver sin verksamhet betyda stigande miljonförluster bara i Strömsunds kommun.

Hans Boberg
Nya Närvården, Hoting
hans.boberg10@gmail.com



Foto: Lars Löberg

Jäv: Hans Boberg är delägare i och vd för Nya närvården AB.

Referens

1. Lyssna på hjärtat i Hoting. Maciej Zaremba, DN 4.12.2004 <http://www.dn.se/kultur-noje/lyssna-pa-hjartat-i-hoting/>

Varningsbilder på tobak nu på svenska butikshyllor

Cigarettpaket med varningsbilder har börjat dyka upp på butikshyllorna runt om i Sverige och senast 20 maj 2017 ska alla paket ha det nya utseendet.

Sedan den 20 maj i år ska förpackningar för cigaretter och för rull- och vattenpipetobak ha så kallade kombinerade hälsovarningar, det vill säga hälsovarningar i text och bild. Varningarna ska täcka 65 procent av paketens fram- och baksidor. Paketerna ska även ha varningstexter på kortsidorna. Förändringen är en följd av att Sverige, liksom övriga EU-länder, nu genomför EU:s nya tobaksproduktdirektiv.

Direktivet och de nya bestämmelserna i den svenska tobakslagen säger också att tobaksvarans förpackning eller själva tobaksvaran inte får innehålla information om innehållet av tjära, nikotin eller kolmonoxid. Bakgrunden till

denna ändring är att sådan information har visat sig missleda konsumenterna, som felaktigt kan tro att låga halter av vissa ämnen gör produkten mindre farlig att röka.



Tillverkarna får sälja slut sina lager av produkter med den gamla typen av förpackning fram till 20 maj nästa år, något som vissa tillverkare nu har hunnit göra. Sedan slutet av augusti har allt fler cigarettpaket med stora hälsovarningar med avskräckande bilder kommit ut på marknaden. Under bilderna finns ett gult fält med text om att Sluta-Röka-Linjen kan hjälpa dem som vill sluta.

Helene Wallskär
Redaktör
www.tobaksfakta.se
helene@mediaproduktion.se

Prenumerera gärna på vårt kostnadsfria nyhetsbrev om folkhälsa och tobakspolitik! www.tobaksfakta.se

Annons

Ingvar Krakau – allmänläkare och katedralbyggare

Ingvar Krakau är en allmänläkare som de flesta hört talas om. Han har varit ansvarig utgivare för tidningen AllmänMedicin i över trettio år och har som vårdcentralschef, forskare och kunskapsförmedlare följt allmänmedicinens utveckling sedan 70-talet. Han är bekymrad över dagens primärvård, gillar inte byråkrati och vill ge professionen mer makt.

AllmänMedicin har haft samma utseende sedan starten 1983. Föregångaren, SFAM-Nytt, var ett tunt blad, tillkommet 1979 på initiativ av allmänläkaren Christer Gunnarsson, vid denna tid SFAM:s ordförande (se sid 46).

Ingvar Krakau är sedan mer än 30 år ansvarig utgivare för AllmänMedicin men har bara någon enstaka gång varit med om att behöva stoppa en artikel. Han säger sig vara nöjd med tidningen och lovar prisar chefredaktören, Ingrid Eckerman, för hennes redaktionella arbete.

Som tema för den här intervjun föreslår Ingvar Krakau själv ett citat av Henrik Tikkanen: *Den som inte kan se framåt, och den som inte vill se bakåt, måste se upp!*

Då börjar vi med bakåt. När är du född?

– I boken "Liftarens guide till galaxen" kommer man fram till att livets mening är fyrtiotvå. Just fyrtiotvå. Det säger något om mig. Antingen är jag fyrtiotvå år,

eller så är jag född 1942, eller så är det något helt annat...

Det var ett kryptiskt svar!

– Ja, men uppgiften om ålder stänger in människan. Därför undviker jag den.

Frågor om familjen fungerar bättre. Ingvar Krakau har fyra barn och sju barnbarn. Frun är allmänläkare, geriatriker och sekreterare i Läkare mot kärnvapen.

– Således har hon fått nobelpriset! påpekar Ingvar Krakau stolt.

En grov gissning är att Ingvar Krakau uppnått pensionsåldern. Men saknar arbetsuppgifter gör han inte. Han är tillsvidareanställd av Bonnier Business Media som medicinsk redaktör för det elektroniska kunskapsstödet Medibas. Han är också anknuten forskare vid enheten för klinisk epidemiologi på Karolinska institutet och handleder doktorander.

Är du specialist i allmänmedicin?

– Jag är allmänläkare. På toppen. Och i botten är jag medmänniska, säger han och skrattar.

– Jag började min specialistutbildning med internmedicin men bytte senare till allmänmedicin. Bland annat för att jag förstod att primärvård rymmer en ständig källa till kunskapsutveckling, ett "växande slott", som Strindberg sade.

Så sjukhuslivet lockade inte?

– Nej, men jag har alltid varit vän av

Vet du vem Ingvar Krakau är?

Fyra slumpvis valda allmänläkare fick svara på frågan "vet du vem Ingvar Krakau är?"



Håkan Garli
allmänläkare,
Frösön:

"Känner igen namnet, men kan inte placera honom"



Birgitta Wärdell
allmänläkare
Östersund

"Namnet klingar bekant"



Staffan Ekedahl
allmänläkare
Jönköping

"Docent i allmänmedicin och jobbat som chef i Sollentuna, tror jag. Och involverad i Medibas."



Lena Lilja
allmänläkare
Brunflo

"Honom har man hört talas om – massor av gånger."



Ingvar Krakau.

Foto: Gösta Eliasson

samarbete mellan sjukhusspecialisterna med sina smala områden och allmänmedicinare med sitt breda perspektiv. Både ögats tappar och stavar behövs för att kunna se ordentligt. Och i sjukvården behövs både det skarpa tunnelseendet och det breda omvärldsseendet.

Du är docent. Vad handlade din avhandling om?

– Om en kärnfråga, nämligen om vad som händer om politikerna beslutar sig för att bygga ut primärvården. Det skedde faktiskt under de gyllene decennierna under 70- och 80-talet.

Vad anser du vara en bra allmänläkare?

– Det är en välutbildad, ostressad läkare som förfogar över sin tid. En som fortsätter fortbilda sig och som odlar sin nyfikenhet. Och som inte låter andras prioriteringar döda livskraften. Du har väl hört om den där stämpeln som Gunnar Biörck skaffade sig? När det kom byråkratiska påbud tog han fram stämpeln och på den stod det "I h-e heller!".

Har du någon förebild?

– Ja, flera. Inte minst Gösta Tibblin, en gång professor i socialmedicin i Umeå. Han ringde mig när jag var vårdcentralschef i Sollentuna och bad att få komma och jobba som distriktsläkare, vilket han också fick. Det var jag som lockade honom till allmänmedicinen!

Vem anser du ha makten i sjukvården?

– Sjukvårdsministern, formellt. Men informellt är det Läkarförbundets ordförande, Heidi Stensmyren. Hon har pregnans, energi och hög impakt på sjukvården.

Du nämner inte SKL?

– Nej, för när man åker upp med hissen i SKL-huset, så är det som om tiden går långsammare och långsammare. Alltför lite händer där. Och skulle något särskilt hända, så blir det snart begravt i papper.

Man talar om primärvårdens kris.

Vad bekymrar dig mest?

– Återväxten. Den entusiasm som fångade mig på 70- och 80-talet har ersatts av modlöshet, en förtvivlan. Unga kollegor frågar sig om de verkligen ska fortsätta när kontinuitet och avgränsning är en omöjlighet. Jag är allvarligt bekymrad över kårens, jag ska inte säga förfall, för det vore att döma ut goda människor,

men förutsättningarna för att kunna göra gott har minskat.

Hur skulle det kunna bli bättre?

– Uppdraget måste begränsas, det är avgörande. Läkare och patienter behöver hitta tillbaka till varandra.

Hur ser du på kunskapsutvecklingen?

– I Sollentuna insåg jag att alla läkare måste vara delaktiga i kunskapsbygget och förmedla det vidare. Tänk på stenhuggare. Några lider i den varma solen och frågar sig varför de hugger sten. Andra tänker: vi håller på att bygga en katedral! Allmänläkare bygger en stor, gemensam katedral av kunskap.

"Läkare och patienter behöver hitta tillbaka till varandra."

Ingvar Krakau menar att våra kunskaper utvecklas i vardagsarbetet. Läkare ger sin patient en medicin efter bästa möjliga evidens. Vad händer om patienten inte reagerar som förväntat? Då uppstår ett delta-värde, en differens mellan faktiskt och förväntat. Just i den differensen, säger Ingvar Krakau, ligger fröet till ny kunskap. Där ligger också en fråga till forskningen som gör att vi formulerar hypoteser som sedan "förvetenskapligas" genom studier i primärvården. Den blir då ett "fångsnät" för kunskap.

Men den växande byråkratin är ett hot. Han tar som exempel de akademiska vårdcentralerna i Stockholm.

– De måste få växa av egen kraft och bygga på lusten att utveckla och inte på administrativ styrning. Och så måste de som arbetar på golvet ha rimliga förutsättningar för att kunna delta i FoUU. Så är det inte riktigt nu

Ingvar Krakau talar mycket och länge om kunskap och medicinsk vetenskap. Är då allmänmedicinen en naturvetenskaplig disciplin?

– Ja, men allmänläkare måste också vara humanister för vi har med människor att göra. Det ena förutsätter det andra. Läkare får inte allmänhetens förtroende om de inte bygger sina beslut på gedigen kunskap. Och vi är ju legitimerade läkare, inte legitimerade humanister.

Hur ser du på begreppen patient- och personcentrering?

– Finns det egentligen något mervärde i dessa ord? Om man ser sin patient som en lidande och orolig medmänniska, så räcker väl det? Varningsflagg för administrativa ord!

Kan man göra något för att sätta patienten ännu mer i centrum?

– Ett sätt vore att uppmuntra till att driva vårdcentraler i stiftelseform så att ändamålet god vård övergår från att vara bisak till att bli huvudsak. Således en tredje väg utöver offentlig och bolagsfinansierad vård.

Ingvar Krakau är knuten som medicinsk redaktör för Medibas, ett kommersiellt kunskapsstöd för primärvården. Men nu håller SKL på med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd av liknande typ. Ingvar Krakau är skeptisk.

– Det låter byråkratiskt. Man behöver inte uppfinna hjulet två gånger. Och de som nu tar fram "Stor-VISS" har själva medgett att de inte kommer att kunna konkurrera med etablerade kunskapsstöd.

PrimärvårdsKvalitet är ett annat hjälpmedel som SKL står bakom som ska göra det lättare att följa upp kvalitet. Att använda datajournalen på ett smart sätt är dock en professionell fråga och inget för SKL, säger Ingvar Krakau.

– Jag hoppas att PrimärvårdsKvalitet inte blir ett byråkratiskt verktyg. Kvalitet uppstår i mötet med patienten. Sådana hjälpmedel måste utgå från professionen.

Till slut, vilket råd vill du ge till SFAM och dess ordförande?

– SFAM måste säga ifrån! En stämpel med "I h-e heller!" är inte så dum. Heidi Stensmyren verkar ha en sådan stämpel. Försök rekrytera yngre kollegor. Och ordföranden, Hanna Åsberg, kanske borde liera sig med Heidi Stensmyren. Det är ett problem även för Läkarförbundet att primärvården är eftersatt.



Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Tre dagar om grön sjukvård

CleanMed Europe 2016

Under tre dagar fylldes WHO:s konferenslokaler i Köpenhamns hamn av delegater från hela Europa. Det var CleanMed Europe 2016 som diskuterade hur sjukvården kan minska sitt jättelika ekologiska fotavtryck.

Hälsovård som inte skadar

Konferensen anordnades av Health Care Without Harm, en non-governmental organisation som grundades i USA på 1990-talet. Miljöaktivister insåg att sjukvården skapade miljöproblem och därmed sjukdomar. Dioxiner från förbränningsanläggningar, kvicksilver från termometrar, biocider och astmaframkallande kemikalier för städning samt tungmetaller från elektronikskrot är några exempel på vad man började med. Senare tillkom fossila bränslen, hälsofrämjande byggnader, mat och läkemedel.



"You cannot have healthy people on a sick planet." Gary Cohen, HCWH:s grundare och ordförande.
Foto: Ingrid Eckerman



Sofia Lindegren, AT-läkare i Stockholm, Läkarförbundets arbetsgrupp för klimat och hälsa.
Foto: Ingrid Eckerman

Jag var med i Stockholm 2006 och i Malmö 2012. Konferensen har blivit större, mer målmedveten och mer professionell. Intrycket är att sjukhusledningarna i hela Europa är djupt involverade i att göra sin verksamhet mer grön.

"En liten organisation kan vara som en väldigt irriterande hackspett."

Liksom tidigare var det många svenska deltagare. Jämfört med andra länder har vi kommit långt. Stockholms läns landsting presenterade sitt mångåriga miljöarbete. Jegrelius (numera Jämtlands läns landsting) och Karolinska institutet har tagit fram pvc-fria blodpåsar – nu gäller det att få någon som marknadsför dem. SLL:s nya databas om läkemedels miljöpåverkan på janusinfo.se presenterades, den finns även på engelska. LIF belyste läkemedelsföretagens roll. Möjligheterna till grön upphandling diskuterades.

Läkemedel i miljön

Eftersom jag varit involverad i frågan om läkemedel och miljö sedan 1997 [1] ägnade jag mig huvudsakligen åt sådana frågor.

Läkemedel i avloppsvatten har visat sig vara en komplicerad fråga. Vi tycks skapa mer resistens i reningsverken än på sjukhusen.

Vi behöver använda alla medel att minska läkemedel i vatten: produktion, avfall, avloppsvatten, patienternas konsumtion. Det anses dock att tillgången till läkemedel inte får begränsas. Möjligheterna att fastställa om patienten är en snabb eller långsam metaboliserare måste användas mer. Metoden kommer dock aldrig att finnas för alla mediciner, och därför är riskbedömning av läkemedel viktigt.

SwedWatch visade bilder från läkemedelstillverkning på verkstadsgolvet i Sydostasien. Hur kan man upphandla bra arbetsvillkor, miljömässigt och soci-

alt hållbar tillverkning? "Månadens vara" tar hänsyn bara till priset, inte till hur tillverkningen sker.

Att involvera läkare i miljöarbetet

Ett genomgående mantra under konferensen var "hur får vi med läkarna?" Intresset var därför stort när vi tre från Läkartillsammans hade vår presentation "The challenge of motivating doctors to develop sustainable healthcare". Här beskrevs vi först LfM:s arbete med läkemedel, som bidragit till att frågan lyfts till svensk, sedan EU- och slutligen FN-nivå, därefter hur föreningen arbetat med klimatfrågan och sist arbetet i Läkarförbundets arbetsgrupp för klimat och hälsa.

Vi kunde, tillsammans med åhörarna, konstatera att det är svårt att få läkare förstå och engagera sig i folkhälso- och miljöfrågor, men även att en liten grupp hängivna personer kan påverka skeendet. "En liten organisation kan vara som en väldigt irriterande hackspett."

Ingrid Eckerman
Styrelseledamot
Läkare för Miljön

ingrid.eckerman@lakareformiljon.se

Referens

1. Eckerman I, Martineus JC. Läkemedel och miljö. Vad vet vi idag? En kort analys av dagens kunskapsläge. Stockholm: Läkartillsammans, 1997.

**Hållbar utveckling
ger bättre folkhälsa**

Läkare för Miljön bildades 1991 och har fortfarande cirka 250 medlemmar. Alla verksamma inom sjukvården är välkomna som medlemmar.
www.lakareformiljon.se

Gamla tidningar väcker minnen

I ngvar Krakau (sid. 43) har varit AllmänMedicins ansvarige utgivare i över 30 år. Han letade fram historiska nummer ur sina gömmor.

1979 kom första numret av SFAM-nytt ut. Det var stencilerat – dvs. maskinskrivet på ett vaxat papper som perforerades av bokstäverna. Detta papper lindades kring en vals. När man vevade trycktes färg (som luktade starkt av lösningsmedel) genom perforationen ut på ett papper. Det hörde till vardagen för (politiskt) aktiva att

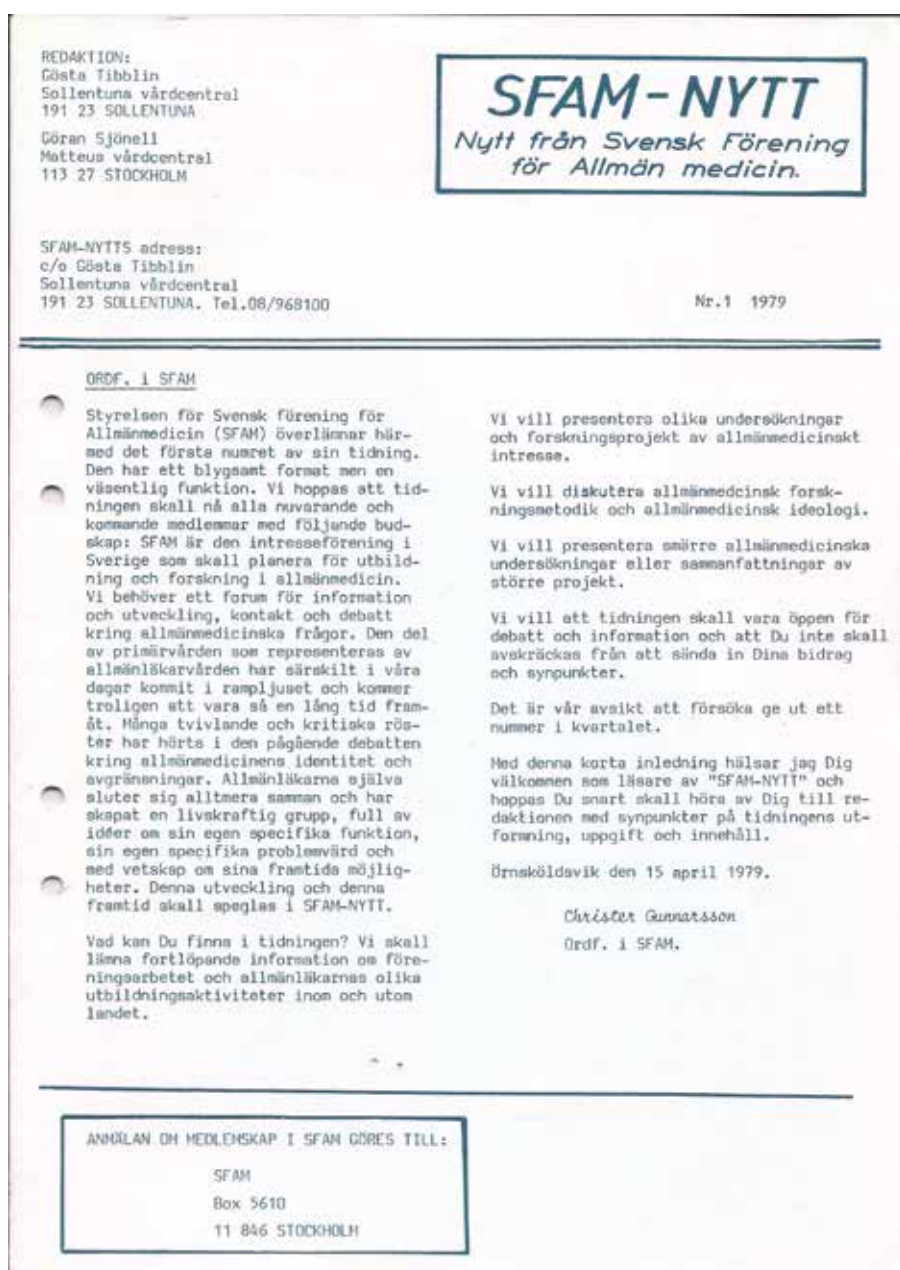
veva stencilapparat och klistra kuvert.

I första numrets ledare av Göran Sjönell och Gösta Tibblin påpekades ett växande gap mellan tilldelning av resurser till sjukhusen (som ökade) och till primärvården (som inte ökade). Fortfarande högaktuell obalans för dagens allmänläkare en generation senare. Allmänmedicinens (ännu marginella) roll inom utbildning och forskning diskuterades på flera sidor. Detta var långt före de allmänmedicinska institutionernas tillkomst. Begreppet hus-

läkare hade nyligen lanserats i en statlig utredning. Det var då ännu inte självklart att allmänläkaren med bred kompetens skulle vara basen i primärvården.

Jag letade i mina skrivbordshögar, där låg det tredje numret av SFAM-nytt, 1-1980, som Kenneth Widäng i Boden sänt mig. 12 sidor, ordentligt tryckt – men ingen lagstadgad uppgift om tryckeri, ansvarig utgivare mm.

Till min stora förvåning hittar jag där en artikel skriven av mig! Den hand-



lar om innehållet i FV-blocket, fortsatt vidareutbildning, föregångare till specialistutbildningen. En del av det jag pläderar för skakar jag på huvudet åt, som att minska tjänstgöringen vid vårdcentral till 12 månader. I andra fall var jag framsynt, som när jag tyckte en viss valfrihet borde finnas och att man skulle vara en eftermiddag i veckan på sin vårdcentral.

Ingvar Krakau hittade även det första numret av AllmänMedicin 1-1983, som SFAM-Nytt sedan dess heter. Nu är tidningen mer påkostad med färgtryck. Här finns bl.a. flera artiklar om lokal FoU inom primärvården i Sverige. Det var en tid av växande entusiasm för

vetenskap i den vanliga primärvården.

Motpol

En annan tidskrift, läst av många allmänläkare var Motpol, tidskrift för sjukvårdsdebatt. Den hade sitt ursprung i Medicinska föreningens tidskrift (MFT) i Stockholm där studentaktiviteterna 1968 omfattade även medicinerna. Här debatterades, med klar vänsterinriktning, allt som hade samband med hälso- och sjukvård. Även tidningen debatterades i olika forum.

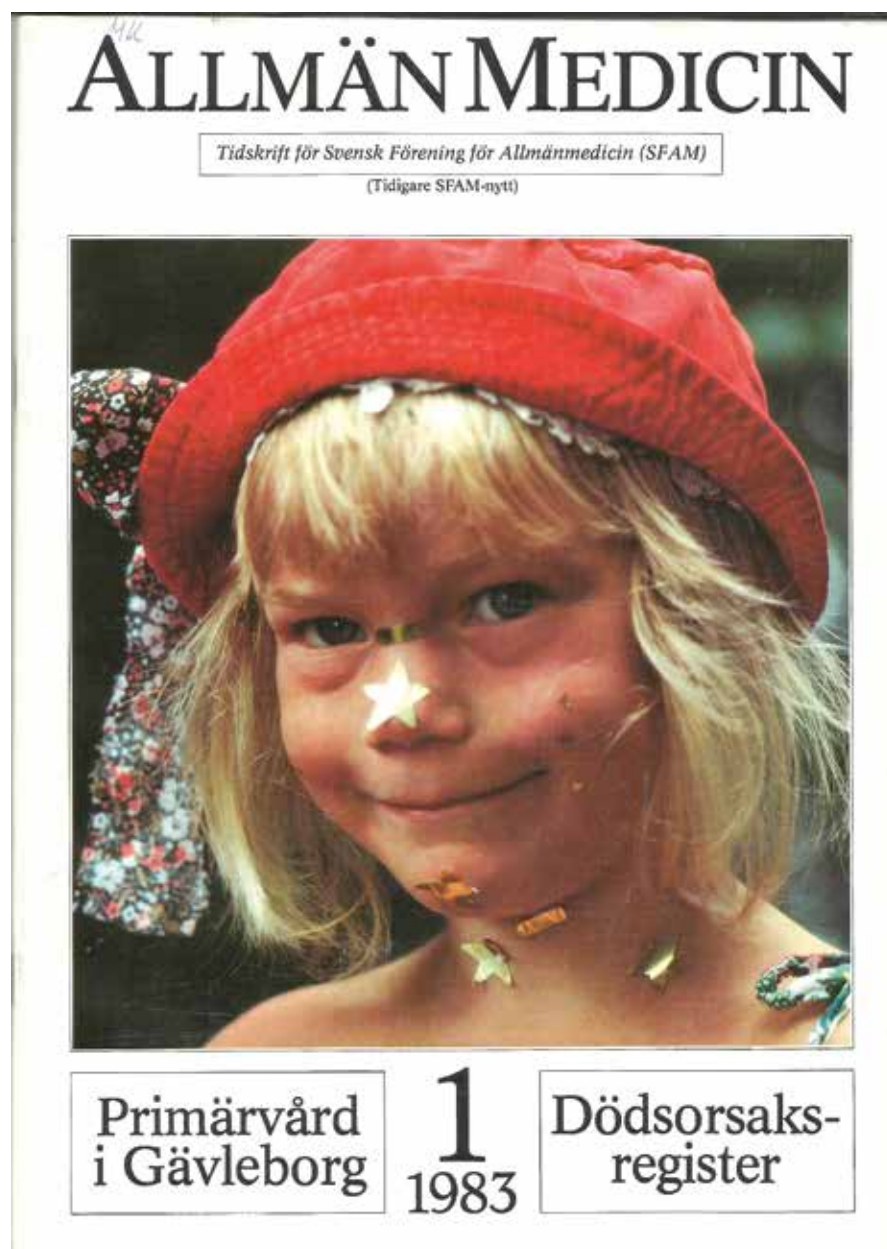


Kenneth har sänt mig det sista numret från 1996. Ordföranden för föreningen Motpol var då en viss Peter Nilsson i Skåne, väl känd som ordbytare och allmänmedicinsk forskare. Han skriver om hur viktigt hans engagemang i Motpol var för utvecklingen av hans kritiska tänkande.

Föreningen Motpol finns kvar men är passiv. Den återuppståndna Socialistiska läkare gjorde ett försök att återstarta tidskriften. På nätet är namnet övertaget av en konservativ tankesmedja "höger om åsiktskorridoren".

Ingvar Krakau
Ansvarig utgivare

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se





NYGP – nytt nätverk för unga allmänmedicinare i Norden

I oktober 2016 åkte 13 unga allmänläkare till Island för att lägga grunden för ett nytt nordiskt samarbete – Nordic Young General Practitioners (NYGP). Från Sverige som representanter för SFAM:s ST-råd deltog Jenny Öhman från Lund och Ulrika Nyhammar från Karlstad (undertecknade). Deltog gjorde också Ulrik Bak Kirk som arbetar som projektledare för utvecklingen av nätverket.

Syftet med mötet var att lägga grunden för detta nya nätverk av unga allmänläkare från de nordiska länderna, dvs. Finland, Sverige, Norge, Danmark (inklusive Grönland), Färöarna och Island. Alla länderna fanns representerade vid mötet av ST-läkare och nyblivna specialister. Kongressen anordnas av Nordic Federation of General Practice (NFGP) som också är moderorganisation för NYGP. NFGP arbetar främst med vetenskap och professionell utveckling och förestår även tidskriften *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Det var spännande att få dela erfarenheter med läkare från andra länder och vi frågade ut varandra om specialistutbildningen och de olika systemen för primärvård. Vi kunde dra slutsatsen att det finns stora skillnader vad gäller båda och att det finns för- och nackdelar med alla. Flera av mötets deltagare är engagerade i Vasco da Gama-rörelsen och kunde bekräfta att primärvården i de nordiska länderna i flera avseenden står inför liknande utmaningar.

Spridningen bland deltagarnas förutsättningar i sitt vardagliga arbete var stor och sträckte sig från extrem glesbygd på östra Island till Helsingfors innerstad. Teman som diskuterades var bland annat rekrytering och primärvård i glesbygd. Ett gemensamt intresse var också kärnan i allmänläkaryrket. Vad ska vi göra och vad ska vi inte göra inom primärvården? Hur behåller man glöden i sitt arbete under ett helt yrkesliv? Hur kan vi verka för att primärvården ska få en starkare ställning och därmed avlasta hela hälso- och sjukvårdssystemet? Det fanns vid mötet också



Bakre raden från vänster: Jytta Friang (Färöarna), Kalle Saikkonen (Finland), Tiina Vuorio (Finland), Gudny Gróu Og Ásgirsdóttir (Island), Elisabeth Stura (Norge), Fanney Vigfúsdóttir (Island), Kasper Lorenz Johansen (Danmark). Mittraden: Jenny Öhman (Sverige), Katrina Tibballs (Norge), Gudrun Sigurdardóttir (Island). Främre raden: Joan Smidt Skibenaes (Färöarna), Ulrika Nyhammar (Sverige), Christina Svanholm (Danmark).

en samsyn kring ett salutogent synsätt inom primärvården.

Inriktning mot akutsjukvård sågs som en möjlighet till rekrytering av unga läkare till allmänläkaryrket, liksom möjlighet att bedriva sin verksamhet på olika sätt – statligt, landstingsdrivet, eget företag eller inom det privata. Flera av deltagarna var vetenskapligt engagerade och det fanns också stort intresse för kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsfrågor. De flesta var i olika utsträckning aktiva i undervisning av yngre kollegor.

Så vad blev utkomsten av mötet utöver utbyte av erfarenheter och tankar kring primärvård? Visionen för NYGP ska vara just detta: en plattform för utbyte av idéer, erfarenheter, kunskap och professionella färdigheter mellan unga läkare i de nordiska länderna. Samarbetet riktar sig till allmänmedicinintresserade läkarstudenter och AT-läkare, ST-läkare inom allmänmedicin och specialister under de första fem åren efter att specialistkompetens uppnåtts. Hur ska det göras rent praktiskt?

I första hand ska NYGP organisera Nordic Pre-Congress of General Practice med syfte att facilitera utbyte av klinisk erfarenhet och kunskap samt ge möjlighet för besök och auskultation inom primärvården i våra grannländer. En andra uppgift kommer att vara att vartannat år ordna Nordic Seminars of Primary Health Care med inriktning på kliniska färdigheter och professionell utveckling. Förhoppningen är också att NYGP ska kunna fungera som en politisk kraft för att stödja en positiv utveckling för primärvården i hela Norden.

Vi hoppas att vi ses i Reykjavik i juni 2017 för att dels njuta av samvaro och utbyte med våra nordiska vänner, men även ta del av det spektakulära Island och dess mossbelupna lavafält, som vi är övertygade om är hemvist för både älvor och troll.

Jenny Öhman
ST-läkare
VC Sankt Lars, Lund
jenny.ohman@me.com

Ulrika Nyhammar
ST-läkare
VC Gripen, Karlstad



Welcome to the 20th Nordic Congress of General Practice

June 14 – 16 2017
Reykjavik Iceland



Félög íslenskra heimilislækna
The Icelandic College of Family Physicians



UNIVERSITY OF ICELAND
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE





The Nordic Congress, Island 2017: From the core

The 20th Nordic Congress of General Practice will be held in Reykjavik, June 14-16th 2017 under the theme "From the core, changes and challenges in Primary Care".

We look forward to host the congress where we will explore and discuss what Family Medicine in the Nordic countries is all about.

What have we been doing in the past and where will the future bring us? Is Family Medicine changing or is it still the general practice from the core?

Is Family Medicine the heart of medicine with the doctor – patient relationship in the center? Is that where we should keep our focus and look for the answers, as clinical research networks in the Nordic countries have been doing?

Are we doing no harm and helping our patients towards health and happiness, or is less medicine more health as Gilbert Welch has talked about?

Are general practitioners the patients' advocates they claim to be? Or are they playing parts in sexed-up medicine, where patients have been turned into customers like Margaret McCartney has discussed?

Those questions and many more will be addressed. We are excited to welcome our Nordic colleagues to Reykjavik next summer.

The Icelandic Congress Committee



"Pigen Isafold taler med raven og har lyst til å flyve sammen med han over Isafold (Island). De har samme språk og forståelse." Målning av Guðrún Hreinsdóttir. Från AllmänMedicin 2-2015.

Anmäl dig till kongressen på www.nordicGP2017.is. Reducerat pris t.o.m. 14 mars 2017.

Fortbildningssamordnare möttes i Östersund

I Sverige finns ett nätverk med ett trettiotal kollegor som på ett eller annat sätt ansvarar för allmänläkares fortbildning. I år välkomnade Östersund och Jämtli-museet dem till årets höstmöte. Karin Alverlind och Birgitta Wärdell stod för värdskapet och Vårdval Region Jämtland för konferenskostnaden.

Efter en inledande presentation av primärvården i Jämtland genomfördes den sedvanliga "landsrundan". Lena Lilja, lokal ST-studierektor, berättade sedan inspirerat om hur hon ser på ST-utbildning, fortbildning och lokala kurser.

Per Wahlstedt, utredare från Sveriges Läkarförbund, kunde berätta att man är i slutfasen av den omfattande analysen av årets fortbildningsenkät och att det ser ut att ha blivit ännu sämre med tiden för allmänläkarnas externa fortbildning.

Helen Magnusson, samordnare i Blekinge, driver för närvarande ett projekt för SFAM i form av en enkätundersökning, riktad till fortbildningssamordnare, bland annat med frågor om förutsättningar, arbetssätt, organisation mm.

Hanna Åsberg, SFAM:s ordförande, deltog under hela mötet, lyssnade och delgav deltagarna sin syn på allmänmedicinsk

fortbildning. "Vad kan SFAM göra för att stärka fortbildningssamordnarnas roll?" var en viktig fråga som kom upp under diskussionen.

Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Bakre raden, fr. v: Christina Green Thomas, Jämtland; Karin Alverlind, Jämtland; Birgitta Wärdell, Jämtland; Anna Beck, Norrbotten; Staffan Ekedahl, Jönköping; Per Wahlstedt, Läkarförbundet; Hanna Åsberg, Gävleborg
Framre raden: Helen Magnusson, Blekinge; Zigge Freijs, Dalarna.



ASK-brev november 2016

Så har vi haft höstens ASK-seminarium på ståtliga Stjärnholms slott. Höstsolen strålade och promenader rymdes i schemat. Med erfarna allmänläkare som deltagare blir diskussionerna givande, inte minst runt middagen i medeltida källarvalv.

Under året har vi haft fyra ASK-processer i gång. I Allmänmedicin 3-2016 skildrade Lena Agnebjör och Gunilla Byström sina upplevelser av ASK. I arkivet finns fler artiklar, och ytterligare några finns på SFAM:s hemsida, för dem som vill fördjupa sig.

Under seminariet presenterade sig tre kollegor – Micael Elmersson, Annika Larsson och Lars Carle. Deras mentorer var Anders Fredén, Robert Svartholm och Ulf Måwe. Vi fick en god insyn i processerna och deras reflexioner om allmänmedicinsk kompetens och kompetensvärdering. Det är ett understatement att deras vardag ser olika ut! Är det samma specialitet vi talar om? Är det samma kompetens som behövs?

Kompetensvärderingsverktyg

De tre ASK-deltagarna hade använt de flesta av de utprovade verktygen i sina processer. Den gemensamma erfarenheten – frånsatt att alla prioriterat olika – var att dialogen runt dessa var den viktiga. Täta och utförliga mail, telefonsamtal och dialog på praktikdagen var det som gav mest. Dialogen gav stadga i "försöken att hålla kurs i en turbulent vardag" – eller "gav trovärdighet i att fortsätta med det jag vill gå vidare med". Verktygen är ambitiöst utformade och utprovade i examenssammanhang, men används mer fritt och översiktligt i ASK-processen.

Självvärdering

Utifrån de olika kliniska verkligheterna blev det tydligt att den centrala komponenten i "revalidering" (recertifiering) är den egna självvärderingen satt i relation till mentorns reflexioner.

Att värdera sig själv kräver reflexion och eftertanke. Att bli sedd av en erfaren kollega i den egna vardagen kan fungera både som bekräftelse och väckarklocka och utvecklar självvärderingen. Självklart kan det ses som "hotfullt" att bli "granskad" – men det finns all anledning att utföra processen bilateralt, ömsesidigt, och hotet är en rimlig utmaning. Tidigare rekommenderade SFAM Q "triangelrevision", som en annan metod för utveckling.

Revalidering

Ett viktigt inslag i årets seminarium var dialogen med SFAM:s styrelse. Hanna Åsberg och Gösta Eliasson deltog aktivt i diskussionerna.

Vi gick från *recertifiering* till *revalidering* som beskrivning av vårt arbete. Valideringen blir en bättre rubrik i vår postmoderna tillvaro. Det är inte bra med en alltför "postmodern" primär-

Årets deltagare var Robert Svartholm, Ulf Måwe, Karin Lindhagen, Cecilia Ryding, Annika Larsson, Micael Elmersson, Lars Carle och Anders Fredén. Saknades gjorde Lena Agnebjör, Gunilla Byström, Henrik Åhsberg och Joel Freilich.



vård om det allmänmedicinska innehållet kommer bort. Detta behöver revalideras utifrån vår specialistkompetens.

SFAM:s hemsida, det nya ULF-projektet och det kommande idéseminariet diskuterade vi.

I den tidiga ASK-processen använde vi ett verktyg (rekommenderat av SFAM Q) som hette EUROPEP, en patientenkät som skulle spegla läkarens kompetens (patientens upplevelse av läkarens förmåga att klara sitt uppdrag). EUROPEP ligger till grund för inslag i Nationella Patientenkäten. Nu är det dags att modernisera detta verktyg för patientåterföring. Statsbidraget ska delvis användas för att utveckla denna metod utifrån den engelska modellen GMC Multi-Source Feedback Questionnaires. Arbetet sker av allmänläkarna Jan-Eric Olsson och Helena Schildt-Tossman vid APC vid KI (se AllmänMedicin 3-2016 s. 27). Det går att få delta i det arbetet – eller använda gamla "EUROPEP" för att få en bild av hur patienterna upplever vår insats.

Framtiden

ASK som revalidering verkar fungera. Erfarenheterna från årets ASK-deltagare var väldigt positiva, och utvecklingen kan fortsätta. Validering av våra kunskaper, vår kreativitet och vår kompetens blir allt viktigare – vi lever ju i ett kunskapssamhälle. Just nu avslutar våra tre ASK-deltagare sina processer, förhoppningsvis klara till kongressen i vår.

Till hösten 2017 blir det ett nytt ASK-seminarium. Redan nu kan intresserade höra av sig, börja reflektera och söka kontakt med lämplig ASK-mentor. Räkna med två seminarier, några timmars sammanställning av ett "CV" och ett antal kvällars reflexion och maildialoger. Det är det värt – att definiera sin allmänmedicinska kompetens och skapa en plattform att gå vidare på i det livslånga lärandet. Konkret skapar detta stadga i medarbetarsamtal på enheten och inför fortbildningsplaneringen.

Robert Svartholm
Björknäs hälsocentral, Boden
polarull.svartholm@telia.com





ST-dagarna i allmänmedicin 2016

Kalmar i strålände septembersol, med utsikt mot Ölandsbron. Kalmarsalen i den pampiga ångkvarnen där även Kalmar läns museum ryms, bara några bilrader från kajkanten. Promenaden till lunchen nära Kalmar domkyrka, som saknar såväl torn, tupp som kors. Mingelfesten på konstmuséet med möjlighet till guidad konstvandring i sena kvällen. Det högljudda bifallet då examinanderna fick sina diplom under festmiddagen.

För en senior som chefredaktören var det en hisnande upplevelse att plötsligt vara bland så många unga kollegor. Som tur var fanns det några till från det äldre gardet där – på 70-talets FV-kurser lärde man känna i stort sett alla blivande allmänläkare i hela Sverige.

ST-dagarna kom till under den period på 2000-talet då man insåg behovet av allmänläkare och inrättade Fammi (Familje-medicinska institutet). ST-läkare uppmuntrades att ta tag i sina utbildningar själva och forma dem efter sina egna behov.

Programmet på årets ST-dagar var extensivt, och här ges endast glimtar.

Ingvard Wilhelmsen är professor i Bergen med hypokondri som specialitet. Han föreläste på norska utan en enda bild och fick publiken att skratta.

Sina katastroftankar kan man skriva ner på en lapp, lägga i en ask för att sedan ta itu med tankarna man kan göra något åt. Som exempel gav han kung Harald, som sover gott om natten för att vara mätt och utvilad om något skulle hända. Oron och planeringen för terrorbrott lämnar han över till expertisen.

Kung Harald sade också efter sin operation av blåscancer ”jag är frisk tills motsatsen är bevisad”. En hypokondriker säger tvärtom. Hen är inte villig att vara dödlig.

Du kan inte välja om du är frisk eller sjuk. Men du kan välja att tvivla eller tro på om du är frisk eller sjuk. Han jämförde med svartsjuka – du kan välja att lita på partnern trots att det aldrig går att vara helt säker.

Det mesta i livet har vi inte kontroll över. Det gäller framför

allt döden. Vi ska använda livet för att leva – inte för att undgå döden. Våra extra levnadsår får vi på slutet, när vi är gamla, grå och skröpliga – inte när vi behöver dem.

Åke Åkesson, Borgholms vårdcentral, inledde med att beskriva en vanlig dag: konstaterande av dödsfall, mottagning med



Faraidoun Moradi, Maria Söröd.



Saad Ramo.



Hanna Eklund med lille Axel, Karin Persson, Patrik Gren.



Hind Al-Bayati, Freya Brodersen, Olga Engvall.



Frida Wermelin, Kerstin Hellborg, Erik Stomrud.



Hanna Åsberg, Emil Péclard.



Lars Perers och Ebba Curman, som arbetat tillsammans på samma vårdcentral i 31 år.



ST-rådet. Från vänster Martin Sandberg-Wideqvist, Jon Roos, Sofia Eriksson, Kristina Halldorf, Jenny Öhman, Ulrika Elmroth, Cornelia Brusmark, Åsa Niper, Susanne Ljungkvist, Emma Bro.

blandade patienter, klogasutsläpp i närheten, akut hjärtinfarkt vid stängningsdags.

Han tittade också på var patienterna fanns. Om Borgholm har tio patienter på Kalmar lasarett har de samtidigt 200 stycken på "hemsjukhuset", dvs. i den kommunala hemsjukvården.

Det finns mycket att reflektera över. Hur hanterar vi krävande behövande människor som inte är sjuka? Ska vi sätta en gräns för hälsocentralens verksamhet? Ska vi ha en kurator på 5 000 listade? Ska alla patienter ha en diagnos? Kan alla som inte är sjuka arbeta 40 timmar i veckan?

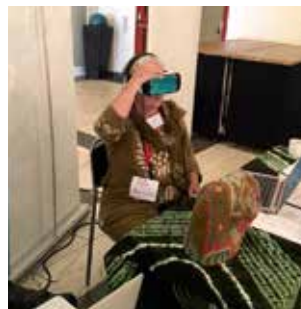
Patienterna vill ha trygghet och kontinuitet. Endast primärvården kan erbjuda det. Slutenvården blir alltmer fragmentiserad. Det behövs mod för att bygga upp en patientcentrerad vård. Patienterna bryr sig inte om vem som är huvudman, de vill ha en helhet. Vi måste arbeta gränsöverskridande, och det är vårt ansvar att det blir bra för den lilla människan.

Tiden är på vår sida. Makten ligger på golvet, och det är bara

att plocka upp den. Gör vi det kan vi tillsammans göra något. Vi kan ge bättre vård och ett bättre liv för oss.

Ola Bergstrand, nu verksamhetsstrateg i Skånevård SUND, berättade om sin rapport 2014 "Hur behåller man och lockar läkare till primärvården?" (Rapporten är borttagen från www.skane.se. Red:s anm.) Några faktorer som är betydelsefulla för en attraktiv arbetsmiljö för allmänläkare:

- Ett avgränsat uppdrag och egen patientlista ger ökad tidseffektivitet och ökad ansvarskänsla.
- Gör allt för att skydda befintliga läkare så att arbetsbördan inte blir för stor. Även underläkare måste ha bra arbetsmiljö – de ska rekryteras till primärvården.
- Inflytande över sitt arbete, sin tidbok och sin arbetstid. Tydliga ramar för vad läkare förväntas göra men stor frihetsgrad för den enskilda läkaren att nå dit. Variation inom arbetstiden med olika typer av arbetsuppgifter.
- Rimlig tid för administration.
- Motverka ensamarbete.
- Liberal inställning till fortbildning.
- Satsa på utbildningsläkare och ta tillvara dem som är i pensionsåldern.
- Skapa en samarbetskultur – vi hjälps åt.
- Som medarbetare bör man tänka på hur ens arbete kan göras smartare och roligare. Fokusera på små förbättringar, kom med konstruktiva lösningar på problem. Ha kul på jobbet – det sprider sig. Axla ledarskapet.



Chefredaktören lär sig om SKL:s kunskapsstöd.

Text och Foto:
Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Annons



Specialistexamen 2016

ST-dagarna i Kalmar 2016

Chefredaktören var inte ensam gråhårig person på ST-dagarna i Kalmar. Det visade sig bero på att avslutningen av specialistexamen detta år var förlagd till ST-dagarna. De gråhåriga var handledare, examinatore och andra.

Examensavslutningen inleddes på morgonen med genomgång av det skriftliga provet av momentansvariga Inge Carlsson och Gunnar Axelsson. Uppgifterna i provet är vardagliga allmänmedicinska situationer där det gäller att både ha medicinska kunskaper och allmänmedicinskt omdöme för att kunna hantera dem. Det blev en livlig diskussion, både om enstaka uppgifter och om provets utformning. Examen är ständigt utsatt för förbättringsarbete.

Därefter var det examinandemöte under ledning av Anders Fredén och Cecilia Ryding, där examinanderna fick ge synpunkter på examen och därmed bidra till dess utveckling. Samtidigt samlades examinerarna för att diskutera årets examensprocess.

På eftermiddagen presenterade 30 examinander sina uppsatser, till stort intresse för ST-läkarna.

Diplomutdelningen skedde under festmiddagen. Bifallet var, enligt chefredaktörens uppfattning, väsentligt mycket högre än vid SFAM-kongresserna!



Årets uppsats

Priset "årets uppsats" tilldelades **Hamed Shayegh** för hans uppsats "Allmänläkaren möter patient med medicinskt oförklarade symtom". Det delades ut av uppsatsansvariga Robert Svartholm och Karin Lindhagen.

Motivering: Ett utmärkt kvalitativt arbete om ett vanligt dilemma för allmänläkaren, patienter med medicinskt oförklarade symtom, där författaren har lyckats avgränsa och tydliggöra ett vanligt problem på ett spännande sätt, sammanfattat som "Pendlning mellan hopplöshet och hopp". Hans tankar är väl värda att diskutera vidare bland kollegor.



Årets handledare

Josabeth Hultberg, Åby vårdcentral i Norrköping utsågs till årets handledare. Hon hade nominerats av ST-läkaren och examinanden Hanna Skytt. Prisutdelare var Birgit Breitholtz.

Motivering: Josabeth har med outtröttligt engagemang och med en stark vetenskaplig förankring lotsat sin ST-läkare genom allmänmedicinens grundprinciper. Vikten av

kontinuitet, patienten i fokus och att se hela människan har blandats med diskussioner kring läkemedel, etik, svåra beslut, svåra besked, patientkommunikation och mycket annat. Hon har inspirerat sin ST-läkare att göra sitt bästa utifrån rådande förutsättningar. "Hon har fått mig att inte bara bli en duktig distriktsläkare utan även bli en bättre människa. Alla borde ha förmånen att ha en sådan handledare!"

AllmänMedicin gratulerar examinanderna 2016!



Text och Foto:
Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Att arrangera ST-dagar ger mersmak

ST-dagarna i Kalmar 2016

Med kamera och mobil i högsta hugg hittade jag tre representanter för organisationskommittén: Sofia Eriksson, ny ordförande för SFAM Södra Kalmar län, Arwa Josefsson och Erik Stomrud.

Hur har det varit att anordna ST-dagarna?

– Vi har varit tolv personer i arrangörgruppen. Under ett års tid har vi haft månatliga möten. Vi har portionerat ut arbetet så det har blivit ett jämnt flöde och strulat sig under sommaren eller hopat sig på slutet. Vi är nog 25 funktionärer under själva dagarna, hela ST-gruppen. Föräldralediga har kommit in och hjälpt till. Det är en kul och entusiastisk stämning, och det har stärkt gruppen.

Har ni gjort något liknande tidigare?

– Vi har ST-internat en gång per år då vi bjuder in oss själva som föreläsare. Några har gjort läkardagar eller konferenser inom ideella organisationer. Kassören har lång erfarenhet som kassör i ideell förening.

– Det här har verkligen gett mersmak. Att få påverka innehåll-
et så det blir relevant och intressant ger lust och inspiration. Det är mycket mer man skulle vilja få in i innehållet, mer proble-
matisering, som komplement till jobb och övriga utbildningar.

Hur hittar ni föreläsarna?

– Vi tänker att bra retorik är viktigare än bra ämnen. Vi har valt personer som vi hört tidigare. Om man kan leverera budskap på rätt sätt blir alla ämnen intressanta. Vi frågade i god tid så de inte var uppbokade. Det gäller att få en balans mellan vetenskap, mellanmänsklighet och professionell kunskap. Temat ”förnuft och känsla” har genomsyrat konferensen.

Finns det något ni kunde gjort bättre?

– Vi kunde ha varit mer nyskapande, med fler interaktiva delar så deltagarna kunde bidra aktivt. Där finns mer att göra, men man får testa några saker åt gången.

Om examen på ST-dagarna

Det var trevligt att för en gångs skull gästa ST-dagarna med examensavslutningen under ett år då SFAM inte hade någon kongress. Arrangemangen fungerade utmärkt. Men vi ser fram emot att återgå till traditionen inom SFAM och ha nästa examensavslutning i samband med kongressen i Karlstad våren 2017. Det blir då lättare för handledare och examinatorer att delta, och examinanderna får visa upp sig inför både unga och äldre kollegor.

Karin Lindhagen och Ulf Måwe, kompetensvärderingsrådet

Äre tar emot stafettspinnen i september 2017. Har ni några råd till dem?

– Planera i god tid. Gör ett program som ni själva tycker är intressant och skulle vilja gå på. Det måste finnas något både nyblivna ST-läkare och för dem som är nästan färdiga. Mer kliniskt-praktiskt för de yngre, mer reflektion för de äldre.

– Att vi hade en ekonomikunnig var väldigt viktigt. Likaså att vi fick stöd och backning av landstinget, bland annat avsatt betald arbetstid under ett års tid. Men det räckte förstås inte, fritidsarbete krävdes också.

Hur har ni marknadsfört konferensen?

– Vi har haft annonser i Läkartidningen, AllmänMedicin och Dagens Medicin, och vi har skickat mail via nätverk. ST-dagarna är nu ett starkt varumärke, så man vill åka och man brukar få åka. Vi hade 320 deltagare, vilket var lagom.

Vad har varit SFAM:s roll?

– Vi har haft en egen kongressbyrå. Dels var det billigare, dels hade SFAM:s kansli inte resurser just då. Det är bra med lokalt anknutna personer när det gäller hotellbokningar och logistik på plats.

– SFAM stod för hemsidan. Men den är vi inte nöjda med. Plattformen har stora begränsningar, och vi har inte fått fram de idéer och tankar vi hade.

– Mycket mer hade kunnat göras digitalt, men det kräver också kunniga personer som kan stötta. Facebook har vi inte ens tänkt på. Hälften av oss tolv är inte med där.

Det ligger leksaksliknande föremål utspridda här och var i konferenslokalerna. Vad är syftet?

– En liten grupp har varit ansvarig för de sociala aktiviteterna utanför festerna. Vi ville uppmuntra folk att vara aktiva, hoppa hopprep, jonglera, bygga boktorn.



Kirsten Nilsson, Karin Lindhagen och Ulf Måwe, ansvariga för Mitt-i-ST och examen.



Arwa Josefsson, Sofia Eriksson, Erik Stomrud från arrangörgruppen.

– Det ska finnas möjlighet att göra det man behöver: kontempera, vara social, vara fysiskt aktiv. Man måste promenera för att få lunch, och tiden är avsatt så man ska hinna ta det lugnt, gå ut, få nya krafter. På festen kunde man mingla, äta god mat och dansa, men också uppleva konst under sakkunnig guidning.

I år var specialistexamen förlagd till ST-dagarna. Vad innebär det för er?

– Det är en styrka för konferensen att få ST-opsatserna presenterade, och bra att ST-läkare får kännedom om examen redan under första året. Men det var ett orosmoment, en utmaning på slutet som vi inte hade möjlighet att planera i god tid. Vilka kommer? Vilka ska presentera?

– När det gäller själva konferensen sker det en överlämning från tidigare arrangörer till de nya. För specialistexamen var det mycket svårare att få överblick i god tid, det ändrade sig under vägens gång.

– Det var bra med specialistexamen här, målgruppen blev andra ST-läkare. ST-läkarna fick se bredden i presentationerna, bli inspirerade.

Text och Foto:
Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



AllmänMedicin gratulerar



Peter Berggren får stipendium

Håkan Mogrens Stiftelse tilldelar 2016 års medicinstipendium för och till insatser för mänskligt välbefinnande till distriktsläkaren Peter Berggren, chef för FoU-enheten Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman. Han har genom sitt arbete skapat förutsättningar till kontinuitet och trygghet för patienter i glesbygden.

Motivering: "Peter Berggren har varit banbrytande och mycket kreativ för att

förbättra glesbygdsvården. Med hjälp av datorer och modern teknik har han utvecklat nya arbetsmodeller och hjälpt många patienter till en tillgängligare och bättre vård, säger Håkan Mogren om pristagaren. Peter Berggren har visat ett enormt engagemang för patienternas bästa och genom sitt arbete bidragit med stor patientnytta inte minst genom att många slipper resa långa sträckor för att uppsöka vård."

Lena Bäckström fick Guldkornt

SYLF-Stockholms handledarpris Guldkornt tilldelas för år 2015 till Lena Bäckström, allmänläkare på Ektorps vårdcentral. Lena arbetar som verksamhetschef och har tidigare också varit studierektor.

Motivering: "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 vilken 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 handledningstimarna 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."





Kultur-spalten

Berätta för livet!

I den österländska sagosamlingen *Tusen och en natt* kan vi läsa om den persiska prinsessan Scheherazade som räddade livet genom sina fantastiska berättelser. Efter varje natt med storkungen Shahriar hotade denne att avrätta henne i gryningen precis som han gjort med en lång rad tidigare hustrur. Men genom sina spännande, oavslutade historier med löfte om fortsättning nästa natt lyckades den sköna prinsessan skjuta döden framför sig. Efter 1001 nätter kapitulerade den grymme kungen, avskrev hotet om avrättning och lät den underbara berätterskan leva vidare som sin hustru.

Tusen och en natt är en saga med många otroliga ingredienser, men som alla goda sagor har den nära till verkligheten. Det känns frestande att tolka Scheherazades berättande allmänmänskligt: Genom berättandet uppfinner och skapar vi oss själva varje dag och skjuter döden ett litet stycke framför oss. Våra liv blir begripliga och meningsfulla först genom våra berättelser. Men utan lyssnare blir varje berättelse tom och verkningslös.

Mänskliga möten med berättare och lyssnare är en förutsättning för meningsfulla liv. Konsultationen är ett specialfall av mänskligt möte. Där möts doktor och patient för att försöka förstå och kanske skjuta döden ett litet stycke från mötesplatsen. Som läkare är vi både lyssnare och återberättare. Patienten har ofta ett mycket stort behov av att berätta. Läkarens gensvar avslöjar omedelbart om hen har lyssnat och öppnat upp för dialog och därmed för en gemensam berättelse.

Den amerikanska professorn i *Narrativ medicin* Rita Charon beskriver i en artikel sitt första möte med en manlig, medelålders patient med invandrabakgrund. Eftersom hon inte vet något om hans liv eller sjukhistoria ber hon honom berätta om sig själv. Mannen blir förvånad, sitter helt tyst en liten stund och börjar sedan berätta. Efter en eller två minuter börjar han gråta. Tårarna rinner och han hackar i sin berättelse. Dr Charon frågar försiktigt vad som är problemet. Har hon sagt något olämpligt? Nej inte alls svarar mannen, men detta är allra första gången en annan människa visat intresse för hans liv! Det blev så stort för honom att han överväldigades av både glädje och sorg.

Exemplet säger något om kraften i relationen mellan berättare och lyssnare. Det illustrerar fint Charons uppfattning att läkningsprocessen i en konsultation börjar när patienten får berätta om sina symtom och sin oro för sjukdom. Jag tror att vi alla kan påminna oss liknande upplevelser från privatliv och patientmöten. Ändå har vi på ett generellt plan svårt att svara på betydelsen av berättandet i patientmötet.

På en konferens för några år sedan om skönlitteratur och dess förmåga att gestalta och utveckla den narrativa förmågan i praktiken ställde en kvinna i auditoriet frågan om det finns bevis för

”berättandets helande kraft”. Moderatorn kastade ut frågan till mig, som helt överrumplad började leta i minnet efter studier i ämnet. Jag kom inte på en enda. Däremot erinrade jag mig Pennebakers studier om skrivandets terapeutiska effekter vid vissa typer av sjukdomar. Det blev mitt svar och jag visste att det var ett skott vid sidan av målet.

Den store författaren som föreläste på konferensen begärde ordet efter mig och svarade att han inte visste ett dugg om eventuella studier och att han inte brydde sig. Hans samlade erfarenhet av berättandets betydelse för människors liv och hälsa var ”bevis” nog. Min egen intuitiva uppfattning samstämde med författarens, men i mitt svar hade jag omedelbart fallit för EBM-reflexen: En sanning som inte står på den kontrollerade studiens grund (RCT) är ingen sanning! I min replik var jag tvungen att ”krypa till korset” och utveckla tanken om det biomedicinska tolkningsföretäret, som gärna gör sig gällande även inom områden där det inte hör hemma.

Denna haloeffekt är ingen ofarlig företeelse. Den gör oss benägna att underkänna grundläggande och goda företeelser på grund av svårigheten att pressa in dem i en mätbar ram. Min egen erfarenhet från möten med patienter, medicinstudenter, AT-läkare, ST-läkare och kollegor har bekräftat den risken.

Under ett antal år har jag haft förmånen att hålla kurser och seminarier där medicinare i korta nedskrivna texter får berätta om egna fall, egen osäkerhet mm. inför en grupp kollegor som ger respons. Ibland använder jag mig av litterära texter för att ge näring åt fantasi och associationer. En återkommande respons från många kollegor har varit densamma som Rita Charons patient: ”Detta är första gången någon har bett mig berätta personligt om ett patientmöte, ett misslyckande eller min ständiga osäkerhet. Det betyder mycket.”

Jag har inga bevis för att man blir bättre, mera empatisk doktor genom att skriva och berätta för kollegor. All min erfarenhet och professionella intuition säger mig att man blir bättre inom ett område när man fokuserar och övar. Konsultationsutbildningen inom allmänmedicinen de senaste decennierna är ett gott exempel som definitivt har resulterat i bättre konsultationer. Det finns mycket forskning på området, men just här litar jag minst lika mycket på min egen erfarenhet som läkare och av kollegor under mer än tre decennier.

Kärnområden i livet och läkekonsten talar inte alltid EBM-språk. De kan vara värda att lyssna på ändå.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Två salladsblad ger noll poäng – en realistisk enaktare



Medverkande är herr patienten Sven Olsson (P), lätt överviktig storrökande gruvarbetare, och distriktsläkaren NN (L) som naturligtvis är såväl trådsmal vinterbadare som distriktsmästare i triathlon.

Dramat utspelas i ett beige mottagningsrum vid den senares hälsocentral i svensk obygd.

- L. Nå Sven. Nu ska vi först bara gå igenom de vanliga frågorna.
- P. Jaha.
- L. Först och främst den här som du känner igen vid det här laget. Nämligen när åt du senast en grönsak?
- P. Tror det var i midsomras. Att det kan ha slunkit ned lite lök och sallad till sillen.
- L. Hur mycket?
- P. Två salladsblad högst. Och kanske en lökring.
- L. Tack. Det blir noll poäng. Och du menar väl midsommar nu i år?
- P. Näe. Jag är inte säker. Det var nog förra året. När jag nu tänker efter.
- L. Då räknas det inte för i år.
- P. Nähä. Vad är det som räknas då?
- L. Vi tar nästa fråga. Kommer du ihåg den? Hur mycket röker du?

- P. Det är ju väldigt olika.
- L. Hur många cigaretter om dagen?
- P. Kanske ett paket.
- L. Med eller utan filter?
- P. Ibland med ... ibland utan. Det händer att jag rullar själv också. Och att det är olika sorter förstås. Och så röker jag väl några taggar på natten också men det räknas väl inte in i hur många jag röker per dag.
- L. Allting räknas. Då måste du komma tillbaka nästa vecka efter att ha fyllt i detta schema med antal, tidpunkt, filter eller inte filter, amerikanska, ryska eller franska cigaretter liksom eventuell egen tobak därutöver.
- P. Men cigarrer behöver jag alltså inte rapportera till Socialstyrelsen?
- L. Nej. Det finns ingen rapportskyldighet för cigarrer. Vi lever ändå inte i Orwells 1984 – eller hur?!
- P. Det är ändå för väl. Kanske ska jag helt gå över till cigarrer.
- L. Nu måste vi kasta oss över nästa punkt. Dina motionsvanor. Du vet ju att du kan bli sjuk av att inte motionera tillräckligt.
- P. Men jag jobbar ju i gruvan.
- L. Det räknas inte. Vi protokollför endast stavgång och annan separat aktivitet utanför hem och arbetsplats. Hur ofta går du med stavar, hur lång tid varje gång och till vilken pulsnivå?
- P. Jag går aldrig med stavar. Än så länge håller jag mig upprätt utan.
- L. Det blir dessvärre noll poäng även här Sven.
- L. Och så har vi ju den lilla spriten. Och ölen. Hur ser det ut för dig på den punkten mantro?
- P. Ganska bra tycker jag. Dricker då och då när andan faller på.
- L. Du måste lämna ett exakt svar. Det blir nämligen minuspoäng för varje enhet alkohol enligt ett särskilt schema.
- P. Men jag krökar ju inte efter ett schema.
- L. Du får tala med vår nya hälsocoach som får till uppgift att registrera ditt intag.
- P. Men egentligen har jag ju ont i ryggen.
- L. Det får man lätt av för lite motion och för mycket vila. Det har vi inte tid att prata om idag. Tänk på att statsministern förespråkar att vi bör jobba tills vi blir 75 år. Nu måste vi avrunda. Jag förväntar mig en diger rapport till nästa vecka. Tjing tjong och lycka till nu med stavgången!



Foto: Ingrid Eckerman



Torsten Green-Petersen
torsten.green-petersen@gotland.se



Ett samtal om samtalet

Den skamlösa nyfikenheten” är en essä- och tankebok skriven av Astrid Seeberger, till vardags njurmedicinare på Karolinska sjukhuset i Huddinge. Jag fick den när den kom ut 2010 men tog fram den och läste den först för några månader sedan. Det är nu den bok jag helst rekommenderar och lånar ut. Senast till Dr X, överläkare på ÖNH-kliniken där jag nu är sidoplacerad.

I avsnitten ”Om den skamlösa nyfikenheten” får vi berättelsen om uttrycket som en slags central värdegrund. Med den ”skamlösa nyfikenheten”, berättas det, skäms man varken för att vilja veta eller för det man får veta. Ett, på ett sätt, mer passande uttryck hade varit ”skamfri nyfikenhet”. Men hade författaren då så väl fångat ambivalensen mellan skammen att ställa frågor till främmande om det mest privata och skammen att inte våga ställa frågorna? Den skam vi känner när vi inte vågar beröra våra medmänniskors innersta. I avsnittet ”Berättelse om ett Schwätzle” förmedlas hur ett samtal från våra innersta, även om hemskheter, stärker både den som berättar och den som mest lyssnar om samtalet är ett ”där man är god och smeker varandra med sina ord”. Ett sådant samtal kallar Seeberger för det tyska smekordet Schwätzle, ”ett litet samtal”.

Det stilistiska anslaget i Seebergers prosa är så lätt och varmt. Trots att ämnena kan vara tunga tyngs aldrig läsaren ned. Det är ingen dissektion som utförs på de patienters, bekantas

och litterära personers livsöden som lånat sina gestalter till boken. Nej, varsamheten, respekten och medmänskligheten, inte bara i mötena utan även i texten, är så stark och kärleksfull att läsaren lämnar varje avsnitt lättare i hjärtat. Historierna utforskar, men exploaterar inte, de vi möter. Och med sin berättelse har de vuxit och blivit vackrare. Precis som bokens författare vill att vi ska kunna låta våra patienters, medmänniskors, berättelse göra för dem. Den som mest utlämnas är författaren själv i avsnittet ”Berättelsen om den lilla duvan”. Denna berättelser gör dock att människan Seeberger fortsätter att växa för läsaren.

När man läser baksidestexten och recensioner av boken får man intrycket att det handlar mycket om patientmöten. Av de 47 titulerade avsnitten i boken handlar knappt sju om patienter, av vilka några endast kort berör patienten och sedan utvidgar sig till essäliknande reflektioner. För så är det hos Seeberger. Rena berättelser växlar med reflektioner kring sjukvårdsstatistik som byts av med levnadsinsikter och allegoriska porträtt av mer eller mindre historiska personer. Och så en allsköns blandning av dessa varianter.

Många meningar slutar med ett frågetecken. Läsaren blir inbjuden i ett samtal med författaren. Ett Schwätzle. Man blir därför ständigt upprymmande överraskad i sin läsning. Den starka humanismen boken igenom gjuter ihop det annars lite spretiga innehållet till en helhet. Budskapet att se människor, samtala med människor och vara människa finns i varje avsnitt.

”Den skamlösa nyfikenheten” är en bok som inspirerar. Det är en bok att läsa när man är glad. Det är en bok att läsa när man känner sig tyngd av arbetet och vardagen. Det är en bok att sträckläsa. Att läsa korta utdrag ur. Att vika hundöron i och fylla marginalerna med noter. Det är, sannerligen, en bok att rekommendera alla som arbetar med det mänskliga mötet där ett samtal kan bli något större än förmedlandet av information mellan två parter. Detta möte där vi ska uppnå det vi omhuldar i allmänmedicinen. Kontakten, kontinuiteten och avtalen som är ömsesidiga löften till att försöka bota, lindra och trösta och ta emot denna lindring, bot och tröst.

Linus Jernby
ST-läkare
Närhälsan, Floda Vårdcentral
jernby@live.com



Narrativ medicin

Utöver sin läkargärning och sitt författarskap (läs också hennes ”Nästa år i Berlin”) är Seeberger en av de svenska läkare som, kanske närmast, förknippas med konceptet som döpts till Narrativ Medicin. Den narrativa medicinen är en holistisk, individcentrerad infallsvinkel som växte fram under nittonhundranittioalet som en reaktion till den alltmer naturvetenskapliga professionaliseringen av medicinen. Premissen att sjukdomar och hälsobesvär är en del i den livsberättelse som alla bär med sig ger att, genom att höra, och förstå, berättelsen kan vi bäst hela individerna. Den narrativa medicinen uppmuntrar även vårdpersonal att utveckla sin egen berättarförmåga genom att skriva.

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!





Medicinsk poddradio för lekmän

Antalet poddar, poddradioprogram, inom det medicinska området har de senaste åren vuxit påtagligt. Många har blivit riktigt populära och har 10 000-tals lyssnare. En klassisk podd är i allmänhet ett samtal mellan några individer som personligt reflekterar och tycker till kring ett för varje avsnitt givet ämne. Kvalitetssäkringen av fakta är inte alltid självklar och även om de flesta medicinpoddar har ett vetenskapligt anslag är spekulerandet och det spontana samtalet pro primo.

I skörden av poddar noteras Doktorpodden (doktorpodden.se eller på acast eller itunes) som sticker ut med sitt litet annorlunda anslag. I korta avsnitt, sällan mer än tio minuter, läser Carl-Olof Svensson, till vardags medicinskt ledningsansvarig läkare på sjukvårdsrådgivningsföretaget Medhelp och med en bakgrund i allmänmedicinen, en orienterande och ofta lätt roande text rörande ett aktuellt sjukdomsslag. Anslaget är lätt; klassiskt sjukvårdslingo undviks ofta eller förklaras tydligt, varför ett avsnitt med temat mononukleos kallas Kyssjukan och avsnittet om bältros för Helveteseld.

Avsnitten läses in med en behaglig skånskanstruken röst som i litet stackato, med korta meningar och ibland ljuvt ålderdomliga formuleringar guidar lyssnaren fram. Inte sällan inleds avsnitten med en anekdotisk bakgrund till ett namn eller ett fenomen eller en fördjupning i det latinska namnets bakgrund innan det medicinska tillståndet fullt presenteras.

Avsnitten är av sådan karaktär att de kanske mest lämpar sig för lekmanen som vill fördjupa sina kunskaper, men är för det inte ointressanta för den medicinskt skolade. Bakgrundsbeskrivningarna är ofta intressanta och inte sällan av en karaktär som inte självklart undervisades på grundutbildningen medan själva diag-



nospresentationen kan ses som en kortpetition av ett ämne. Innehållet uppfattas gediget och faktakontrollerat. Upplägget är i allmänhet det samma för varje ämne: bakgrund, symtom och behandling. Ofta finns en kommentar om vad den som söker vård kan förvänta sig för utredning vid ett besök.

De upprepade reklamavbrotten skämmer dock, där exempelvis ett "gillande" på en sajt kan rendera i en vinst av ett doftljus eller annat i sammanhanget ovidkommande.

Slutligen konstaterar undertecknad att en podd med ett seriöst innehåll och kortfattade avsnitt utan hysteriska flabb eller vidlyftiga spekulationer förefaller relativt unikt i poddutbudet just nu. Doktorpodden.se kan rekommenderas för en stunds tillgängliga och lättsamma medicinska fakta för både lekman och proffs.

Det förefaller som om vår poddredaktör själv skriver allt det innehåll som sedan blivit redaktionellt material i andra

tidningar, t.ex. Dagens Medicin och Dagens ETC, men också i Appendix. Det är märkligt att poddredaktören inte är mer mån om sin kvalitetssäkring utan i svepande ordalag presenterar sina källor. I någon artikel nämns att han var ST i allmänmedicin innan han gick till Medhelp. Det förefaller som att han endast är leg.läk. trots sin titel som medicinskt ledningsansvarig på Medhelp. Å andra sidan har jag inte kunnat behäfta några avsnitt med några uppenbara fel.



David Svaninger
ST-läkare, doktorand
Hälsobrunnen, Ulricehamn
david.svaninger@gmail.com



Stärk professionens röst i samhället!



Svenska Läkaresällskapet – din vetenskapliga och professionella organisation

Vi arbetar med frågor baserade på vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Vårt syfte är att verka för en förbättrad hälso- och sjukvård för dagens och morgondagens patienter.

Vilka frågor tycker du är viktiga i din läkarroll och gärning?

Vill du också vara med och göra skillnad, påverka och förbättra?

Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet!

Läs mer på www.sls.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Hanna Åsberg
hanna.asberg@sfam.se

Vice ordförande
Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Facklig sekreterare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter
Maria Wolf
maria.wolf@sfam.se

Eva Arvidsson
eva.arvidsson@sfam.se

Malin André
malin.andre@sfam.se

SFAM:s råd
Fortbildningsrådet
Andreas Thörneby
andreas@thorneby.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
Rita Fernholm
rita.fernholm@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 Wiethage
jens.wiethage@regionostergotland.se

Infektioner i primärvården
Sigvard Mölsted
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
Hanna Åsberg
hanna.asberg@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-Rydén
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@dli.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@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.sfamnv.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 ÄLVSBOG*

SÖDRA ÄLVSBOG
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 C
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratör

Katarina Liliequist
katli@telia.com

Annika Andén
annika.anden@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

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson
webmaster@sfam.se

Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2017

Januari

Kurs i kompetensvärdering
16-18.1 Nyköping

Allmänläkardagar Örebro-Värmland
25-26.1 Loka brunn

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



Utgivningsplan för 2017

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	9.1	13.2	13.3	Glesbygdsmedicin
2	27.3	10.5	7.6	Läkemedel
3	21.8	25.9	23.10	Vad ska vi äta och varför?
4	16.10	20.11	18.12	Fortbildning

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 10 E,
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.



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska
läkaresällskapet och är en specialist-
förening i Sveriges läkarförbund.

Annonser

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se/foreningen och klicka på Ordbyte