

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2018 ÅRGÅNG 39



Allmänmedicinsk forskning

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Primärvårdsforskningen behöver ekonomiska resurser och infrastruktur
Hanna Åsberg
- 3 Mer forskning måste utgå från primärvården
Britt Skogseid
- 4 Tack, alla forskare!
Ingrid Eckerman
- 5 Danska kollegor bekymrade över hanteringen av patientdata
Styrelsen
- 9 Nytt från SFAM
Ingrid Eckerman
- 10 Primärvårdsnytt
- 12 Stor bredd inom den allmänmedicinska forskningen
Björn Landström
- 14 Forskning och medicinskt ansvar vid multisjuklighet och komplexa hälsoproblem
Gunnar Akner
- 15 Nationell samling för forskning och utbildning
Ove Andersson
- 17 Forskning och utbildning i allmänmedicin/primärvård
Reflektioner efter besök på landets universitetssjukvårdsenheter
Cecilia Björkelund, Lars Borgquist och Birgitta Hovelius
- 20 Nationella forskarskolan i allmänmedicin – historia, betydelse och framtid
Anna Myléus och Carl Johan Östgren
- 22 Det är aldrig för sent ...
Marcela Ewing
- 24 Allmänmedicin preventionsforskning vid Umeå universitet
Lars Weinehall
- 26 Att skapa läkare i glesbygd
Jenny Andersson, Patrik Wennberg, Magnus Hultin och Olov Rolandsson
- 29 Allmänmedicin i Uppsala ansvarar för många landsting
Per Kristiansson
- 30 Allmänmedicinsk forskning i Göteborg växer
Cecilia Björkelund, Stefan Bergman, Ulf Lindblad, Bledar Daka och Dominique Hange
- 32 På gång inom FoU primärvård VGR
Susanne Bernhardtsson
- 34 Primärvårdsforskning i Stockholms län
Från www.cefam.se
- 34 KI: 100 artiklar per år
Helena Salminen, Gunnar Nilsson, Johan Ärnlov, Per Wändell och Axel C Carlsson
- 36 Forsarskolan i Allmänmedicin och primärvård vid Karolinska Institutet
Axel C Carlsson, Per Wändell, Lars Agreus, Johan Ärnlov och Gunnar Nilsson
- 37 Gemensam kunskapsplattform för Skånes primärvård
- 37 Centrum för primärvårdsforskning – en spetsresurs för primärvårdens kunskapsutveckling
Jan Sundquist
- 38 AKC – Skånes akademiska vårdcentraler
Emelie Stenman
- 40 Gott betyg för CPF och KCK i nationell granskning!
Jan Sundquist
- 41 Mer forskning behövs om effekten av arbetslivsinriktade insatser vid utmattningssyndrom
Anna Andreasson, Laura Lintamo och Per Lytsy
- 44 En väg till ökad hälsa för patienter med stressrelaterad ohälsa
Kerstin Ullberg Pettersson, Margareta Hellgren och Cristina Lundqvist Persson
- 47 Har primärvården kompetens för diabetikerna?
Annika Eliasson
- 48 Använd inte borreliaserologi slentrianmässigt!
Gunnar Jacobsson och Daniel Bremell
- 51 Den digitala revolutionen och evidensen för e-hälsa
Veronica Milos Nymberg
- 53 Fem goda exempel från den svenska primärvården
Björn Landström
- 56 Primärvården ur feministiskt perspektiv
Gösta Eliasson
- 57 Landstingsrådet som tror på fast läkare och listningstak
Gösta Eliasson
- 59 Det goda omdömet lov
Christer Petersson
- 60 Kunskap och glädje
Christer Petersson
- 61 Recension: En matnyttig uppslagsbok inför soffpotatisens Vasalopp
Monica Othén
- 62 Recension: Ambitiöst men ofullständigt om idrottsskador
Peter Olsson
- 63 SFAM informerar, kalendarium

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 3-2018

Allmänmedicinsk forskning

Forskning är svår att sammanfatta i en bild. Det kan vara en vandring mellan uppsluppen framgångskänsla och djupaste misströstan. Mest är det ett envist samlande och strukturerande av kända fakta i nytt ljus eller mer sällan helt nya upptäckter.

Dessa tre faktorer är urschabloner för forskning: forskaren, mikroskopet och råttan. Forskning är processer. Ny kunskap kommer till genom att man lägger en pusselbit i det aktuella kunskapslägets utkanter. Man samlar fakta och systematiserar dem genom att läsa, tala med andra och tänka. Man använder sig av metoder som godkänts av dagens forskarsamhälle.



Annika Andén
Illustratör
annika.anden@gmail.com

Primärvårdsforskningen behöver ekonomiska resurser och infrastruktur

I en förstärkt primärvård och nära vård blir den allmänmedicinska forskningen än viktigare.

Vi har stora problem med bristande infrastruktur för allmänläkare som vill kombinera en klinisk tjänst med en forskartjänst, och endast omkring en procent av de medicinska professorerna är specialister i allmänmedicin. Våra kliniska riktlinjer baseras i regel på forskning från ett mer selekterat patienturval, där man tittat på enskilda diagnoser och enskilda behandlingar och inte på hela människan.

Primärvårdens patienter har oftast flera sjukdomar eller diagnoser samtidigt, en del av dem har uppnått mycket hög ålder och får därmed fler biverkningar av läkemedelsbehandling, och många patienter uppvisar symtom som allmänläkaren inte kan sätta en klar diagnos på – symtom som ibland går över av sig självt.

För att få en primärvård av hög kvalitet är det helt nödvändigt att satsa mer på forskning på primärvårdens patienter. Multicenterstudier behövs i högre omfattning och detta kräver ekonomiska resurser och organisatorisk struktur.

För att arbeta med forskningsfrågorna startade SFAM och DLF arbetsgruppen SAFU, Samling för Allmänmedicinsk forskning och Utbildning. Mer om deras arbete kan du läsa på sidan 15.

Egentligen är det mer rättvisande att tala om *primärvårdsforskning* istället för *allmänmedicinsk forskning*. Begreppet primärvårdsforskning innefattar att man forskar på hela primärvårdens patienter och innehåll, och att alla vårdprofessioner – inte bara allmänläkarna – måste involveras i teambaserad forskning. Det krävs en balans mellan forskning ”på golvet” och dubbelblindade randomiserade studier.

Överdiagnostik, överbehandling och onödig medikalisering av människor är högaktuella frågor som hittills har diskuterats mer på den internationella arenan än i Sverige. Här har allmänläkarna och andra vårdprofessioner i primärvården en mycket viktig roll, då vi ofta ser effekterna av överdriven utredning och behandling hos våra patienter. Allmänläkarna tillsammans med några få andra specialiteter är de som är mest vana att ta aktiva beslut om att avstå utredning, samt att avstå eller

avsluta behandling när den bedöms skada patienten mer än nyttan den ger.

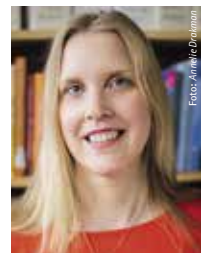
I augusti har konferenserna *Too Much Medicine* i Helsingfors och *Preventing Overdiagnosis* i Köpenhamn genomförts. Samtidigt har allmänläkaren Minna Johansson disputerat om nytta och risker med screening av bukaortaaneurysm hos män. Hennes forskning har rönt uppmärksamhet då den publicerats i *The Lancet* och kärlkirurger har haft starka åsikter om de risker som Minna lyft fram med screeningprogrammet. SFAM är mycket stolta över att Minna har tagit på sig ordförandeposten för Rådet för hållbar diagnostik och behandling. Detta är SFAM:s yngsta expertråd som glädjande nog startades förra året.

Remissen för det andra delbetänkandet för God och nära vård ligger nu ute. I delbetänkandet finns skrivningar om hur primärvårdens forskning behöver stärkas. Styrelsen har skickat ut remissen till lokalföreningarna för synpunkter.

Sist men inte minst behöver vi gång på gång lyfta fram betydelsen av kontinuitet i patient-läkarrelationen. Hur mycket påverkar graden av kontinuitet vårt utfall i medicinska resultat, kostnader och patientens psykosomatiska mående? Enligt en undersökning kan kontinuitet mellan patient och läkare göra att patienten lever fyra år längre! Denna typ av siffror är oerhört viktiga att lyfta fram till sjukvårdsledning och politiker för att belysa att en väl utbyggd primärvård måste komma till skott.

Den enskilt viktigaste beståndsdel i hälso- och sjukvården är mötet mellan patienten och läkaren. Jag menar att en lättillgänglig fast läkare till alla invånare är det bästa receptet för att öka patientsäkerheten, minska sjukvårdskostnader och minimera både över- och underdiagnostik.

Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



Annons

Mer forskning måste utgå från primärvården

Den 1 juli i år tillträdde jag som ny ordförande för Svenska Läkaresällskapet (SLS) efter två år som vice ordförande. Att under de närmaste åren få leda en av Sveriges tyngsta och mest anrika läkarorganisationer är verkligen ett hedersuppdrag.

Min främsta ambition som ordförande är att slå vakt om SLS unika roll som den organisation som värnar läkarnas medicinska och vetenskapliga excellens. Det innebär att jag kommer att lägga särskilt fokus på aktiviteter som stödjer läkare och den medicinska forskningen – gärna tillsammans med SFAM och våra andra sektioner.

SLS arbetar både forskningspolitiskt i syfte att stödja och utveckla svensk medicinsk forskning, i synnerhet utifrån den betydelsefulla roll som forskningsaktiva läkare har, och med att dela ut anslag och bidrag till stöd för medicinsk forskning av hög kvalitet, omkring 30 miljoner kronor per år. SLS delegation för medicinsk forskning bedriver här ett särskilt viktigt arbete. Jag har också som ambition att SLS på sikt ska tillhandahålla uppdaterad medicinsk lege artis-information om en rad sjukdomar, tillstånd och interventioner som skall överbrygga kunskapsgap mellan sektionerna.

"Forskning som går över vårdnivåer och vårdorganisationer bör därför lämpligen utgå från primärvården, som är den centrala noden i vårdsystemet."

Medicinsk forskning är grundbult i en välfungerande hälso- och sjukvård. Genom forskning och utveckling kan patienter dra nytta av nya effektiva metoder för diagnostik och behandling. Därför arbetar SLS för att läkares möjligheter att forska i såväl primärvården som andra delar av sjukvården ska stärkas. Meritvärdet av forskarutbildning måste öka och fler tydliga karriärvägar för forskande läkare behöver utvecklas.

Att läkare är delaktiga i forskning och kunskapsbildning borgar för hög kvalitet i hälso- och sjukvården och att framtidens vård är kunskapsbaserad. Fler forskande läkare behövs för att forskningen ska få en relevant förankring i sjukvården, resultaten implementeras och komma patienterna till del.

Ett annat viktigt sätt att förankra den medicinska forskningen är att den tar sin utgångspunkt i de behov och utmaningar som hälso- och sjukvårdens medarbetare möter i sin kliniska vardag. SLS har därför under det gångna året tillsammans med KVA tagit fram ett åtgärdsprogram för hur forskning och utveckling ska kunna bli en integrerad del av hälso- och sjukvården.

Bland åtgärderna framhålls vikten av forskarkompetens i ledningsstrukturerna och att universitetssjukvården ges rollen som motor och nav för kunskapsutvecklingen i hela hälso- och sjukvården. Den ska inte vara en isolerad verksamhet utan en resurs för hela hälso- och sjukvården. I både Sverige och internationellt sker vården alltmer i miljöer nära patienterna och deras anhöriga, med allmänmedicinen och andra generalistkompetenser som bas.

Samtidigt är det på universitetssjukhusen där de största forskningsresurserna finns. Detta har bland annat lett till betydande kunskapsluckor när det gäller vård, behandling och uppföljning av gruppen sköra och multisjuka, som ofta består av äldre och sårbara människor. Forskning som går över vårdnivåer och vårdorganisationer bör därför lämpligen utgå från primärvården, som är den centrala noden i vårdsystemet. Det är också hos primärvården som samordningsansvaret ligger. Detta innebär att primärvården bör vara väl representerad i den organisation som ansvarar för universitetssjukvårdens gemensamma kunskapsorganisation.

SLS nämnd har inom kort att ta ställning till en rapport från SLS arbetsgrupp för primärvårdsfrågor som har arbetat på uppdrag av fullmäktige. Rapporten spänner över ett brett område men lyfter bland annat vikten av att forskningsfälten inom allmänmedicin ges bättre förutsättningar att utvecklas. Trots att en stor del av vardagssjukvården utförs här utgör den kliniska forskningen i primärvården endast en procent av all medicinsk forskning i Sverige.

Flera förslag på hur forskning inom primärvården/allmänmedicin kan stimuleras läggs fram i rapporten. En stabil organisation för forskning och utveckling är självklart till gagn för en god utveckling av hela primärvården.

Britt Skogseid
Ordförande

Svenska Läkaresällskapet
britt.skogseid@medsci.uu.se



Jäv saknas.

AllmänMedicin informerar

En dag på jobbet...

Hur såg din dag ut – var det en vanlig dag, eller en ovanlig?

Berätta, skicka bilder! chefredaktor@sfam.se.



Tack, alla forskare!

Detta nummer av AllmänMedicin har varit roligt att jobba med. Jag har fått in gott om material, och det mesta har varit välskrivet. I ett par fall har jag gått ganska hårt fram med överstrykningspennan för att få bort dubblingar och onödiga ord. Konstigt nog framträder budskapet mycket tydligare då! Jag blir glad över att se hur mycket forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs idag. Även om det är alldeles för lite.

En gång blev jag erbjuden att gå en kurs i statistik och epidemiologi. Det låg långt från mina intressen. Jag jobbade heltid, fungerade som informell chef, var fackligt aktiv, hade alkoholmottagning en kväll i veckan – och familj. Jag tackade nej och blev inte forskare.

Så hamnade jag på Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg (nerlagd av en tidigare regering): en fyraveckorskurs i socialpsykiatri. Jag blev fast och gick den ena kursen efter den andra. Det ledde till Indien och master of public health. Jag upptäckte skrivandets glädje.

Uppsatsen var okonventionellt skriven, och min lärare fick jobba för att baxa den igenom betygsnämnden. Ämnet, gaskatastrofen i Bhopal 1984, var en återvändsgränd. Vid 62 års ålder måktade jag inte att börja med något nytt. Som folkhälso-läkare i Nacka hade jag stor nytta av att kunna formulera syfte och mål för små och stora projekt.

”Fällor som ingen får falla i” skriver Ragnar Levi om i Vetenskap & Praxis 1-2017. De fem fällorna behöver alla ständigt ha aktuella:

1. Att mål och medel förväxlas.
2. Att allt som påstås av forskare kallas ”evidens”.
3. Att allt obevisat betraktas som ”dåligt”.
4. Att variationer förbises.
5. Att erfarenhetskunskap underskattas.

Reflektioner

Omslaget illustrerar för mig fördelen med ett stuprör (mikroskopet) för att se detaljerna hos patienten (råttan). Man måste lyfta ögat från stupröret för att få en helhetsbild. Båda perspektiven behövs, i patientmötet och i forskningen.

Hur mäter man effekten av en behandling? Konventionellt mäts numerära vär-

den, t.ex. överlevnad, och surrogatmått som blodtrycksnivå eller blodsockervärde. Behandling av utmattningssyndrom mäts i återgång till arbete. Målet för behandling borde oftare vara subjektivt upplevd hälsa, som i artikeln på sid. 44. Vi vet att det korrelerar väl till t.ex. överlevnad. Troligen leder det till färre besök i vården, lägre läkemedelskonsumtion, mindre stresspåslag med minskad risk för somatiska komplikationer m.m. Friskfaktorer borde vara viktigare att notera än riskfaktorer.

Som AllmänMedicins läsare kanske noterat innehåller nästan varje nummer exempel på välfungerande verksamheter. Här är fem i samma artikel. Allt är inte elände i svensk primärvård. Det finns goda exempel att hämta inspiration från. Kanske handlar det om att ta sig friheter och först i efterhand informera överheten.

Förvirringen kring vår titulatur kvarstår. ”Distriktsläkare” är en offentlig tjänst för specialister i allmänmedicin. Idag finns inga distrikt, och man kallar sig familjeläkare, husläkare eller allmänspecialist. När jag tillträdde som chefredaktör hade SFAM valt att använda titeln allmänläkare. Det är vad som används i AllmänMedicin. Distriktsläkarföreningen har haft uppe namnfrågan flera gånger, men inte lyckats komma fram till någon bra ersättning.

Flyktningarna då – hur går det med dem?

I skrivande stund är det eländigt. Tu-

sentals ungdomar som hade hoppats få trygghet och skola till hösten befinner sig fortfarande i limbo, i väntan på inhibitionsbeslutet från Migrationsverket, matpengarna från socialtjänst, beslutet från domstolarna och en bostad. Tusentals andra vet att de inte omfattas av nya lagen – där är alternativet att bo på gatan i Paris.

Att ett land på detta sätt medvetet bryter ner unga människor som skulle kunna vara en resurs för bland annat vård och omsorg är oförståeligt. Varför accepterar vi som medborgare att barn, unga, kvinnor och barnfamiljer skickas till ett land fyllt med våld och förtryck?

I min yrkeskarriär har jag lärt mig olika saker – bland annat att ordna konferenser. Nu blir det en internationell konferens om säkerhetsläget i Afghanistan, eftersom Migrationsverket inte har för avsikt att göra en ny bedömning.

När ni läser detta är valet över och förhoppningsvis har en regering tillträtt. Då vet vi vad Sveriges medborgare vill när det gäller en mervärdig alternativt främlingsfientlig politik.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Stöd utvisningshotade ungdomar! Ge ditt bidrag till bostad, advokat, kollektivtrafik!



Stöttepelaren – stödförening för ensamkommande barn och ungdomar

Bankgiro 5228-2381
Swish 123 583 19 04
Bankkonto SEB 5368 11 065 76
<http://stottepelaren.se>

Danska kollegor bekymrade över hanteringen av patientdata

Förkortningen NFGP står för Nordic Federation of General Practitioners, en sammanslutning av de nordiska allmänläkarföreningarna. NFGP står bakom de nordiska kongresser som genomförs vartannat år.

Inom ramen för NFGP möts vartannat år representanter för de nordiska allmänläkarföreningarna för att delta i Nordic Leader Seminars. Avsikten är att informera om vad som sker och att diskutera gemensamma frågor. Både vetenskapliga och fackliga föreningar deltar, för Sveriges del SFAM och DLF.

Årets Nordic Leader Seminar var förlagt till Helsingör, direkt efter den internationella konferensen Preventing Overdiagnosis, som många av NFGP-representanterna deltagit i. Ur SFAM:s styrelse deltog ordföranden, Hanna Åsberg, vice ordföranden Ulrika Elmroth och Gösta Eliasson, facklig sekreterare. DLF representerades av sin ordförande, Marina Tuutma och sekreterare, Ulrika Taléus.

De olika länderna presenterade föredrag med titlar som "Kan insamling av data medföra mer personlig vård?" (Norge), "Vad är en diagnos?" (Finland), "Hur mycket kan vi arbeta om vi använder oss själva som redskap?" (Island). Titeln på det svenska bidraget var "Vad är bra kvalitet – kan den alltid mätas?". Ulrika Elmroth berättade om förbättringsarbete med hjälp av PrimärvårdsKvalitet, och intresset från övriga länder var stort och frågorna många. En extra fördjupning gjordes i hur kvalitetsindikatorer kan användas för att motverka överdiagnostik och –behandling. Gösta Eliasson kompletterade med en tillbakablick över det gedigna kvalitetsarbete som bedrivits i svensk primärvård de senaste decennierna och presenterade ett axplock av användbara metoder.

De danska kollegorna har fått ett stort bekymmer. Det uppstod för några år sedan, då regionerna beslutade att all journaldata, även konfidentiella, om danska praktikers patienter ska inrapporteras till centrala register. Det har medfört



Deltagarna i Nordic Leader Seminar, Helsingör 2018.

Foto: Sanne Bernard

ett kraftigt motstånd bland danska allmänläkare, som protesterar mot att lämna ut känsliga journaluppgifter om exempelvis sexuell läggning, relationsproblem och missbruk – konfidentiella uppgifter som de fått i förtroende, och som lätt skulle kunna kopplas till personnummer. I ljuset av allt hårdare EU-direktiv om datautlämning och införandet av GDPR är det svårt att förstå hur detta kan vara lagligt och i enlighet med ett EU-lands lagar och förordningar. Något liknande har vi ännu inte sett i Sverige, men kanske det som sker i Danmark kan öka uppmärksamheten i andra länder.

Det var å andra sidan intressant att höra om de danska kollegornas samarbete kring fortbildning och utveckling. Nya "kluster" med 15–20 mottagningar träffas varje halvår och tittar på data om sina kliniska resultat och diskuterar arbetssätt utifrån gemensamma teman.

På Island finns cirka 200 allmänläkare, vilket utgör ca 10 % av den isländska läkarkåren. En av fördelarna med ett litet land när det gäller att bedriva påverkansarbete är det korta avståndet till beslutsfattarna, ungefär som i ett svenskt landsting. Den isländska allmänläkarföreningen kan till och med diskutera utformning av vårdvalssystem och andra frågor direkt med sjukvårdsministern!

Den norska styrelsen hade bjudit in några kollegor som forskar inom överdi-

agnostik. Vi bjöds på en intressant presentation om möjligheter och faror med den stora mängd hälsodata som nu skapas med hjälp av olika "devices" som kontinuerligt mäter saker utanpå och inuti kroppen, vilket tycks bli allt vanligare. Detta ledde till intressanta diskussioner om möjligheter och risker, i första hand för överdiagnostik och överbehandling, ökad oro över eventuella avvikande fynd och hur detta kan påverka de sökmönster och sökorsaker som primärvården behöver hantera idag och i framtiden.

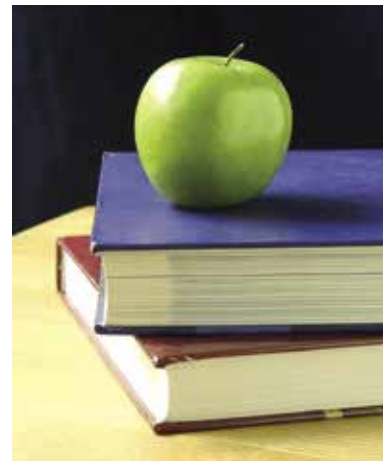
Yngre allmänläkare. I anslutning till NFGP-samarbetet har även ST-läkarna bildat ett eget råd, Nordic Young General Practitioners (NYGP). Representanterna kommer att träffas årligen och delta i NFGP-träffarna. Inför mötet i Helsingör hölls ett förberedande möte för att skapa stadgar, budget och verksamhetsplan. Sverige representerades denna gång av Ulrika Elmroth, men vilka som blir Sveriges två representanter i NYGP-styrelsen är inte helt klart ännu. Den som är intresserad kan kontakta SFAM:s ST-råd. För nordiska ST-läkare finns en Facebook-grupp som heter NYGP.

Det nordiska samarbetet är idag viktigare än någonsin, och det finns all anledning att nu boka in nästa Nordiska Kongress. Den äger rum i Ålborg 17–20 juni 2019, dit alla allmänläkare är varmt välkomna.

Inbjudan

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genom sitt kvalitets- och patientsäkerhetsråd SFAM Q in till den

XV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården



Torsdagen den 15 november 2018
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

Dagen är en mötesplats för ca 150 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården. Alla yrkeskategorier är välkomna.

TEMAT FÖR ÅRET:

**Initiativet är vårt! Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården?
Föreläsningar, förväntningar och farhågor?**

Gästföreläsare: **Ilkka Kunnamo**, adjungerad professor i allmänmedicin Helsingfors Universitet, som har utvecklat guidelines och kliniska beslutsstöd. Just nu arbetar han med Evidence-Based Medicine electronic Decision Support, EBMeDS, www.ebmeds.org, med automatiska påminnelser, interaktiva algoritmer och behandlingsplaner. Även Åke Åkesson, Ann-Charlotte Norman, Damon Tojjar, Gudrun Greim och Ulf Österstad kommer bidra till det spännande programmet.

Vi kommer som vanligt ha fokus på redovisning av, och diskussion om, förbättringsprojekt från olika delar av landet och utbyte av erfarenheter.

Mer info på SFAMs hemsida www.sfam.se.

Har du frågor om din konferensanmälan kontakta:
katarina.boltenstern@sfam.se

**Varmt välkomna till Stockholm den 15 november 2018 för att utbyta erfarenheter
och inspireras till utveckling av svensk primärvård!**

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Har du frågor kontaktar du din närmaste SFAM Q representant:

Eva Arvidsson.....	Jönköping	evaarv@gmail.com
Hans Brandström.....	Gotland	
Stina Gäre Arvidsson (webb)	Stockholm	stina.gare.arvidsson@gmail.com
Nimisha Chanduka.....	Stockholm	nimisha_24@hotmail.com
Rita Fernholm (ordf).....	Stockholm	rita.fernholm@gmail.com
Christer Rosenberg	Blekinge	christer.rosenberg@ltblekinge.se
Robert Kristiansson.....	Uppsala	robert.kristiansson@region uppsala.se
Ulrika Elmroth (styr, repr)	SFAM	ulrika.elmroth@sfam.se
Jenny Berggren	Östergötland	jenny.berggren@regionostergotland.se



Svensk Allmänmedicinsk Kongress Borås 8–10 maj 2019

**Tema:
INTER-
ACTION**

Gränsöverskridande samverkan
och kunskapsutbyte för allmän-
läkare inför en spännande och
utmanande primärvårdsframtid.

www.sfam2019.se

Viktiga datum

1 oktober: Registreringen öppnar
1 februari: Poster abstract deadline

Gå in och anmäl dig redan nu!
Vi välkomnar talare och utställare
med allmänmedicinsk relevans.



Vi ses i Borås nya
kongresshus!

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

sfam@resia.se
www.sfam2019.se
Facebook:
SFAM2019 Borås



21st Nordic Congress of General Practice 2019

Promoting General Practice Perspectives

17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

Abstract submission is open

SAVE
THE
DATES

www.nordicgp2019.dk

Main themes:

- core values
- current challenges
- changing practice

dsam
Danish College of General Practitioners



Join us at the 21st Nordic Congress of General Practice, 17–20 June 2019 in Aalborg, Denmark



Abstract submission closes on 17th December 2018

The Nordic Congress of General Practice builds on a rich tradition of pioneering research in general medicine. This event will have a special focus on **core values**, **current challenges** and **changing practice**. The congress brings together clinicians, researchers and administrators, young and experienced, with a shared interest in primary care.

The programme will feature plenary lectures, presentation of practice relevant research, education and quality development in symposia workshops and by posters. All to represent the essence of general practice in the Nordic countries. Please start considering how you can contribute!

The venue in Aalborg holds unique opportunities for exchanging ideas, discussing research and promoting general practice perspectives.

Hope you join us in Aalborg on 17–20 June 2019!

Chair of Scientific Committee
Anneli Sandbæk
Prof, PhD, GP

Chair of Host Organizing Committee
Jette Kolding Kristensen
Prof, PhD, GP

<http://www.nordicgp2019.dk/>

SFAM:s forskningsråd

SFAM:s råd för forskning ska lyfta fram den vetenskapliga allmänmedicinen och verka för ökad allmänmedicinsk forskning genom att ge stöd och inspiration för den allmänmedicinska forskning som bedrivs i Sverige.

Rådet ser som sin främsta uppgift att stimulera forskning genom stödjande nätverksbyggande och skapa möten för diskussion och erfarenhetsutbyte.

Rådet ska vara ett kontaktnät mellan SFAM, FoU-enheterna och de allmänmedicinska avdelningarna vid universitetsor-

terna i Sverige och för forskande allmänläkare utanför universiteten och högskolorna.

ST-läkare forskning i allmänmedicin ska stimuleras och underlättas. Uppsatserna i ST-examen utgör en grund för fortsatt forskningsverksamhet som allmänläkare.

Medlemmar 2018:

Anna Nager, universitetslektor, Stockholm, *ordförande*, anna@nager.se

Hans Thulesius, docent, Växjö, *SFAM:s representant i EGPRN*, hansthulesius@gmail.com

Susanna Calling, med dr, Lund, susanna.calling@med.lu.se

Staffan Nilsson, universitetslektor, Linköping, staffan.g.nilsson@liu.se

Cecilia Björkelund, professor, Göteborg, cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Per Kristiansson, docent, Uppsala, per.kristiansson@pubcare.uu.se

Stefan Jansson, med dr, Örebro, stefan.jansson@regionorebrolan.se

Mikael Lilja, adj. universitetslektor, Umeå, mikael.lilja@umu.se

ASK-seminarium

23 november 2018

SFAM vill att all fortbildning ska styras av en kompetensvärdering, en analys av behov och förutsättningar för fortbildning. Som stöd i detta arbete har vi ASK-projektet, allmänläkares självvärdering i kollegial dialog. Alla intresserade är välkomna till Stockholm ("Arlanda-nära") den 23 november 2018.

ASK-projektet har som mål:

- att skapa metoder för kontinuerlig självvärdering av den egna allmänmedicinska kompetensen;
 - att skapa former för en kollegial dialog om allmänläkarens kompetens;
 - att stimulera fortbildningsplanering grundad på denna analys.
- Den pedagogiska modellen grundas i glädjen av att se sig själv och att bli sedd.

Upplysningar och anmälan:

Robert Svartholm, polarull.svartholm@telia.com.

SFAM:s fortbildningsprojekt

För att ett kunskapsstöd ska få inverkan på läkares arbetssätt krävs en struktur för kommunikation och kollegial dialog. Denna dialog bör ledas av fortbildningsintresserade läkare som är beredda att ta ett övergripande ansvar för sina kollegors fortbildning.

Hösten 2017 skapades ett nätverk i samband med en workshop om fortbildning på den grekiska ön Skopelos. SFAM har i år fått bidrag från Socialstyrelsen för att driva fortbildningsnätverket vidare. Projektet handlar om utbildning av fortbildningsintresserade allmänläkare i avsikt att förbättra omhändertagandet av patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Nätverket kommer att träffas 1–2 gånger per termin med mellanliggande distansmöten. Ett andra internat med workshop är planerat till 2019 på Skopelos. Se www.sfamfortbildningsprojekt.se.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Ingen räknar landets ST-läkare

Om vi 10 miljoner invånare i Sverige ska få dela en allmänläkare med 1 499 andra behövs 6 700 heltidsarbetande läkare. Idag finns omkring 4 800 omräknat till heltider, dvs. det saknas 1 900. Tittar vi till 2025 behövs en förstärkning med 2 400 allmänläkare.

Gruppen 60+ är den största bland specialisterna i allmänmedicin. Socialstyrelsen räknar med att antalet specialister minskar med 29 % fram till 2025. Utländska läkare kan kompensera så minskningen blir 11 %.

År 2017 hade 18 svarande landsting/regioner tillsammans 1 800 ST-läkare. Tre landsting svarade inte. Det finns ingen central myndighet som vet hur många ST-läkare det finns i Sverige.

Som vanligt när sådana här kalkyler tas fram tänker man sig att varje specialist i allmänmedicin arbetar 100 % kliniskt. Att allmänläkare forskar, utbildar, utreder, är chefer, fackligt aktiva eller jobbar inom t.ex. palliativ vård, rehab och folkhälsa bortser man helt från.

Siffrorna ur Dagens Medicin 13 juni 2018

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

NHS: Patienttid byts mot tid med IT-tekniker

I Storbritannien genomgår National Health System (NHS) en omtumlande period. NHS innebär kostnadsfri sjukvård för besök hos allmänläkare (GP). De senaste åren har finansiering och tillgänglighet knakat i fogarna. Många anser att en lösning skulle vara att din GP i stället för ett personligt möte kunde använda skype eller chatta med dig. Processen är redan igång samtidigt som forskarna vid Nuffield försöker ta reda på vad som händer. Forskningen visar preliminärt att den tid som man eventuellt kan spara genom att din GP inte behöver träffa dig direkt får läggas på möten med it-kunniga/tekniker för att se till att kvalitet och säkerhet håller måttet. Dessa yrkesföreträdare är en bristvara varför det ofta blir logistiska problem i det tekniska arbetet. En försiktig ekonomisk uppskattning är att ett ändrat arbetssätt inte innebär någon ekonomisk besparing.

Ur: IngMarie Skoglund.

Ett akademiskt besök i Oxford, maj 2017.

Distriktsläkaren 2-2018



WORKSHOP NARRATIV MEDICIN

KUNGÄLV'S SJUKHUS 16–17 NOVEMBER 2018

Deepthiman Gowda

Ildikó Márky

Astrid Seeberger

Valdemar Erling

Anmäl dig på www.narrativmedicin.se



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
KUNGÄLV'S SJUKHUS



COLUMBIA UNIVERSITY
Medical Center - Program in Narrative Medicine



GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR KULTUR & HÄLSA

Vårdanalys har analyserat läkarbristen

Det pågår en utveckling för att stärka första linjens vård, men andelen läkare som arbetar i primärvården är låg i internationell jämförelse. Vårdanalys har därför analyserat försörjningen av läkarkompetens i primärvården.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- Det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemannning i primärvården. Bägge utmaningarna har sin grund i avsaknaden av en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi och att läkarförsörjningen inte samordnas i tillräcklig utsträckning på nationell nivå.
- Prognoserna för kompetensförsörjningen är otillräckliga, särskilt ur ett behovs- och efterfrågeperspektiv.
- Läkarnas grund- och vidareutbildning har inte i tillräcklig



utsträckning anpassats till förändrande vårdbehov och arbetssätt.

- Behovet av läkarkompetens ökar – men det är svårt att förutse vilka särskilda kunskaper läkarna kommer behöva eller hur uppgiftsväxling och ny teknik kommer att påverka patienternas vård och vårdssystemet i stort.

Vi identifierar tre utvecklingsområden för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård:

- Regeringens och landstingens styrning av kompetensförsörjningen bör stärkas och utformas efter befolkningens behov.
- Prognoserna som ligger till grund för kompetensförsörjningsarbetet bör utvecklas vidare och utgå från befolkningens behov.
- Regeringen bör stödja arbetet med utvecklade arbetssätt ur ett patient- och medborgarperspektiv.

Ur Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens sjukvård. Vårdanalys 2018:5

Annons

Stor bredd inom den allmänmedicinska forskningen

Om den offentliga och privata arbetsgivaren menar allvar med att utveckla primärvården måste man ge resurser, dvs. avsatt tid, för att allmänläkare ska kunna bedriva forskning och kvalitetshöjande utvecklingsarbete. Det är väsentligt för forskningens legitimitet att forskningsstudierna har till syfte att förbättra verksamheten på vårdcentralen.

De nedan beskrivna studierna visar att bredden på den typ av forskning som kan bedrivas i primärvården är stor: Kliniska undersökningar av en patientgrupp inom ett geografiskt område, journalstudier på sjukhus som uppföljning av patienter från primärvården, bedömningar av verkliga eller fiktiva patientberättelser i text-eller videoformat, riktad screening på vårdcentral, individuella intervjuer, intervjuer i grupp, enkäter till patienter och personal, registerstudier, undersökning av journaldata från vårdcentraler och systematiska undersökningar av det egna och andras arbetssätt.

Nedan ges några exempel på områden där allmänmedicinsk forskning, med användning av olika metoder, har förbättrat kunskaperna inom olika områden. I flera studier är kontinuiteten mellan läkare och patient(er) avgörande för studiens genomförande.

Att forskning bedriven av allmänläkare kommit till praktisk nytta finns många exempel på. Alla de beskrivna studierna har påverkat arbetet på vårdcentralen eller har potential till det. Att forska inom sin egen verksamhet är något för varje allmänläkare att överväga.

"Det är väsentligt för forskningens legitimitet att forskningsstudierna har till syfte att förbättra verksamheten på vårdcentralen."

Folksjukdomar

Svenska Dagbladet varnade på sin förstasida en dag 1993 för att sänka blodtrycket för mycket. Det kunde leda till ökad dödlighet. Det var **Ulf Lindblads** avhandling [1] som överraskande nådde förstasidan. Ulf Lindblads omfattande journalgenomgångar på Kärnsjukhuset i Skövde för att undersöka prognosen för hypertoni (utveckling av hjärtsvikt) hade "bekräftat" teorin om J-kurvan, dvs. att när det diastoliska trycket blir för lågt ökar risken för hjärtassocierad död. Det blev ett bifynd i en avhandling som undersökte nyttan av strukturerade blodtrycksmottagningar.

I Laxå genomförde **Dan Andersson** under några år på tidigt 1980-tal blodsockerscreening av besökare till vårdcentralen.

Ökad absolut prevalens på 1,5 % (till 4,3 %) kunde observeras under en femtonårsperiod och prognos relaterad till blodsockerkontroller kunde bestämmas. Studien [2] var möjliga genom lång tids befolknings- och läkarkontinuitet.

I **Margareta Hellgrens**, Skövde, avhandling [3] framkom möjligheter att på en vårdcentral hitta och behandla individer med störd glukosomsättning. Man kan under en begränsad tid genomföra intensiva insatser som har till följd att komplikationsriskerna sjunker. Både kost och motion förbättras.

Sofia Dalemo, Lidköping, har visat att patienter med hyperkalcemi förr eller senare utvecklar en symptomgivande diagnos, oftast hyperparatyroidism. Hennes forskningsstudier [4] underlättades av långvarig läkarkontinuitet i Tibro på 1980- och 1990-talet.

Magnus Geirsson, Skövde, visade att vad som bedöms vara en godtagbar alkoholkonsumtion varierar med allmänläkarens egna alkoholvanor. Kvinnor bedöms strängare än män trots att män har klart högre alkoholkonsumtion [5].

Konsultationen

Begreppen "symtompresentation" och "kroppsempati" utvecklades av **Carl Edvard Rudebeck** [6], då i Umeå. Utgående från ett fyrtiotal i närområdet aktiva allmänläkares symptombeskrivningstolkningar och videoinspelningar formulerade Rudebeck sina begrepp. De begreppen har långsamt letat sig in i beskrivningen av hur allmänläkare arbetar. Carl Edvard Rudebeck, numera i Västervik, har sedan själv utvecklat hur den allmänmedicinska kompetensen formuleras, senast på SFAM:s årskongress i Norrköping 2018.

Att resultaten av en konsultation delvis uppfattas olika av patienter och läkare var nog inte så förvånande för **Annika Andén**, Luleå. I sin avhandling [7] intervjuade hon båda grupperna. Vad som var ett bra resultat av en konsultation skiljde sig åt. Läkarna betonade coping medan patienterna sa att det värdefulla var att deras egen uppfattning om symtomen och sjukdomen konfirmerades. Både läkare och patienter satte dock nöjdhet med konsultationen högt.



Illustration: Annika Andén

Kristian Svenberg, Göteborg, fann [8] att det är till hjälp för allmänläkare i Sverige att man håller sig öppen för delvis andra föreställningar om sjukdom när man möter patienter med ursprung i Somalia. Synen på psykiska besvär är annorlunda. Bristande förmåga hos läkare i Sverige har gjort att somaliska patienter ibland åker till Tyskland för vård.

Utbildning och handledning

Mats Wahlqvist, Göteborg, visade i sin avhandling [9] att läkarstudenters patientcenterade attityd under utbildningen metaforiskt kan beskrivas som ett timglas. Den patientnära synen i början av utbildningen stramas åt under de första kliniska kurserna för att åter vidgas i slutet av utbildningen.

Mats Wahlqvist kom sedan att handleda **Bernhard von Below**, Göteborg, i en avhandling om handledning av läkarstudenter [10]. von Below poängterar att handledning av läkarstudenter är ett legitimt uppdrag om vissa förutsättningar uppfylls – tid i schemat samt stöd av chef och medarbetare. Gammal kunskap om lärlingsskap blev systematiskt studerat.

"I flera studier är kontinuiteten mellan läkare och patient(er) avgörande för studiens genomförande."

Att Balintgrupper är till stor nytta för deltagande allmänläkare skriver **Dorte Kjeldmand**, Eksjö, om i den enda svenska avhandlingen om Balintgruppsarbete [11]. Hon har intervjuat allmänläkare med lång erfarenhet av att delta i Balintgrupp. Preliminära resultat från avhandlingen väckte mycket uppmärksamhet på internationella Balintkongressen i Stockholm 2005. Inte minst de lite oväntade fynden att det finns risker med Balintgrupper: deltagare kan komma i kläm om inte gruppleadaren agerar med skicklighet.

Anders Hansson, Göteborg, beskrev i sin avhandling [12] behovet av samarbete med andra yrkesgrupper, särskilt sjuksköterskor. Läkarstudenterna var mer inriktade på att tillägna sig läkarrollen än att samarbeta med andra yrkesgrupper. Då det nu gått mer än tio år sedan Anders Hanssons studier har förändringar skett. Det s.k. interprofessionella lärandet (IPL) har fått en starkare ställning på landets läkarutbildningar.

Organisation

Att praxis varierar i hur allmänläkaren arbetar kan studeras genom primärvårdsregister som finns lätt tillgängliga. **Per Hjerpe**; Skövde, har visat [13] hur läkemedelsförskrivningar varierar mellan vårdcentraler i förhållande till lokala läkemedelsråd. Vårdcentraler som fått besök av läkemedelsföretag hade högre förskrivning av det företags läkemedel.

Björn Landström
Vetenskaplig sekreterare i SFAM
Skaraborgsinstitutet för forskning
och utveckling, Skövde
Närhälsan Tidans vårdcentral
bjorn.landstrom@vgregion.se

Jäv saknas.



Referenser:

1. Lindblad U. The prognosis of hypertension [avh]. Malmö: Lund University; 1993.
 2. Andersson D. Diabetes mellitus in a defined population [avh]. Uppsala: Uppsala University; 1994.
 3. Hellgren M. DIAVIP - Diabetes prevention in primary care [avh]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2014.
 4. Dalemo S. Elevated calcium concentration - is it dangerous? [avh]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2014.
 5. Geirsson M. Alcohol prevention in Swedish primary health care [avh]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2011.
 6. Rudebeck C E. General practice and the dialogue of clinical practice [avh]. Scand J Prim Health Care; suppl 1/1992.
 7. Andén A. Outcomes from GPs' consultations [avh]. Linköping: Linköping University; 2009.
 8. Svenberg K. Mötet mellan patienten och läkaren - erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare under utbildning [avh]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2011.
 9. Wahlqvist M. Medical students' learning of the consultation and the patient-doctor relationship [avh]. Göteborg: Göteborg University; 2007.
 10. von Below B. Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter [avh]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2017.
 11. Kjeldmand D. The doctor, the task and the group [avh]. Uppsala: Uppsala University; 2006.
 12. Hansson A. Nya utmaningar, gamla strategier - om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete [avh]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2008.
 13. Hjerpe P. Investigating practice variation in a changing primary care [avh]. Lund: Lund University; 2011.
-

**Plats-
annons**

Forskning och medicinskt ansvar vid multisjuklighet och komplexa hälsoproblem

För att en generalistinriktad läkare ska ha möjlighet att ta ett övergripande medicinskt ansvar över tid krävs en *horisontell integrering* av patienternas samlade hälsosituation enligt DBU-modellen (Diagnostik – Behandling – Uppföljning). Detta förutsätter också att multisjuklighet (generalistnivån) beforskas som ett eget medicinskt problemområde.

Patienter i sjukvården ofta har flera samtidiga, långvariga hälsoproblem som behöver handläggas på generalistnivå med fokus på integrering och koordinering över tid på de enskilda patienternas premisser. Kunskapsproduktionen (forskning och utveckling) tillsammans med ledning/styrning har sedan lång tid tvärtom varit hårt inriktade på avgränsade hälsoproblem. Den pågående sjukvårdskrisen är till stor del förorsakad av den omfattande mismatchen mellan praktisk sjukvård (innehåll) och vårdens förutsättningar (form).

"Den pågående sjukvårdskrisen är till stor del förorsakad av den omfattande mismatchen mellan praktisk sjukvård (innehåll) och vårdens förutsättningar (form)."

Forskning har en inneboende tendens till avgränsning av frågeställningar, metodik och resultat-tolkning. I vetenskapliga studier används t.ex. ofta inklusions- och exklusions-kriterier för att definiera en forskningspopulation och resultaten brukar redovisas som medelvärden med spridningar för olika grupper. Sådan forskningsmetodik blir alltmer olämplig ju mer heterogen en population är, vilket får särskilt stor betydelse

Gunnar Akner är specialist i internmedicin, geriatrik och klinisk nutrition. Förutom att vara professor vid Sophiahemmetts högskola och docent i geriatrik vid Karolinska institutet är han chefredaktör för Svensk Geriatrik. Han är även aktiv på Ordbytte.

På frågan "Vad är en god och nära vård för dig?" hänvisar han till sin artikel "Rapport från framtidens geriatrik och äldreomsorg", publicerad i Läkartidningen 2017;114: 1850-2.

Denna artikel är tidigare publicerad i Svensk geriatrik 1-2018.

inom generalistorienterade verksamheter som t.ex. geriatrik/äldreomsorg, allmänmedicin och internmedicin.

Dilemmat illustreras av figuren med T-modellen. Forskning sker typiskt genom tilltagande specialisering nedåt i figuren (specialistnivå), medan patienternas samlade hälsosituation illustreras av den horisontella axeln (generalistnivå). För att kunna användas i praktisk sjukvård måste resultat från vetenskapliga studier translateras tillbaka från specialistnivån till generalistnivån.

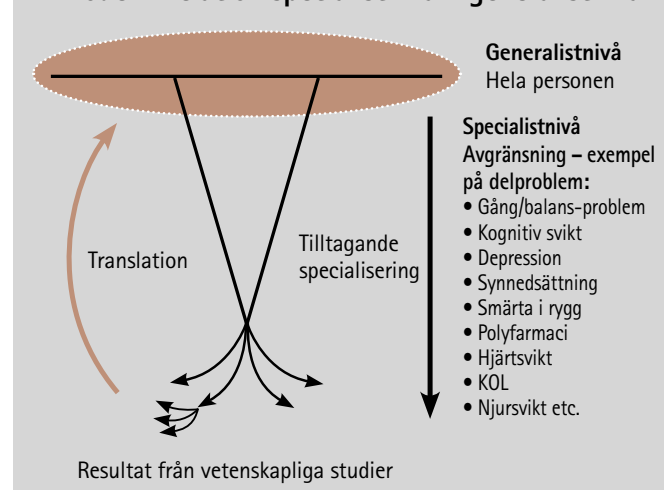
Inom specialiserade kliniska verksamheter som t.ex. hematologi eller njurmedicin ligger den vetenskapliga kunskapsnivån (artiklar, läroböcker) nära den kliniska verksamheten.

Majoriteten av patienterna i sjukvården har dock flera samtidiga hälsoproblem, och då uppstår en osäkerhet om vetenskapliga kunskaper inom olika delområden är tillämpbara för patienterna i sin helhet.

Detta kan illustreras med två 75-åriga kvinnor med samma grad av hjärtsvikt samt fyra andra (men olika) samtidiga kroniska sjukdomar: Den ena kvinnan har hjärtsvikt + KOL, Parkinsons sjukdom, diabetes mellitus och utbredd artros. Den andra kvinnan har hjärtsvikt + reumatoid artrit, ulcerös kolit, psoriasis och undernäringstillstånd. Frågan är om hjärtsvikt kan betraktas som samma sjukdom med samma genomsnittliga behandlingsbarhet (potentiella reversibilitet), oavsett vilka andra sjukdomar som förekommer samtidigt?

Detta problem blir exponentiellt större ju fler samtidiga hälsoproblem en person har. Till detta ska läggas att vetenskapliga studier av läkemedelsinteraktioner regelmässigt bara studerat två olika läkemedel i taget. Som jämförelse använder personer i åldersgruppen 75–79 år i Sverige i genomsnitt fem olika läkemedel.

T-modell: Relation specialistnivå – generalistnivå



Ovanstående innebär att man varken kan eller bör betrakta olika sjukdomar och skador hos en person som separata problem som kan hanteras oberoende av varandra. De utgör kommuniserande kärn som ger olika totaleffekter (unika kliniska fenotyper). För att kunna handlägga personer med flera samtidiga hälso-problem (generalistnivå) krävs därför en *horisontell integrering*.

Patientsäkerhetslagen definierar 21 vårdyrkesgrupper med legitimation och att de enskilda legitimerade vårdgivarna har ansvar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter inom sitt legitimationsområde. Det finns dock ingen reglering av horisontellt ansvar för patienternas samlade hälsosituation enligt DBU-modellen (Diagnostik – Behandling – Uppföljning).

Sammantaget leder detta till två viktiga slutsatser angående multisjuklighet/komplexa hälsoproblem:

- Patienter med multipla hälsoproblem måste beforskas som ett eget problemområde, som komplement till forskning på patienter med avgränsade hälsoproblem.

- Det måste finnas en ansvarig läkare som tar ett horisontellt, övergripande medicinskt ansvar att *integrera* och *koordinera* all diagnostik och behandling inklusive vård och omsorg, såväl den som ges av olika huvudmän eller vårdenheter, som den som ges av olika vårdyrkesgrupper, i nära samarbete med dessa.



Gunnar Akner
akner.gunnar@gmail.com

Jäv saknas.

Nationell samling för forskning och utbildning

Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU) är ett officiellt samarbete mellan Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och representanter för alla allmänmedicinska institutioner i Sverige. Allmänmedicinsk forskning bör i framtiden ha en tydligare och starkare professionell röst inom forskning, vård och utbildning. SAFU kan axla den rollen.

Nätverket SAFU bildades för två år sedan då DLF och SFAM tog fram professionens förslag för utvecklandet av svensk primärvård, *Nationell primärvårdsreform – distriktsläkares förslag för en tryggad och utvecklad nationell primärvård*. Utan utbyggnad och tryggad solid struktur för forskning, utbildning och professionell utveckling blir primärvården och den kommande nära vården aldrig basen för svensk sjukvård.

DLF tog initiativet att tillsammans med SFAM och allmänmedicinska institutioner driva att den allmänmedicinska forskningen får bättre förutsättningar och stärks på universitet och i primärvården. SAFU ska synliggöra behoven på nationell nivå.

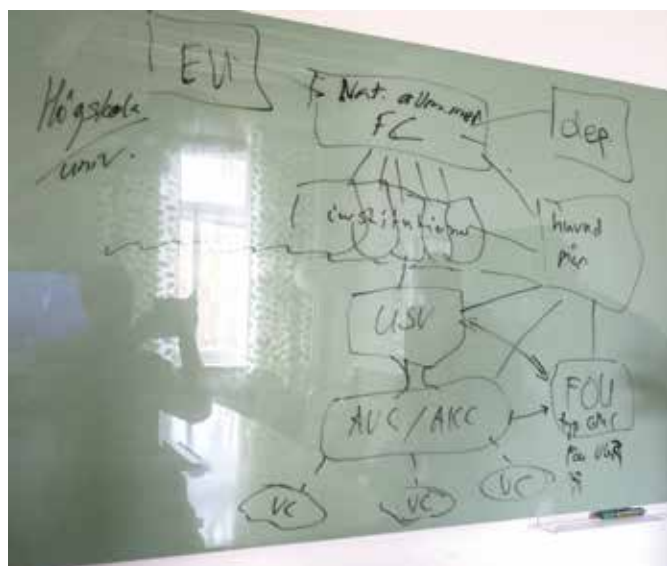
Nätverket har successivt växt. Förutom DLF och SFAM deltar representanter från alla åtta universitet med forskning i allmänmedicin och primärvård samt från de större landstingens forskningsenheter. Kontakt finns med andra instanser engagerade i FoU-frågor, t.ex. Svenska Läkaresällskapet, Utbildnings- och forskningsdelegationen inom Sveriges Läkarförbund, SKL samt allmänmedicinska nätverk.

Utvecklingsområden som tidigt identifierades var resurser och struktur. Vilken infrastruktur behöver byggas upp? Hur kan vård och universitet/akademi samverka på nationell, regional

och lokal nivå? Hur ska forskningen på vårdcentralen bli en viktig kugge i ett nationellt allmänmedicinskt forskningsnätverk? Vad krävs gällande forskningstjänster och forskningskompetens på primärvårdsenheter? Hur kan universitetssjukvårdsenheter organiseras som en del av primärvården? Vad behöver göras beträffande tilldelning av forskningsmedel? Hur kan forskningen bli en naturlig del i allmänmedicinarens yrke? Hur säkerställa forskarutbildning i alla delar av vårt land?

"Utan utbyggnad och tryggad solid struktur för forskning, utbildning och professionell utveckling blir primärvården och den kommande nära vården aldrig basen för svensk sjukvård."

Nätverket identifierade tidigt behovet av att lyfta in den breda primärvårdsforskningen som grund. Tvärprofessionell forskning är en allt viktigare del för att svara på de frågor som behöver besvaras. I takt med att fler patientgrupper tas om hand av allt fler kompetenser inom primärvård måste forskningen i högre grad utgå från detta, och forskningsområdena är många. Akuta/kroniska sjukdomar och andelen multisjuka äldre ökar. Samverkan med kommuner och andra aktörer ökar. Detta är



Från SAFU:s möte på Läkarförbundet.

Foto: Ingrid Eckerman

goda exempel på forskningsfält där kunskapen behöver förstärkas genom forskning som leds och görs av allmänmedicinare.

Forskningstraditionen inom allmänmedicin är svag, och färre än 1 % av professorerna inom medicinsk fakultet är specialist i allmänmedicin. Tillgången till akademiska tjänster är osäker och det finns få akademiska tjänster efter disputation för kliniskt verksamma i primärvården. Förutsättningar för en akademisk karriär är i många delar obefintlig. Utvecklingen är olika inom olika delar av landet.

"I framtiden måste det finnas ett professionellt forum som kan representera alla forskande kollegor i vården, på universitet och institutioner."

Dessa problem kräver nationell samordning och professionella nationella forum där akademi och vård ingår som jämberörda delar. Som ett exempel på en fungerande struktur har nätverket lyft Nationella forskarskolan inom allmänmedicin. På nationell nivå har säkerställts resurser och struktur som lett till fler forskare och högre kvalitet inom forskningen. Just nu är dess framtid osäker då det saknas långsiktiga lösningar för finansiering.

En av de viktigaste åtgärderna för att stärka forskningen är en omfördelning av dagens forskningsmedel på universitets- och landstingsnivå. ALF-medlen bör styras om. En ökning av finansieringen är ett måste, inklusive att se över extern finansiering. Ett nationellt forum för samordning och samarbete skulle kunna öka resurserna till den allmänmedicinska forskningen.

Mycket talar för att en nationell samordningsfunktion behöver utvecklas, ett forum där institutioner, andra forskningsaktö-

rer och vården möts. Då kan skapas förutsättningar för fler och större forskningsprojekt som i sin tur får större förutsättningar för tryggad finansiering. Nationell samordning och nationellt likartad struktur är nödvändigt för att göra vårdcentraler till lockande delar av den medicinska forskningen i Sverige.

Ett ytterligare område som SAFU engagerat sig i är kunskapsstöd för sjukdomar och frågeställningar som främst sköts i primärvården. Just nu ansvarar våra politiska sjukvårdshuvudmän inom SKL för denna kunskapsutveckling utan professionell akademisk allmänmedicinsk ledning. Även här behövs ett nationellt forum med ansvar för kunskapsstöd inom primärvård och allmänmedicin.

Nätverket arbetar också med frågor rörande utbildning och handledning. Läkarutbildning och kunskapsutveckling kräver akademiska lärare med pedagogisk kompetens. Vi behöver bli fler kollegor runt om i landet som fyller de kriterierna.

Vad har SAFU gjort hittills?

Vi har samverkat med Jens Schollin som hade regeringens uppdrag att lämna förslag till ett sammanhållet system för läkarens grundutbildning och specialisering.

Vi har lämnat förslag till Sveriges Läkarsällskaps och Vetenskapsrådets utvecklingsprojekt om framtida forskning. Delar finns införda i Sveriges läkarsällskaps nyligen utgivna policydokument *Kunskapslösningen – 17 förslag för en bättre hälso- och sjukvård*.

Vi har träffat Anna Nergårdh, regeringens samordnare och utredare för utvecklingen mot en god och nära vård. SAFU:s förslag kring forsknings och utbildningsfrågor överlämnas till henne under hösten 2018 inför betänkandet i mars 2019.

Vi har tagit fram ett förslag för universitetssjukvårdsenheter och akademiska vårdcentraler. En nationell modell med likvärdiga förutsättningar i hela landet behöver utvecklas, vilket också framförs i Socialstyrelsens ALF-utvärdering (se sid 17). Detta förslag har lämnats till SKL för fortsatta diskussioner under hösten.

Som del i arbetet inom Läkaresällskapet m.fl. tog nätverket fram ett förslag om forskning på vård i samverkan för de mest vårdbehövande. Ett dokument finns kring framtida primärvårdsforskning med fokus på vårdkedjor och dess olika delar.

SAFU har en kontinuerlig kontakt med ansvariga politiker och tjänstemän inom SKL och kollegor som är engagerade i kunskapsstyrningsarbetet med nationella kunskapsstöd och nationella programråd inom SKL.

I framtiden måste det finnas ett professionellt forum som kan representera alla forskande kollegor i vården, på universitet och institutioner. Vi behöver fortsätta att arbeta med frågor kring forskning, utbildning och kunskapsutveckling inom primärvård och allmänmedicin. Vi behöver göra det tillsammans på nationell nivå.

Ove Andersson

Ordförande Samling för Allmänmedicinsk
Forskning och Utbildning
F.d. ordförande
Svenska Distriktsläkarföreningen
Sveriges Läkarförbund
ogandersson@gmail.com



Jäv saknas.

Forskning och utbildning i allmänmedicin/primärvård

Reflektioner efter besök på landets universitetssjukvårdsenheter

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utvärderat universitetssjukvården i förhållande till avtalet mellan staten och regioner med utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet). En fördjupad utvärdering av universitetssjukvårdsenheter (USVE) har gjorts inom områdena barnsjukvård, kvinno- sjukvård, onkologi, psykiatri och allmänmedicin/ primärvård med platsbesök vid 34 USVE. Utvärderingen har lett till följande rekommendationer som gäller för alla de medicinska specialiteterna [1]:

- Fler kombinationstjänster (professorer och lektorer) är nödvändiga för klinisk forskning och läkarutbildning på hög nivå
- Planlagd forskarutbildning: från student till docent
- Forskarskolor är mycket bra för att främja forskning
- Generationsväxling – ett problem framöver
- Mer utlokalisering av läkarutbildning från sjukhus till primärvård
- Utökad patientmedverkan i forskning, utveckling, läkarutbildning
- Krav på handledarutbildning vid studenthandledning
- Utökad kartläggning av patientupplevelser

"Allmänmedicin/primärvård står inför en rad utmaningar. Detta gäller inom alla de områden som utvärderades: Klinisk forskning, läkarutbildning, utvecklingsarbete och infrastruktur."

Universitetssjukvårdsenheter (USVE) inom allmänmedicin/ primärvård

Vi (granskare/expert) har gjort platsbesök vid alla USVE inom allmänmedicin/primärvård i landet. Under en dag (november 2017- januari 2018) träffade vi ledningen för USVE, professorer och andra lärare samt forskare, doktorander och studenter.

Det är en stor variation mellan landets USVE inom allmänmedicin/primärvård. Den minsta enheten omfattar en enskild vårdcentral (Örebro) och den största (Stockholm) omfattar alla de 206 vårdcentralerna i regionen. USVE benämns också olika:

- Universitetsklinik primärvård Skåne
- Familjemedicin (Västerbotten/VLL)

- Primärvårdens universitetssjukvårdsenhet Västra Götalandsregionen (VGR)
- Akademiskt Primärvårdscentrum (Stockholm)
- Allmänmedicin (Uppsala)
- Vårdcentralerna Ekholmen/Kärna (Linköping)
- Brickebackens vårdcentral (Örebro)

Utmaningar inom allmänmedicin/primärvård

Allmänmedicin/primärvård står inför en rad utmaningar. Detta gäller inom alla de områden som utvärderades: Klinisk forskning, läkarutbildning, utvecklingsarbete och infrastruktur.

Klinisk forskning

Det pågår generationsskiftet för handledare, lärare, lektorer och professorer inom allmänmedicin med problem vad gäller succession. Antalet docenter inom ämnet är begränsat.

Forskningskulturen i primärvården kännetecknas av en humanistisk kultur där man arbetar både med hypotesgenererande kvalitativa studier/metoder och epidemiologiska kvantitativa metoder och studier. Detta kan ge svårigheter att definiera problem och sjukdomsgrupper på traditionellt sätt, som ofta varit naturvetenskaplig och kan jämföras med den sjukhustunga forskningen (som arbetar med diagnoser och väldefinierade behandlingar), vilken lutar åt naturvetenskap och kvantitativa effektmått som premieras (citeringar, impact och antal artiklar).

Forsknings-ALF-medel till allmänmedicin/primärvård utgör endast 1–2 procent av totala forsknings-ALF (cirka 1,7 miljarder 2015). Detta kan jämföras med utbildningsuppdraget med grundutbildnings-ALF på cirka 10 procent av totala grundutbildnings-ALF (cirka 0,5 miljarder 2015). Det är en stor utmaning för USVE inom allmänmedicin/primärvård att utöka anslagen från forsknings-ALF, nationella och regionala anslag.

Forskar-AT och forskar-ST bör i högre utsträckning tilldelas inom allmänmedicin/primärvård. Det har i utvärderingen framkommit att grundutbildningen tränger undan forskningstid för lärare och forskande läkare, vilket kan vara en anledning till att forskande allmänläkare kan avstå från att söka och bli lektorer.

Vid flera av de sju USVE utgör antalet allmänläkare/ST-läkare i allmänmedicin en förhållandevis låg andel av doktoranderna.

Läkarutbildning

Det pågår generationsskiftet för handledare, lärare, lektorer och professorer, vilket redan innebär problem för såväl läkarutbildning som forskning. Den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) på vårdcentralerna har ett spann från 5 veckor till 15 veckor. I VGR, Skåne, VLL och Uppsala omfattar VFU 5–6 veckor, i Östergötland 8 veckor, i Stockholm 10 veckor och i Örebro 15 veckor.



Illustration: Annika Andén

Utveckling av hälso- och sjukvård

Fortsatt utveckling och uppbyggnad av stödjande strukturer för utveckling av klinisk forskning i primärvårdens kontext kommer att vara helt avgörande för hälso- och sjukvårdens utveckling under de närmaste decennierna. Det erfordras samverkande forskningsprojekt med forskning som omfattar komplexa interventioner, samverkan över vårdorganisationer och vårdnivåer, implementeringsforskning och processutvärderingar för att åstadkomma att primärvården verkligen blir basen i hälso- och sjukvården och att effektiv vård av framför allt den starkt växande gruppen av befolkningen med multimorbiditet och stort sjukvårdsbehov utvecklas.

Denna typ av forskning bör utgå från primärvårdsnivån, som har samordningsansvaret vad gäller individens hälso- och sjukvård och som är huben i systemet. Forskningen bör ske i nära samverkan och samarbete med kommunala vårdens och sjukhusanknutna vårdens forskare. För att forskningen ska bli relevant måste den även utgå från allmänmedicinsk kontext och innefatta medicinsk forskning, organisationsforskning samt hälsoekonomisk forskning. Detta kräver resurser långt utöver de som närvarande finns inom svensk allmänmedicin/primärvård.

Infrastruktur

Bristen på allmänläkare i hela landet med underbemannade vårdcentraler är en svårhanterlig utmaning, som inte går att lösa på flera år även om vissa ansträngningar nu görs.

De sju USVE inom allmänmedicin/primärvård har en påfallande stor variation i uppbyggnad och verksamhet. Det har hittills inte funnits någon definition av USVE, vilket delvis bidragit till den stora variationen mellan USVE inom allmänmedicin/primärvård.

USVE är ingen juridisk enhet. Det har varit oklart om det ska finnas en verksamhetschef. Vilka kan vara anställda vid USVE? Personer anknytta till enheten identifierar sig ofta med en anställning i ett forskningsprojekt, på en klinik, vid universitetet, på en vårdcentral, tillhörande en professionell grupp

(som läkare, sjuksköterska, psykolog) eller som undervisare i särskild kurs/utbildning.

Det föreligger svårigheter med koordination och samverkan inom de alltför stora USV-enheterna i Stockholm och i Skåne. Som exempel finns i Stockholm med cirka 2 miljoner invånare sammanlagt 206 vårdcentraler med cirka 800 distriktsläkare/allmänläkare. USVE i Örebroregionen och i Östergötland är för närvarande förlagda på 2 vårdcentraler i dessa båda regioner, vilket i utvärderingen bedömts vara alltför små och sårbara enheter.

Det är framledes värdefullt att diskutera vad som ska vara gemensamt och likformigt för USVE inom allmänmedicin/primärvård och vad som kan skilja sig mellan regionerna.

Reflektioner och rekommendationer

Nationella forskarskolan i allmänmedicin

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin upplevs av alla USVE som ett mycket värdefullt bidrag till doktorandernas möjlighet att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens, nationella forskningsnätverk och internationella forskningskontakter. Samtliga kompetenser med klinisk verksamhet i primärvården deltar och kan delta i forskarskolan, dvs. läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, socionomer, fysioterapeuter.

En förutsättning på den nationella forskarskolan i allmänmedicin bedöms i utvärderingen som synnerligen angeläget.

"Det förutsätter en kraftfull satsning på universitetsanknuten allmänmedicin och primärvård samt att de allmänmedicinska enheterna vid universitetet gemensamt utvecklar en infrastruktur som kombinerar god klinisk primärvårdsforskning och god allmänmedicinsk undervisning/handledning."

Grundutbildning till läkare

Läkarstudenterna är vid alla sju USVE mycket nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning på vårdcentralerna i såväl skriftliga utvärderingar som i våra intervjuer vid platsbesöken. De har framfört att de möter många olika hälsoproblem och sjukdomar under sina dagar på vårdcentral och att tiden på vårdcentral är väl använd. Enda tillfälle när studenterna anger problem har varit i samband med sjukdom hos namngiven handledare.

Handledarutbildning för allmänläkare som medverkar i grundutbildningen har lång tradition och är välfungerande vid alla sju USVE. Studenterna erbjuds namngiven handledare som de kan vända sig till. Detta kan vara en handledare för en mindre grupp studenter på de första terminerna och för varje student i slutet av utbildningen, som regel på termin 11. I studentintervjuerna har ofta framkommit att den verksam-

hetsförlagda utbildningen på sjukhus inte varit så bra som den på vårdcentral p.g.a. för få patienter, oklarheter om handledare, för mycket väntetider utan aktiviteter m.m.

Studenterna har genomgående anggett att den verksamhetsförlagda utbildningen på vårdcentral kan utökas. Vår bedömning är att den verksamhetsförlagda utbildningen på vårdcentral bör utökas vid de fyra USVE som för närvarande har 5–6 veckor på vårdcentral (VGR, Skåne, VLL och Uppsala). Den omfattande verksamhetsförlagda utbildningen (15 veckor) vid vårdcentralerna i Örebro kan möjligen diskuteras med tanke på att detta sannolikt ger för hård belastning på vårdcentraler och handledare. Nyligen har arbetsmiljöproblem redovisats från flera vårdcentraler i denna region.

Infrastruktur

Lunds universitet och Region Skånes satsning på Centrum för primärvårdsforskning har varit framgångsrik. USVE består av detta centrum, Allmänmedicinska kunskapscentra (AKC, för närvarande på 11 vårdcentraler), Kunskapscentrum för primärvården (KCP med AT- och ST-studierektorer) och Allmänläkarkonsulter (AKO). Vår bedömning är att denna USVE med omfattande forskning, grundutbildning, fortbildning (AT, ST) och kompetensutveckling i vid bemärkelse kan vara en förebild för USVE inom allmänmedicin/primärvård i Sverige.

USVE i Umeå, där det finns en nära anknytning mellan Enheten för allmänmedicin vid Umeå universitet och vårdcentralerna i Västerbotten, har varit bra för att befrämja forskning och grundutbildning. Den första undervisningsmottagningen i Umeå (med egna mottagningsrum för de läkarstuderande med studentens namn på dörren) har varit framgångsrik och uppskattad av studenter, handledare och patienter. Liknande undervisningsmottagningar planeras på andra vårdcentraler. Glesbygdسالternativet inom grundutbildningen (Storumans hälsocentral och Lycksele sjukhus) är intressanta utvecklingsprojekt.

Utveckling av hälso- och sjukvården

Innovativ forskning och utvecklingsarbete redovisas vid flera av USVE inom allmänmedicin/primärvård. Inom enheterna pågår en stor bredd av utvecklingsprojekt inom de stora folksjukdomarna, exempelvis diabetes, astma/Kol, osteoporos, fysisk aktivitet för äldre, palliativ vård i hemsjukvård, sårvård, smärta samt utvärderingar av processer för diagnostik av patienter med diffusa symtom och cancermisstanke (DC), e-hälsoprojekt, utvärdering av digitalt anamnesverktyg och effekten av mindfulness som gruppbehandling vid depression.

Ett exempel som visar hur forskning och implementering kan kombineras är den metodutveckling som benämns "Vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen", där den första delen av ett metodutvecklingsprojekt genomförts som en fullskalig RCT-studie på 23 vårdcentraler, och där erfarenheter från studien, personalutbildning och vårdcentralerna i VGR tas tillvara i den fortsatta breddimplementeringen, som vilar på god evidens från RCT-studien. Andra exempel är ett projekt om förmaksflimmer som påtagligt förbättrat behandlingen vid vårdcentralerna och ett e-hälsa-projekt om att använda mobiltelefon (app) för levnadsråd.

Flera av USVE redovisar årsrapporter samt redovisningar av forskning och fortbildning på sina hemsidor. Många USVE

anordnar Primärvårdsdagar och Distriktsläkardagar för personal inom sin region/landsting. Ett flertal allmänläkare vid USVE medverkar regelbundet i olika patientföreningar.

Konklusion

För allmänmedicin/primärvård kan universitetssjukvårdsenheterna ges större tillgång till ALF-forskningsmedlen och möjlighet att bedriva klinisk forskning och utveckling i en primärvårdskontext med större, samverkande forskningsprojekt. Detta befrämjar att primärvården verkligen blir basen i hälso- och sjukvården. Men det förutsätter en kraftfull satsning på universitetsanknuten allmänmedicin och primärvård samt att de allmänmedicinska enheterna vid universiteten gemensamt utvecklar en infrastruktur som kombinerar god klinisk primärvårdsforskning och god allmänmedicinsk undervisning/handledning.



Cecilia Björkelund
Senior professor
Sahlgrenska
akademin
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se



Lars Borgquist
Professor em
Linköpings
universitet



Birgitta Hovelius
Professor em
Lunds universitet

Jäv saknas.

Referens:

1. Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer. Socialstyrelsen 2018-3-23.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-3-23>.

Är du drabbad? Gör vårt enkla test!

Doktor Glad AB
@doktor-glad
Alias Andreas Thörneby

Nationella forskarskolan i allmänmedicin – historia, betydelse och framtid

Trots att mycket hälso- och sjukvård sker i primärvården utgör den kliniska forskningen i primärvården endast en procent av all medicinsk forskning i Sverige. Detta kan delvis förklaras av att allmänmedicin är en ung medicinsk specialitet. Den första professuren inrättades 1981, och antalet allmänmedicinska professorer och docenter är fortfarande lågt i förhållande till både grundutbildnings- och forskningsbehov.

En betydligt ökad forskningsverksamhet behövs således i primärvården. Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på evidensbaserad och effektiv vård speciellt inom primärvården. Klinisk forskning i primärvården kräver särskild kunskap inom epidemiologi och metodik.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin

Som svar på det ökade behovet utlyste Vetenskapsrådet 2009 medel för stöd till etablering av forskarskolor, däribland en forskarskola i allmänmedicin. Efter en extern granskning fick Umeå universitet, i samarbete med Linköpings och Göteborgs universitet, uppdraget att koordinera och administrera den Nationella forskarskolan i allmänmedicin under professor Lars Hjalmar Lindholms ledning. Målet var att få en ny generation välutbildade forskare i allmänmedicin med en utbildning som håller hög internationell standard.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin vill ge doktorander i allmänmedicin möjligheter och erfarenheter utöver det som erhålls via den ordinarie doktorandutbildningen vid hemmauniversitetet. Forskarskolan stimulerar till kreativa och hållbara miljöer för forskning i primärvård och uppmuntrar multidisciplinär forskning. Inom ramen för forskarskolan ges möjlighet att knyta både nationella och internationella kontakter.

Alla svenska universitet med läkarutbildning står idag bakom forskarskolan. Modellen har beskrivits i tidskriften Lancet av dess redaktör Richard Horton 2014 [1] som en framgångsfaktor för att

stärka forskning i primärvård. Richard Horton belyser speciellt tre framgångsfaktorer av central betydelse:

- närhet till seniora forskare utanför den egna forskargruppen och universitetet;
- personlig feedback på hur man skriver internationella vetenskapliga artiklar;
- stimulera internationella forsknings-samarbeten.

Som exempel på det sista kan nämnas "pre-doc", en möjlighet till forskningsvistelse under 2–3 månader vid en utländsk institution inom doktorandens forskningsfält före disputation. Därmed ges ett bredare perspektiv och fördjupad kunskap samt personliga internationella kontakter. Flera doktorander har tagit denna chans och besökt universitet i främst Australien, USA och Nya Zeeland [2].

Ett annat exempel på skolans internationella prägel är att en redaktör från The Lancet är en av skolans lärare tillsammans med lärare från universiteten i Cambridge, Oxford, Southampton, Sydney, Auckland, NIH (Framingham and Phoenix) och andra excellenta center.

De doktorander som antagits till fors-

karskolan kommer från olika yrkesgrupper med det gemensamt att de har sin forskning och kliniska bas inom primärvården [3]. Majoriteten (75 %) är läkare men övriga yrkesbakgrunder har varit sjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter, folkhälsovetare och apotekare som specialutbildats för att kunna bedriva högkvalitativ primärvårdsforskning. Deltagarna, som har en stor geografisk spridning (figur 1), utgör den nya generationen primärvårdsforskare som har fått ett välutvecklat nationellt nätverk. De kan effektuera de stora kliniska studier i primärvården som erfordras för att kunna vidareutveckla en effektiv primärvård i samspel med sjukhus och kommunala insatser utgående från patientens behov.

Deltagande i Forskarskolan inleds och avslutas med det ett årligt möte i internationell form. Där kombineras kurs- och seminarieverksamhet med intressanta föredrag och mer informella samtal. Detta ger en möjlighet att skapa nätverk med seniora forskare, alumni från forskarskolan och doktorander. När internationella lärare och föreläsare deltar är kursspråket alltid engelska.



Grupparbete tillsammans med en av forskarskolans internationella lärare professor Simon Griffin, University of Cambridge. Forskarskoledeltagare Lena Jutterström, distriktssköterska och Anna Backeström, distriktsläkare.

Foto: Mats Foldevi



Figur 1: Geografisk spridning av doktorander.

Vad har Nationella forskarskolan i allmänmedicin skolan uppnått?

- 89 doktorander har deltagit i skolan varav 73 % var kvinnor.
- 39 av dessa har disputerat.
- 19 har genom skolan försorg kunnat vistas 2–3 månader som "pre-doc" vid ett utländskt lärosäte och ytterligare tre är på väg.
- En preliminär uppföljning visar att 67 % av de disputerade har fortsatt någon form av forskning efter disputation genom att vara anknutna till universitet.

Vad är specifikt för allmänmedicinsk forskning?

Givet den breda kliniska ansats allmänmedicin har och det multidisciplinära arbetet som görs inom primärvården så är även forskningen bred. Den inkluderar medicinsk basforskning i primärvårds-kontext, klinisk forskning, forskning om hälsosystem, implementeringsforskning och forskning kring undervisning [4]. Således finns influenser och samarbeten både till medicinsk basforskning liksom till samhällsvetenskapliga ämnen. Denna fullständiga translationalitet – från biomedicin via klinisk nytta till befolkning och hälsosystem – är en unik styrka med forskning inom primärvård.

Globalt har flera utmaningar för forskning inom primärvården identifierats [5].

Flera av dessa är även applicerbara i Sverige. Allmänmedicin som specialitet har inte funnits länge och det tar tid att bygga upp infrastruktur för framgångsrik forskning.

Behovet av forskning inom primärvårdens kontext behöver även kommuniceras bättre. Fördelningen av forskningsresurser är ofta mot biomedicinsk forskning snarare än klinisk vilket i sin tur påverkar möjligheten att öka den akademiska kapaciteten.

För perioden 2011–2015 sågs att primärvårdens resursandel av den samlade hälso- och sjukvården varierade mellan 15 och 22 procent [6]. Från Vetenskapsrådet gavs 2017 anslag inom Medicin och hälsa till ett projekt inom primärvård motsvarande 0,3 % av fördelade forskningsmedel [7]. Framgången som den Nationella forskarskolan i allmänmedicin har visat på motiverar till fortsatt arbete för att stärka forskning inom primärvården.

Hur ser skolans framtid ut?

Bidragstiden från Vetenskapsrådet var fem år och den totala summan 15 miljoner som genom effektivt hushållande och ekonomiskt stöd från samtliga (!) medicinska fakulteter har medfört att skolan kunnat sträcka ut sin verksamhetstid till 11 år. Skolan gjorde det senaste intaget hösten 2017 men har inte tagit in nya doktorander under 2018.

Vi står nu inför ett vägsval. Infrastrukturen för en internationellt erkänd, kostnadseffektiv och excellent forskarskola i allmänmedicin i Sverige finns. Genom att bevara den Nationella forskarskolan i allmänmedicin har vi möjlighet att fortsätta stärka forskning inom primär-



Posterpresentation, en del av examinationen från forskarskolan. Här Thorbjörn Lundberg, distriktsläkare.

vården i Sverige och internationellt. En satsning på allmänmedicinsk forskning är en satsning på primärvården. En fortsatt finansiering av en nationell forskarskola i allmänmedicin för vidare utveckling av ett väl beprövat och framgångsrikt koncept skulle fortsätta stärka den kliniska primärvårdsforskningen i Sverige.

Vi företräder den framtidsgrupp som siktar på att hitta finansiellt stöd för att skolan ska kunna leva vidare med en ny ledning och med en första antagning under 2020. Målet med den nya skolan är att fortsätta med det som visat sig fungera så väl men även vidareutveckla detta guldägg inom svensk allmänmedicinsk forskning.



Anna Myléus
Biträdande lektor
i allmänmedicin
Umeå universitet
anna.myleus@umu.se



Carl Johan Östgren
prof. i allmänmedicin
Linköpings universitet

Jäv saknas.

Referenser:

1. Horton R. Offline: How to save primary care research. *The Lancet*. 2014;384:1082.
2. Lindholm LH, Spencer S. [National research school has a global reach. Graduate students reaches far both scientifically and geographically]. *Läkartidningen*. 2014;111:726-7.
3. Griffin S, Spencer S, Lindholm LH. Framgång för den nationella forskarskolan i allmänmedicin. Nu finns förutsättningar för svensk allmänmedicinsk forskning att bli internationellt konkurrenskraftig. *Läkartidningen*. 2017;114:ER3.
4. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, et al. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med*. 2007;20:518-26.
5. Howe A, Kidd M. Challenges for family medicine research: a global perspective. *Fam Pract*. 2018.
6. Vårdanalys. Primärvården i belysning Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015. PM 2017:5. 2017.
7. Medicin och hälsa bidragsbeslut 2017. [2018-08-08]. <https://www.vr.se/utlysningar-och-beslut/beslut-om-bidrag/beslut/2017-10-26-medicin-och-halsa-bidragsbeslut-2017.html>.



Det är aldrig för sent ...

Börja forska vid 52 års ålder – var det något för mig? Lite sent som en språngbräda i karriären för någon som arbetat kliniskt i 20 år. Måste man inte vara väldigt intelligent och ung för att forska och skriva en avhandling? Skulle jag klara det?

Det var frågor jag ställde mig själv för sex år sedan. Jag hade arbetat som kliniker, som onkolog på universitetssjukhuset och senare som allmänläkare, i närmare 20 år. Jag kände intensivt att jag ville omsätta min erfarenhet i ett nytt sammanhang.

"Att sätta sig vid skolbänken för att gå forskarutbildningen och börja det mödosamma datainsamlingsarbetet, göra analyser och presentera fynden i artiklar kändes inte lockande."

Tillfället kom när jag ombads arbeta med tidig upptäckt av cancer på ett av sex nya kunskapscentra för cancer, RCC väst. Mitt uppdrag var att underlätta för patienter från primärvården med misstänkta cancersymtom att få cancersjukdom bekräftad eller utesluten.

Här rymdes möjlighet till forskning genom registerstudier i hälsodatabasen VEGA i Västra Götalandsregionen, där all vårdkonsumtion i sluten- och öppenvård registreras.

Jag tvekade ett bra tag inför att börja forska. Utmaningen kändes övermäktig. Min kompetens och skicklighet var som kliniker. Att sätta sig vid skolbänken för att gå forskarutbildningen och börja det mödosamma datainsamlingsarbetet, göra analyser och presentera fynden i artiklar kändes inte lockande. Men varför inte? När riktigt gamla människor tillfrågas om vad de ångrar i livet, säger de flesta att de ångrar det de *inte* gjorde.

Cancerpatienter i primärvården

Svensk cancervård har bra överlevnadssiffror internationellt sett. Dock förbättras prognosen för de flesta cancersjukdomar om man diagnosticerar dem tidigt. Idag finns en uppsjö av skraddarsydda terapier mot cancersjukdomar. Förutsättningen för att använda dem är att patienterna upptäcks när de är i ett botbart skede. Forskning visar att minst 70 procent av cancerpatienterna söker i primärvården innan de får sin diagnos. Det finns potential i primärvården att identifiera dessa patienter tidigt.

Frageställningarna

Efter många år i primärvården visste jag hur svårt det är att i en oselektad patientgrupp känna igen patienter med allvarlig sjukdom. Trots noggrant differentialdiagnostiskt övervägande får man inte alltid napp. De symtom som patienterna söker för behöver inte bero på en sjukdom utan kan vara övergående besvär. Det kliniska verktyget "vänta och se" är ett välkänt och viktigt verktyg i allmänläkarens diagnostiska arsenal.

Fyra forskningsfrågor vaskades fram:

Finns det ett mönster för patienter med de vanligaste cancersjukdomarna som gör det möjligt att skilja dem från patienter med mindre allvarliga sjukdomar?

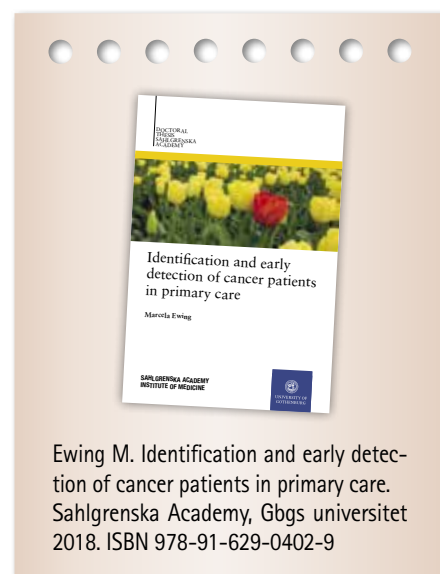
Går det att utveckla ett riskscoreverktyg baserat på kliniska tecken för en viss typ av vanlig cancer? Valet föll på tjock- och ändtarmscancer.

Kan tidig, icke-spridd lungcancer kännas igen tidigare utifrån kliniken? Lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige. Den viktigaste anledningen till den höga dödligheten är att hälften av patienterna diagnostiseras i stadium IV, det vill säga med spridd lungcancer.

Vad särskiljer cancerpatienter med frekventa besök i primärvården innan cancerdiagnos uppdragas från cancerpatienter som får diagnos efter bara ett eller två besök?

Metoderna

Vi, dvs. min handledare, bihandledare, statistiker och jag, skulle använda oss av flera register. Fall-kontrollstudie var den



studiedesignen som passade bäst för att svara på våra frågeställningar.

Vi studerade alla patienter med de sju vanligaste cancerformerna som diagnostiserades under 2011 i Västra Götalandsregionen. Vi valde tidsgränsen ett år. Enligt tidigare vetenskapliga publikationer visar sig cancersymtomen oftast 3–6 månader innan cancerdiagnosdatum.

"Efter många år i primärvården visste jag hur svårt det är att i en oselektad patientgrupp känna igen patienter med allvarlig sjukdom."

Vi använde dels cancerregistret för att identifiera patienterna med de vanligaste cancersjukdomarna, dels hälsodatabasen VEGA varifrån cancerfria kontroller identifierades och matchades mot cancerpatienterna. Från denna databas plockades alla besök som cancerpatienterna och deras kontroller gjorde hos allmänläkare året innan cancerdiagnos. Alla diagnoskoder från besöken togs fram och jämfördes mellan cancerpatienterna och de cancerfria kontrollerna.

Resultaten

Vi såg att 87 procent av patienterna med de vanligaste cancersjukdomarna sökte primärvården året innan diagnos. Patienterna som senare fick en cancerdiagnos började söka läkare i primärvården mer frekvent 50–100 dagar före sin diagnos (delarbete I). Mer än hälften av patienterna besökte allmänläkare fyra eller fler gånger året innan de fick sin cancerdiagnos.

Av dem som sökte läkare ofta men utan tydliga varningstecken på cancer sökte många redan de två första gångerna med symtom som visade sig vara associerade med cancer. Dessa symtom kom från en bestämd del av kroppen och tedde sig godartade (delarbete II). Blödning från tarmen kombinerad med diarré, förstoppning, ändrade avföringsvanor eller smärta i buken var de symptom som var starkast förknippade med icke spridd tjock- och ändtarmscancer. Ett riskvärderingsinstrument utarbetades för denna cancer (delarbete III). Icke spridd lungcancer kunde ej identifieras utifrån symtom (delarbete IV).

Nytta för allmänläkarna

Avhandlingen slår fast att det finns sätt för allmänläkare att urskilja patienter med misstänkt vanlig cancer. Ett varningstecken är när patienter plötsligt söker gång på gång i primärvården även med symtom som ter sig godartade. Det-

ta kan vara ett tecken på bakomliggande cancersjukdom.

Det finns olika kombinationer av symtom från mage och tarm som gör att tidig tjock- och ändtarmscancer är möjlig att diagnostisera. Det riskvärderingsinstrumentet försöker jag i olika sammanhang göra känt för mina allmänläkarkollegor.

Tyvärr gick det i vår studie inte att visa att icke spridd lungcancer kunde kännas igen utifrån typen av symtom.

Reflektioner över avhandlingsarbetet

Disputationsdagen var en av de lyckligaste dagarna i mitt liv. Både själva disputationsakten som tack vare opponenter, en av de främsta auktoriteterna i världen inom mitt forskningsfält, bjöd in till en intressant och underhållande diskussion på hög nivå, och förstås festen på kvällen. Jag hade kommit i mål, efter sex års deltidsforskning.

Många gånger hade arbetet kantats av hinder och motgångar. Själva datainsamlingen tog nästan två år, trots att det inte rörde sig om experimentella studier. Flera gånger var jag nära att ge upp. Återvändsgränderna var många och det var tungt att omorientera sig gång på gång. Jag är en otålig person, försöker ofta byta kö. Otåligheten fick vackert ge sig till tåls.

Min envishet och uthållighet gjorde att jag kunde slutföra forskningsprojektet. Min motivation för att ta fram ny kunskap, viktig för primärvården och cancer-



Illustration: Annika Andén

vården, drev mig framåt. Många gånger kände jag mig väldigt ensam. Trots att jag hade en handledare och bihandledare som jag träffade med regelbundna intervall, hörde jag inte till någon forskargrupp och saknade personer att diskutera med när jag körde fast.

Vad var roligt? Att det blev resultat som kunde appliceras kliniskt, att allt gnet kunde resultera i publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter, att se sitt namn i form av försteförfattare, att alla artiklarna hann bli publicerade innan disputationen, att se hur jag mer och mer kritiskt kunde läsa och bedöma andra forskares publikationer, att ha förmånen att presentera forskningsresultaten på internationella kongresser och träffa de tongivande forskarna live.

Jag kände mig så motiverad att arbeta fram kunskap och nya verktyg för mina kollegor i primärvården, men framförallt förstås för patienterna. Om en enda patient med cancer kunde identifieras tidigare på grund av mitt forskningsarbete så var det värt all möda.

Förutom att forskningen resulterade i en avhandling var forskningsarbetet personligt utvecklande. De erfarenheter jag gjorde på vägen skulle jag inte vilja vara utan. Avhandlingen fick stort genomslag, både massmedialt och i läkarkollektivet, vilket jag är glad och tacksam över.

För att kunna forska behöver man alltså varken vara ung eller mer än normalintelligent. Däremot behövs en stor portion uthållighet, tålamod och motivation. Då kan man börja forska när man fyllt 52 ...

	Change in bowel habit	Bleeding	Weight loss	Abdominal pain	Anaemia
Single symptom	1.1 0.9 – 1.5	3.9 2.3 – 6.3	1.0 0.3 – 3.0	0.9 0.7 – 1.1	1.4 1.1 – 1.8
Change in bowel habit	1.0 0.6 – 1.6	13.7 2.1 – 54.4		1.5 0.8 – 2.6	2.9 1.0 – 8.4
Bleeding		5.0 1.5 – 15.3		12.2 1.8 – 51.2	2.9 1.2 – 6.9
Weight loss			2.9 0.3 – 22.2		5.6 0.7 – 33.0
Abdominal pain				1.0 0.7 – 1.5	4.2 1.6 – 10.3
Anaemia					1.6 1.1 – 2.4

Riskvärderingsinstrument för icke spridd tjock- och ändtarmscancer. Positiva prediktiva värden (PPV) för patienter ≥ 50 år (mot en bakgrundsrisik i befolkningen på 0,25 %) stadium I–III. Översta raden visar risken för enskilda symtom. Diagonala raderna visar risken för när symtomet upprepas. De andra rutorna visar PPV för kombinationen av två olika symtom.



Marcela Ewing

Med dr. Spec. allmänmedicin och onkologi
Regionalt cancercentrum väst
Sahlgrenska US, Göteborg
marcela.ewing@rccvast.se

Jäv saknas.

Allmänmedicinsk preventionsforskning vid Umeå universitet

Prevention av kroniska sjukdomar är sedan 35 år en central del i den allmänmedicinska forskningen vid Umeå universitet. En nationell epidemiologisk analys av 1970-talets hjärt-kärlmortalitet visade att skogslänen i allmänhet och Västerbotten i synnerhet hade det besvärligaste läget. Därför initierade landstinget i Västerbotten i nära samarbete med Umeå universitet ett långsiktigt interventionsprogram, Västerbottens Hälsoundersökningar (VHU). På basen av VHU-data har därefter en stark infrastruktur för klinisk och epidemiologisk forskning byggts upp som i hög grad utgått från allmänmedicinska frågeställningar och perspektiv.

VHU-interventionen inkluderar hälsoundersökning och hälso-samtal i kombination med folkhälsoinsatser i lokalsamhället. I stort sett alla deltagare gör peroral glukosbelastning. Under de senaste snart 30 åren har mer än 90 % av deltagarna "donerat" blod för forskningsändamål till den medicinska biobanken vid Umeå universitet. Primärvården är det nav som VHU snurrar kring.

Medan i första hand distriktssköterskor svarar för hälsodialogen med deltagarna har allmänläkare engagerats i forskning kring de hälsodata som genererats. Efter en pilotperiod i Norsjö kommun inbjuds sedan början av 1990-talet länets 40-, 50- och 60-åringar att delta i VHU. Då inbjudan upprepas vart tionde år genererar VHU en förstklassig forskningspotential med både tvärsnitts- och longitudinella data [1].

Vid årsskiftet 2017/18 hade 117 855 unika individer deltagit och 180 430 hälsoundersökningar genomförts. 36 500 har deltagit vid två tillfällen och 13 044 vid tre tillfällen med 10 års mellanrum. Deltagandet har varierat, och har under senaste decenniet pendlat mellan 65 och 75 %. Bortfallsanalyser visar att den sociala selektionen är blygsam, vilket i sig är en kva-

litetsindikator för primärvårdens breda sociala förankring

För preventiva program är det en nyckelfråga att skapa kontinuitet över tiden. Liksom barnhälsovården är VHU en verksamhet med forskningsstöd – inte forskning med verksamhetsstöd. Hälsocentralerna får 1 000 SEK i prestationsersättning per deltagare inklusive patientavgiften. Tack vare att VHU sedan 1995 är ett av primärvårdens ordinarie uppdrag i Västerbotten fortsätter arbetet även om eldsjälarna och forskare går vidare till andra uppgifter.

Ett betydande antal allmänmedicinare har nyttjat VHU-data i sin forskning. Några har studerat levnadsvanor i befolkningen, baserat på enkätdata. Andra har utifrån biobankens prover analyserat tidiga biomarkörer för diabetes och andra kroniska tillstånd. Epidemiologiska studier om övervikt och fetma, blodtryck och blodfetter i olika åldrar, hos kvinnor och män, i olika utbildningsgrupper och i olika delar av länet, har publicerats.

VHU har stimulerat till internationellt allmänmedicinskt forskningssamarbete. I samarbete med Allmänmedicin/MRC epidemiologiska enhet vid universitetet i Cambridge (VIP-CAM-samarbetet) har exempelvis studier om diabetesrisk och levnadsvillkor baserat på VHU-data publicerats. En av dessa visar att VHU-deltagare får sin diabetesdiagnos i snitt 4,6 år tidigare, att patienter med "VHU-diagnos" har lägre totalmortalitet, hjärtsjukdom, retinopati och njursjukdom (följda från diagnosdatum till 2013) och att dödligheten för kliniskt



Allmänmedicinska forskargruppen VIPCAM. Från vänster Patrik Wennberg, UmU, Adina Feldman, Cambridge, Olov Rolandsson, UmU, Margareta Norberg, UmU, Eva Fhärm, UmU, Simon Griffin, Cambridge och Lars Weinehall, UmU.

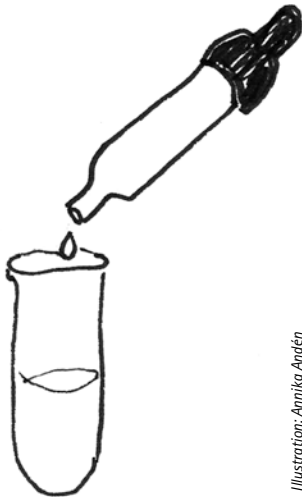


Illustration: Annika Andén

diagnostiserad diabetes var fördubblad jämfört med dem med "VHU-diagnos" [2].

Stor möda ägnats åt att studera och utvärdera befolkningsinterventionens villkor och primärvårdens roll i detta sammanhang. 2015 presenterades en analys av mortalitetsutfallet för de 17 första interventionsåren och 2018 granskades Västerbottensinterventionen i hälsoekonomisk analys.

Totaldödligheten i Västerbotten i de inbjudna åldersgrupperna minskade med

9,4 procent jämfört med riket när alla länsinvånare, både deltagare och icke-deltagare, i aktuella åldrar inkluderats (intention to treat). Nedgången är störst bland kvinnorna. I analysen jämfördes också dödligheten bland 59 629 deltagare i Västerbottens hälsoundersökningar under de 17 första åren med den svenska befolkningen i motsvarande åldrar: Bland de som deltagit i VHU var totaldödligheten under 17-årsperioden 36 % lägre för kvinnor och 32 % lägre för män [3]. För hela målgruppen såväl som bland deltagarna minskade totalmortaliteten oavsett utbildningsnivåer.

Den hälsoekonomiska analysen visar att västerbottningarna under den studerade perioden 1990–2006 vunnit cirka 3 500 levnadsår. Med en justering för så kallad hälsorelaterad livskvalitet, att alla extra år inte levs med full hälsa, handlar det om cirka 2 900 år som västerbottningarna levde längre med god livskvalitet än om man inte hade genomfört hälsoundersökningarna. För beslutsfattare var det särskilt intressant att den förbättrade hälsan och ökade livslängden inneburit besparingar för sjukvården som beräknas vara 50 % större än kostnaderna för hälsoundersökningarna. Varje extra levnadsår med full livskvalitet har i genomsnitt inte kostat samhället mer än 650 kronor. Det kan jämföras med den nationella tumregeln för kostnadseffektiv sjukvård, där en acceptabel kostnad för ett extra levnadsår anses vara en ca. halv miljon kronor [4].

Även om VHU har visat effekt är slutsatsen att nya metoder behövs för att ytterligare vässa befolkningsinterventioner. På initiativ av tidigare VHU-koordinatoren, allmänläkaren Margareta Norberg och kardiologiprofessorn Ulf Näslund pågår därför en RCT integrerad inom VHU, VIP-VIZA-studien, där totalt 3 532 VHU-deltagare rekryterats med ≥ 1 konventionell riskfaktor, 40, 50 eller 60 år gamla. Efter klinisk undersökning, provtagning och ultraljudsundersökning av carotisartärernas vägg tjocklek och eventuell plackbildning har deltagarna randomiserats till intervention (informerad om ultraljudsresultat) eller kontroll (ej informerad). Den 5-åriga studien kommer bl.a. att belysa om visualisering av kärlförändring, kombinerad med riskkommunikation kring denna, ökar deltagarnas förståelse för CVD-risk och motivation till ändrade levnadsvanor, jämfört med traditionell (statistiskt) riskfaktorbaserad riskbedömning.

Ett genomgående mönster för den VHU-baserade forskningen är att allmänmedicinska företrädare vid Umeå universitet samarbetar med epidemiologer, internmedicinare, kardiologer,

onkologer, näringsforskare, miljömedicinare, psykologer, genetiker, klimatforskare, vårdvetare, beteendemedicinare, sociologer, kulturgeografer och ekonomer för att ta några exempel. Perspektiven har berikats, och den idé, som ursprungligen syftade till att med primärvårdens som bas påverka levnadsvanor via aktiva preventionsinsatser, har växt till en omfattande tillgång för såväl den allmänmedicinska forskningen som för Umeå universitets forskning i stort.

Lars Weinehall

Senior prof. i allmänmedicin och epidemiologi
Umeå universitet
Överläkare
Folkhälsoenheten,
Västerbottens läns landsting
lars.weinehall@umu.se



Referenser:

1. Norberg M, Wall S, Boman K, Weinehall L. The Västerbotten Intervention Programme. Background, design and implications. *Global health action*. 2010;3:4643.
2. Feldman AL, Griffin SJ, Fhärm E, Norberg M, Wennberg P, Weinehall L, Rolandsson O. Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? *Diabetologia*. 2017 Aug 23. doi: 10.1007/s00125-017-4402-4.
3. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nyström L, Lönnberg G, Boman K, Wall S, Weinehall L. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009651. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009651. PMID:26685034.
4. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community-based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health*. 2018 Apr 4;18(1):452. doi: 10.1186/s12889-018-5339-3.

AllmänMedicin informerar

WMA har lanserat ny plattform för utbildning

World Medical Organisation (WMA) har tillsammans med World Continuing Education Alliance (WCEA) skapat en plattform för läkares fortbildning. Planen är ett kursbibliotek där alla godkända utbildare kan sprida sina kurser i WMA:s nätverk.

Tio miljoner läkare som är medlemmar under WMA:s paraply kan få tillgång till kurserna till rabatterat pris.



Att skapa läkare i glesbygd

Tidigare internationell forskning och aktuell nationell kartläggning visar att vi står inför stora framtidsutmaningar för att bemanna sjukvård i glesbygd. Exponering för glesbygdsmedicin under utbildning är en viktig framgångsfaktor för läkarrekrytering i glesbygd. Det saknas dock kunskap om svensk läkarutbildning med glesbygdsmedicinska inslag.

Under hösten 2018 påbörjar de två första studenterna ett glesbygdsmedicinskt spår vid läkarutbildningen vid Umeå universitet. Parallellt startar vi ett forskningsprojekt som kommer att undersöka vilka föreställningar och erfarenheter av utbildning och arbete som finns bland läkarstudenter, kliniskt verksamma handledare och övrig sjukvårdspersonal i glesbygdsmiljö.

Vi står inför stora framtidsutmaningar för att kunna leva upp till ambitionerna om en jämlik vård i hela Sverige. Redan nu är bemanningssituationen inom sjukvården ansträngd på flera håll i glesbygden. Detta problem är inte unikt för Sverige. Liknande situationer beskrivs i glest befolkade länder som Kanada och Australien. Från dessa länder finns forskning kring faktorer kopplade till framtida arbete inom sjukvård i glesbygden, där exponering för glesbygdsmedicin redan under utbildningen är en av de viktigaste.

Idag genomförs endast en begränsad del av svensk läkarutbildningen i primärvård. Studenterna saknar möjlighet till längre klinisk tjänstgöring i glesbygd under sin utbildning. Framtida

scenarier, till exempel en förlängning av läkarutbildningen, pekar på ett generellt behov av att mer utbildning förläggs till första linjens sjukvård, både i tätorter och i glesbygd. För att framtidens primärvård ska kunna uppfylla kraven på vård och utbildning av hög kvalitet är det viktigt av såväl bemannings- som utbildningsskäl att utbildningen utanför sjukhusen utökas. För att utveckla lärmiljön bör integrationen mellan universitet och primärvård stärkas och utvärderas pedagogiskt.

Goda erfarenheter av utlokalisering av undervisning till primärvård i glesbygd finns bland annat i Kanada [1] och Australien [2]. I dessa länder finns specifika glesbygdsmedicinska läkarprogram där antagningsprocess och curriculum skiljer sig från övriga läkarprogram. Vanligen genomförs den kliniska placeringen i glesbygd som en enstaka längre placering. Flera av dessa program har för avsikt att öka andelen studenter från ursprungsbefolkningar och/eller studenter med glesbygdsbakgrund till exempel genom särskilda antagningskvoter.

För att möta framtida behov, både av läkare och av förbättrad lärmiljö i glesbygd, har programrådet för läkarutbildning vid Umeå universitet tagit initiativ till ett glesbygdsmedicinskt spår. Den föreslagna piloten innebär återkommande kliniska placeringar vid Storumans hälsocentral i Västerbotten under termin 5 till och med termin 11. I Storuman finns en kombinerad sjukstuga med åtta vårdplatser, en hälsocentral samt tillgång till kliniska handledare. Dessa placeringar kommer att kompletteras med ett antal placeringar vid Lycksele lasarett. Antagningen till det glesbygdsmedicinska spåret sker genom lottning, och varje vår- och hösttermin antas två nya läkarstudenter på termin 5. De antagna studenterna återkommer årligen för kliniska placeringar vilket innebär att antalet involverade läkarstudenter kommer att öka successivt.

Modellen skiljer sig tydligt från glesbygdsmedicinska läkarprogram i andra länder genom att erbjuda kortare men återkommande placeringar över längre tid. Ytterligare en skillnad är att kursmål och examinationsformerna kommer att vara gemensamma med det ordinarie läkarprogrammet vid Umeå universitet. Initiativet har därför redan rönt intresse inom medicinsk utbildningsforskning internationellt och en forskningsartikel som beskriver och diskuterar modellen kommer publiceras under 2018.

Frågeställningar som kommer studeras i projektet är (I) Vilka föreställningar och drivkrafter har läkarstudenter för framtida arbete i glesbygd? (II) Vilka är erfarenheterna av att genomföra läkarutbildning i glesbygd? Hur skiljer sig lärmiljön jämfört med kliniska placeringar vid universitetssjukhus? (III) Hur uppfylls de nationella lärandemålen och är studenterna förberedda för AT och legitimation?

Analyserna kommer primärt att genomföras med olika kvalitativa metoder. Mot slutet av projektet kommer det även finnas underlag för analyser av kvantitativa utfallsmått som studieresultat.

Betydelse

Den kunskapsutveckling som projektet innebär kan bidra till



Foto: Mante Hedman

att lösa den bemanningsutmaning som idag präglar rekryteringen av läkare till glesbygden. Projektet kommer därutöver bidra till ökad spridning av glesbygdsmedicinsk kompetens samt möjliggöra utvecklandet av pedagogiska modeller inom läkarutbildning som på ett mer adekvat sätt, jämfört med dagens utbildning, svarar både mot nationella mål och vårdsystemets framtida behov.

Referenser

1. Strasser S, Strasser RP. The Northern Ontario School of Medicine: a long-term strategy to enhance the rural medical workforce. *Cah. Sociol. Demogr. Med.* 2007;47:469-89.
2. Isaac V, Watts L, Forster L, et al. The influence of rural clinical school experiences on medical students' levels of interest in rural careers. *Hum Resour Health.* 2014;12:48.



Jenny Andersson
Med.dr., ST-läkare
i allmänmedicin
Koordinator för projektet
"Att skapa läkare i gles-
bygd", Umeå universitet
Enheten för allmän-
medicin, Norrlands US



Patrik Wennberg
Docent
Koordinator för det glesbygds-
medicinska spåret på läkarpro-
grammet vid Umeå universitet
Enheten för allmänmedicin,
Norrlands universitetssjukhus
patrik.wennberg@umu.se



Magnus Hultin
Docent
Programdirektör för
läkarprogrammet vid
Umeå universitet
Enheten för anestesi och
intensivvård, Norrlands
universitetssjukhus



Olov Rolandsson
Professor, enhetschef
Enheten för
allmänmedicin,
Norrlands US



*Vi vill också nämna vår
nyligen bortgångna kol-
lega Herbert Sandström,
lektor vid Allmänmedicin,
Umeå universitet, som var
en av initiativtagarna till
det glesbygdsmedicinska
spåret.*

Annons

Annons



UPPSALA
UNIVERSITET

Allmänmedicin i Uppsala ansvarar för många landsting

Startskottet för Institutionen för allmänmedicin vid Uppsala universitet hördes under 1970-talet. Gösta Tibblin var institutionens första professor. Institutionen hade en storhetstid och Gösta var en starkt lysande föreläsare.

I början av 1990-talet bildades storinstitutioner vid Uppsala universitet. Allmänmedicin gick tillsammans med vårdvetenskap upp i Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Den nya institutionens prefekt under de första åren var Kurt Svärdsudd, framgångsrik professor i allmänmedicin med närmare 50 disputerade doktorander – ett svårslaget rekord. Efter Kurt Svärdsudds pensionering söker Enheten för allmänmedicin fortfarande en professor.

Den självklara verksamheten vid Enheten för allmänmedicin är undervisning på läkarprogrammet och forskning. I undervisningsuppdraget har vi en kurs i allmänmedicin på termin 11 och ansvar för flera moment inom professionell utveckling på termin 1–4 och termin 11. Undervisningen som inkluderar verksamhetsintegrerad undervisning är uppskattad av studenterna. Det gäller särskilt kursen allmänmedicin som vid två tillfällen fått pris för bästa kurs alla kategorier på hela läkarprogrammet. Enheten har också representation i Programkommittén för läkarprogrammet.

Forskningen inom enheten spänner över ett brett fält. De största forskningsområdena är astma/KOL, diabetes, reproduktiv hälsa och smärta. Forskningen bedrivs med data från nationella och regionala register, egna stora och små kohortstudier och klinisk behandlingsforskning. För datamanagement och dataanalys finns samarbete med statistiker inom institutionen och vid Uppsala Clinical Research, UCR.

"Vi ser ljust på framtidsutsikterna för allmänmedicin i Uppsala."

För både forskning och undervisning samarbetar Enheten för allmänmedicin med landstingen i Uppsala-Örebro regionen. Samarbetet är för närvarande tydligast med landstingen i Sörmland, Västmanland, Dalarna och Gävleborg. I Sörmland finns två akademiska vårdcentraler med adjungerad lektor och forskar-ST, i Dalarna finns en akademisk vårdcentral med två docenter och i Västmanland finns en docent med två doktorander, samtliga associerade till vår enhet. Totalt finns fler än 15 antagna doktorander med hemvist inom hela regionen.

För att upprätta och underhålla en gemensam forskningsmiljö har vi sedan ett år grupphandledning via nätet en gång per månad förutom månatliga doktorandmöten in real life. Från min horisont ser jag att kunskapsutbytet medfört en positiv utveckling.

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap är lokaliserad på Biomedicinskt centrum nära Uppsala Science Park och Akademiska sjukhuset. Lokalisationen öppnar för samarbete med prekliniska forskare samt forskare vid universitets-sjukhuset. Tillsammans ger det mycket inspirerande och intressanta perspektiv på de allmänmedicinska forskningsfrågorna.

Alltsedan 1970-talet har lokalisering inom primärvården diskuterats men inte realiserats. Under våren 2018 bildade primärvården i Region Uppsala en förvaltning som ska inrymma Akademiska vårdcentraler. Planen rymmer konkret samarbete mellan primärvården och Uppsala universitet. Det har hittills inneburit att tillsättningsprocessen för två nya lektorer är i sitt slutskede.

Vi ser ljust på framtidsutsikterna för allmänmedicin i Uppsala. Gott samarbete med landstingen i Uppsala-Örebro regionen är en förutsättning för att vi ska kunna leva upp till de krav som kommer att ställas på allmänmedicin och primärvården inför den nya sexåriga läkarutbildningen.



Allmänmedicins doktorander och handledare under skivarevecka i Nice 2017.



Foto: Chatterina Dahlqvist

Per Kristiansson
Verksamhetsföreträdare
Docent, allmänläkare
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för Allmänmedicin
Årsta Vårdcentral, Primärvården i Region Uppsala
per.kristiansson@pubcare.uu.se

Allmänmedicinsk forskning i Göteborg växer



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Enheten för allmänmedicin vid Göteborgs universitet har under de senaste åren upplevt en tillväxt av den kliniska allmänmedicinska primärvårdsforskningen samtidigt som den epidemiologiska populationsforskningen och undervisningen i läkarutbildningen ökat. Detta plus det stora engagemanget i Nationella forskarskolan i allmänmedicin gör att vi ser stora möjligheter för tillväxt av allmänmedicinsk forskning och utveckling. Ett alltmer intensivt samarbete med FoU-enheterna i primärvården och VG-regionen, liksom samarbete in i akademien vad gäller forskning och utbildning, gör att allmänmedicin kan få en viktig roll som nav och som styrande ämne i den breda kunskapsutveckling som förändringen av hälso- och sjukvårdsbehoven nu framtvingar [1].

Vid enheten är alla lärare och forskare kliniskt förankrade i primärvården och har möjlighet att påverka att uppbyggnad av stödjande infrastruktur för utveckling av klinisk forskning och utbildning anpassas till de behov som finns i primärvården.

Vi driver och påverkar samverkande forskningsprojekt som omfattar komplexa interventioner och samverkan mellan akademi, primärvård, sjukhusanknuten vård och kommunal vård inom flera stora sjukdomsgrupper. Med en ambition att gå från epidemiologi till klinik implementeras kunskaperna från de stora populationsbaserade forskningsprojekten Kvinnostudien i Göteborg, Skaraborgsprojektet och Hallandsstudien om smärta och hälsa, Epipain.

"Utveckling av primärvården skall ske via studier med tillräcklig power för att ge underlag för evidens, och inte via småskaliga, temporära projekt som saknar möjlighet att bli varaktiga."

Forskning

Enheten har en mycket bred, allmänmedicinsk, forskningsprofil som ytterligare breddats genom samarbete i flera forskningsplattformar. Basen är våra populationsundersökningar som med jämna intervall genomför uppföljningsundersökningar och ger möjlighet att studera risk/friskfaktorer och hälsoutveckling, könsskillnader och deras betydelse för kroppslig och mental hälsa, och att göra spännande generationsjämförelser. De ger också möjlighet att delta i stora studier, där data från befolkningsstudier över hela världen, som sammanställs av epi-

demiloger i samarbete med framför allt Storbritannien och USA ger viktiga nya kunskaper.

Exempel är betydelsen av hjärt-kärlmultimorbiditet för mortalitetsrisk samt utveckling av övervikt och undervikt bland 129 miljoner barn, kvinnor och män. I samverkan med bl.a. Drottning Silvias barnsjukhus och Region Halland följs en hel födel-sekohort, 2008 års barn, från Region Halland vad gäller faktorer som påverkar tillväxt och tidig risk för metabola syndromet.

Vår allra största forskningsverksamhet under de senare åren gäller dock klinisk allmänmedicin, dvs. interventionsprojekt och uppföljning av allmänmedicinsk primärvårdsverksamhet, både i klinik och via register. Vi studerar en mängd olika ämnesområden, och även betydelsen av organisatoriska förändringar, exempelvis preventionsprojekt, tillgänglighet, kontinuitet, personcentrerad vård och dess betydelse för medicinska resultat, liksom pedagogiska ämnen som allmänläkares uppfattning av att vara handledare. Vi har interventionsstudier finansierade av forskningsråd/ALF som gäller handläggning av psykisk ohälsa i primärvården för tidigare återgång till arbete, behandling och prevention av depression, stöd till levnadsvaneförändringar, diabetesprevention, kardiovaskulär epidemiologi, smärtbehandling, och tidig upptäckt av det som kan bli långvarig smärta, och behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vi har pågående forskningsprojekt med andra allmänmedicinenheter i Sverige och vi utvecklar en forskningsinfrastruktur för multicenterstudier. Vi är medlem i European Forum for Primary Care. På internationell nivå deltar vi i Erasmus i Europa. Aktivt studentutbyte med Holland och Slovenien koncentrerar sig i uppsatsarbeten. Vi har pågående samarbete med University of California i San Diego där utbyte inkluderande postdoc och studenter i grundutbildning ingår, med fokus på metabola störningar och hjärtkärlsjukdom i populationsstudier.

Vi har 1–4 disputationer per år, de flesta av allmänläkare. Ungefär hälften av våra doktorander representerar andra professioner kliniskt verksamma i primärvården, såsom distriktsköterskor, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter och barnmorskor. Många av doktoranderna deltar i Nationella forskarskolan i allmänmedicin.

De senaste årens disputationer och avhandlingar har bland annat gällt:

- Internet-KBT-behandling av depression i primärvård: InternetKBT är lika bra som face-to-face-psykologbehandling för patienter med depression i primärvården, förutsatt att patienten är positivt inställd till internetbehandling. Kostnaden för vården blir ungefär densamma som sedvanlig psykologbehandling.
- Användning av självskattningsinstrument (MADRS-S) i vården av patienter med depression i primärvården: Patienter som är positiva till att använda skattningsinstrumentet känner sig bättre omhändertagna och mer informerade om sin sjukdom. Instrumentet tillför inget ytterligare vad

gäller diagnostik, depressionsförlopp, uppföljning eller sjukskrivningstid än den sedvanliga behandling som idag ges vid våra vårdcentraler.

- Allmänläkares roll i sjukskrivningsprocessen och möjliga lösningar.
- Sambandet mellan cancer och ökade antal besök på vårdcentral och symtom. Instrument för riskvärdering för tidig diagnostisering av coloncancer (se sid 22).
- Utvärdering av vinster kontra negativa effekter av screening. Minskande incidens minskar vinst av screening men de negativa effekterna minskar ej.

Forskarutbildning

Via enhetens deltagande i Nationella forskarskolan i allmänmedicin ges kurser i epidemiologi och statistik, screening och prevention samt forskningsmetodik för primärvårdens kliniska forskningskontext. Via EpiLife medverkar vi i forskarutbildningskurs Life course epidemiology. Alla våra universitetslektorer och professorer är handledare för doktorander. Vi har tre ordinarie lärartjänster men utöver detta tre adjungerade professorer samt forskningsaktiva seniora professorer.

Tillsammans med FoU-enheterna i primärvården har vi kurser i forskningsmetodik anpassade till Sahlgrenska akademins forskarutbildningsgrundprogram samt utbildning i forskningsmetodik främst riktad till ST-läkare i allmänmedicin.

Aktiviteter lokalt, regionalt, nationellt

Vi medverkar i fortbildningsaktiviteter i olika delar av regionen och nationellt. Vi har ett nära samarbete med primärvårdens FoU-enheter i regionen. Nu bygger vi en gemensam universitetssjukvårdsenhet (USVE) och infrastrukturorganisation med syfte att stödja klinisk primärvårds/allmänmedicinsk forskning på lokal och regional nivå. En så stor andel som möjligt av de ca 200 vårdcentralerna i regionen ska ha möjlighet att engageras i forskningsprojekt, och all forskningsintresserad personal ha möjlighet att medverka aktivt. All rekrytering av forskande vårdcentraler ska ske i samarbete med FoU/USV-organisationen, som medverkar till att projekten sprids över regionen.

På nationell nivå har vi representanter i SFAM:s forskningsråd och vi deltar som allmänmedicinska experter i Socialstyrelsens, SBU:s och SKL:s arbete. Där försöker vi sprida den växande allmänmedicinskakliniska kunskapen som genereras vid de allmänmedicinska universitetsheten. Vi sprider kunskap om vikten av allmänmedicinsk klinisk forskning och varför resultat från randomiserade kontrollerade studier på specialistkliniker,

ofta med patienter på väntelista eller annonspatienter som kontrollgrupp, aldrig kan utgöra evidens för effektiv intervention i primärvårdens kontext.

Vi strider för att kliniska studier *skall* genomföras i primärvården före breddinförande i primärvården. Utveckling av primärvården skall ske via studier med tillräcklig power för att ge underlag för evidens, och inte via småskaliga, temporära projekt som saknar möjlighet att bli varaktiga. Vi utökar ständigt, bland annat via Nationella forskarskolan, de allmänmedicinska enheternas samarbete för att generera allmänmedicinsk relevant klinisk forskning genomförd av alla som arbetar i primärvården.

Referens:

1. God och nära vård. En primärvårdsreform. https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-var-d--en-primarvardsreform_sou-2018_39.pdf.

Jäv saknas.

Illustration: Annika Andén



Cecilia Björkelund
Senior professor
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se



Stefan Bergman
Professor



Ulf Lindblad
Senior professor



Bledar Daka
Universitetslektor



Dominique Hange
Universitetslektor

Alla Enheten för allmänmedicin, Göteborgs universitet/Närhälsan VG-regionen

På gång inom FoU primärvård VGR

2018 är året då mycket händer inom FoU primärvård i Västra Götalandsregionen (VGR). Universitetssjukvården inom primärvård utvecklas, samverkan med universitet och högskolor stärks och våra forskningsplattformar tar form. Våra kurser i forskningsmetodik genererar ett stort antal spännande forsknings- och utvecklingsprojekt.

"Det är med stolthet vi ser fram emot att bidra till att primärvården ges den legitimitet den förtjänar inom utbildning och forskning."

FoU primärvård VGR ger stöd till all offentligt finansierad primärvård. Sedan 2012 ingår VGR:s fyra FoU-centrum i en gemensam FoU-organisation, placerad inom Närhälsan men som är konkurrensneutral och syftar till att stödja och stimulera FoU-projekt oavsett driftsform. För närvarande finns det närmare 250 pågående FoU-projekt involverande primärvårdens verksamheter. Lägg därtill ca 100 ST-läkare inom allmänmedicin som

gör vetenskapliga projekt inom sin specialisttjänstgöring.

Universitetssjukvården flyttar ut i primärvården

Primärvårdens universitetssjukvårdsenheter i VGR fick godkänt i Socialstyrelsens granskning. I universitetssjukvårdens kärnverksamheter ingår förutom hälso- och sjukvård även klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och -spridning. Det är med stolthet vi ser fram emot att bidra till att primärvården ges den legitimitet den förtjänar inom utbildning och forskning.

Den främsta skillnaden mellan FoU-baserad och universitetsbaserad forskning är att projektidéerna uppstår i den kliniska vardagen och är mycket verksamhetsnära, vilket innebär att resultaten kan implementeras snabbt. Samverkan med sektioner vid Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet liksom med högskolorna i regionen gör att skillnaden mellan FoU-baserad forskning och universitetsbaserad forskning minskar.

Vi samarbetar med Folk tandvården FoU genom gemensamma lokaler, aktiviteter och folktandvårdsanställda FoU-ledare. FoU-ledarna är en länk mellan FoU-centrum och Folk tandvårdens verksamheter. Deras uppgift är att informera, inspirera och inventera FoU-aktiviteter i sina ansvarsområden samt bistå medarbetare i forskningsfrågor.

Kurser i forskningsmetodik

FoU primärvård bedriver kurser i forskningsmetodik, både på uppdrag av Göteborgs universitet och i egen regi. Flera av kurserna ger högskolepoäng och leder fram till en projektplan för ett vetenskapligt arbete som ligger till grund för ST-projekt eller andra projekt på master- eller doktorandnivå. Inom några av kurserna genomför man även själva projektet. Samtliga kurser uppfyller Socialstyrelsens delmål för vetenskaplig kurs för specialistkompetens.



Forskningsplattformarna

Under 2017 och 2018 har vi skapat ett antal forskningsplattformar där vi samlar projekt, forskare och forskarstuderande med gemensamma intressen. Det ger oss större muskler och ökar vår konkurrenskraft i att erhålla forskningsmedel och att driva stora projekt.



Infektionssjukdomar och antibiotikaresistens

Inom forskningsplattformen för infektionssjukdomar och antibiotikaresistens bedrivs tre stora randomiserade studier: den europeiska influensastudien ALIC4E, ett internationellt projekt kring urinvägsinfektioner hos äldre och en nationell klinisk prövning av kortare behandlingstid för halsfluss. Flera andra studier pågår kring diagnostik och behandling av infektioner, antibiotikaanvändning, antibiotikaresistens samt interventioner för att öka följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner. Här finns nationellt och internationellt samarbete med universitet i Norge, England, Nederländerna, Polen och Australien. Vi samarbetar också nära med Strama (samarbetet mot antibiotikaresistens) och är aktiva i det europeiska nätverket GRIN med den svenska undergruppen SweGRIN.



Kroniska sjukdomar med risk för hjärtkärlkomplikationer

Området för denna forskningsplattform berör vanliga diagnoser i primärvården, såsom hypertoni, diabetes och obesitas.



Plattformsledarna Sven Kylén, Fyrbodalen, och Pär-Daniel Sundvall, Södra Älvsborg.

Foto: Susanne Bernhardsson



FoU-koordinatorer och -strateger: Annette Johansson, Fyrbodol, Anna Bergenheim, Fyrbodol, Ann Segerblom, Skaraborg och Eva Larsson, Fyrbodol.
Foto: Susanne Bernhardsson

Här pågår stora registerbaserade långtidsuppföljningar.

Skaraborgsprojektet har pågått sedan 1970-talet och har genererat ett stort antal avhandlingar. Databasen SPCCD är ett samarbete mellan primärvården i Skaraborg och Stockholms Sydvästra Sjukvårdsdistrikt och har hittills resulterat i fyra avhandlingar. Två projekt studerar patienter med diabetes. Alla projekten ger underlag för framtida forskningsstudier på olika nivåer.

Folkvandvärden undersöker munhälsan i BASUN, ett regionalt longitudinellt projekt om behandling av obesitas.



Muskuloskeletal hälsa

I forskningsplattformen för muskuloskeletal hälsa ingår ett 20-tal tvärvetenskapligt engagerade forskare från olika professioner såsom läkare, psykolog, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut.

Pågående forskning studerar förbättrad diagnostik och handläggning, förebyggande åtgärder, behandling och långtidsuppföljning av såväl akuta, långvariga, lokaliserade som utbredda besvär från rörelseorganen samt migrän.

Ett nystartat projekt, PREVSAM, undersöker en modell för tidig identifiering och förebyggande av långtidssjukskrivningar för patienter med muskuloskeletal besvär. Inom gruppen pågår forsknings-samarbete bland annat med universitet i Nederländerna och Australien.



Psykisk hälsa och ohälsa

Plattformen består av fyra forskningsgrupper: antistress, klinisk primärvård psykiatri, primärvård psykiatri samt reproduktiv hälsa och pediatrik. Forskare inom medi-

cin, psykologi och sociologi är knutna till plattformen, vars mål är att i primärvården öka tillgången till tidiga evidensbaserade bedömningar och behandlingar för personer med psykisk ohälsa.

Exempel på pågående projekt är neurofysiologisk feedback på stressignaler vid utmattning, internetKBT för ungdomar, digitala interventioner vid psykisk ohälsa, samt samverkan runt patienter med depression, ångest och stressreaktion via samordnare på vårdcentral. Forskning pågår inom psykisk hälsa kopplat till fetma, föräldraskap, klimakterium och nutrition.



Innovation och organisation

Hösten 2018 startar forskningsplattformen Innovation och organisation som ska bedriva forskning om innovationsarbete och organisations-/verksamhetsutveckling i den nära vården. Forskare i pågående projekt med denna inriktning kommer att inbjudas till startseminarium i oktober 2018.



Susanne Bernhardsson
FoU-strateg, Med Dr
Närhälsan FoU-centrum Göteborg
och Södra Bohuslän
susanne.bernhardsson@vregion.se

Jäv saknas.



BERÄTTA FÖR LIVET!

OM NARRATIV MEDICIN OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Vad spelar människans berättelser för roll för vård och hälsa? Vad kan humaniora, medicin, vårdvetenskap och samhällsvetenskap lära av varandra? Hur kan medicinsk humaniora bidra till en ökad helhetssyn i vården och förbättra mötet med patienten och dess närstående?

Konferensen anordnas av Region Kronoberg och Linnéuniversitetet genom samarbete inom Hälsa, humaniora och medicin. Samverkan har sin grund i ämnesområdet medicinsk humaniora, som bland annat handlar om ett helhetsperspektiv på vård och hälsa, medicinsk etik, kunskapssyn, socialmedicinska frågor, sjukdomsbegrepp, existentiella frågor, berättande och tolkande och professionell hållbarhet.

KEYNOTE-FÖRELÄSARE:

- Deepthiman Gowda, Associate Professor of Medicine, Columbia University, New York
- Fredrik Svenaeus, professor i filosofi, Södertörns högskola, Stockholm

Två dagar med seminarier, workshops och presentation av pågående forskning inom medicinsk humaniora. Konferensen riktar sig till vårdpersonal, forskare och studenter och övriga med intresse för ämnet.

För mer information:

www.regionkronoberg.se/vardgivare/kompetens-utveckling/beratta-for-livet/



REGION
KRONOBERG

Linnéuniversitetet

Primärvårdsforskning i Stockholms län

I Stockholms läns landsting finns Akademiskt primärvårdscentrum som serverar personal och studenter vid primärvårdsenheter med utbildning, forskning och utvecklingsarbete.

I länet finns åtta Akademiska vårdcentraler, AVC. De består av geografiska nätverk där interprofessionella team ledda av en akademisk samordnare och adjungerade kliniska adjunkter erbjuder stöd åt medarbetare och studenter. Verksamhetsintegrerat lärande (VIL) handlar om att skapa goda kliniska lärandemiljöer för vård- och medicinstudenter i primärvården.

APC – en av flera universitetssjukvårdsenheter inom Stockholms läns landsting

Sedan 2015 är APC med de akademiska vårdcentralerna en av flera universitetssjukvårdsenheter inom Stockholms läns landsting. Forskning bedrivs inom nio nätverk i samarbete med högskolor och universitet, främst Karolinska Institutet. Stockholms läns landsting är oftast huvudfinansör. Totalt pågår



runt 90 forskningsprojekt. Årligen publiceras cirka 80 artiklar i ansedda vetenskapliga tidskrifter.

Samarbetspartner

En viktig samarbetspart är Sektionen för allmänmedicin, omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, NVS, vid Karolinska Institutet. Det har bland annat resulterat i en gemensam strategi för primärvårdsvetenskap, enligt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Andra samarbetspartners är allt från Stanford University och andra sektioner inom Karolinska Institutet till KTH, kommuner och organisationer.

Från www.cefam.se

KI: 100 artiklar per år

Forskning vid Sektionen för allmänmedicin och primärvård, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet

Forskningsprojekten som pågår på sektionen för allmänmedicin och primärvård speglar primärvårdens komplexa struktur och sektionens breda engagemang i undervisning och ledningsfrågor. Forskningen är både klinisk patientnära, epidemiologisk och vårdvetenskaplig. Här utvecklas kunskaper om allt från bensörhet, astmavård, kranskärlsjukdomar, diabetes, fysisk aktivitet, mag-/tarmbesvär och psykiska besvär till hur man framgångsrikt kommunicerar med patienter och olika beslutsstöd i vården. Den pedagogiska forskningen är också omfattande och innefattar ett flertal metoder. Årligen publiceras över 100 artiklar, varav många i ansedda vetenskapliga tidskrifter.

Vi har två professorer i allmänmedicin, en senior professor och en gästprofessor samt två lektorer. Sektionen har många doktorander, samtliga på deltid, cirka 25 stycken, och en egen forskarskola för doktorander på 16 veckor utlagda på två år.

Gunnar Nilsson bedriver forskning inom ramen för tolv doktorandprojekt och i några egna postdoktorala grupper. Forskningen är bred med inriktning mot kliniska studier, medicinsk informatik, pedagogik, och policy inom akademi och sjukvård. Den kliniska forskningen rör frågor kring konsultationen, patientsäkerhet, behandling av utbrändhet, läkemedel hos äldre, gruppbehandling av insomni, strokeprevention i interprofessionell samverkan och medicinsk screening i tandvården. Forskningen inom informatik behandlar bland annat användbarhet av kliniska beslutsstöd, utveckling av digitalt stöd för handläggning av kronisk smärta, och effekter av beslutsstöd vid hjärtsjukdomar. Den pedagogiska forskningen rör frågor relaterat till kompletterande utbildning av läkare med examen utanför EU, patientmedverkan i grundutbildning av läkare, validering av enkäter till studenter, studentdriven mottagning i primärvården, och utvärdering av lärandemiljö i högre utbildning. Policyforskningen rör bland annat utveckling av modeller för utvärdering av forskningskvalitet och effekter av vårdval på primärvården och folkhälsan.

Per Wändell och hans medarbetare har forskning på diabetes i relation till socio-ekonomiska faktorer som migration på nationell nivå. Inom hjärta och kärl pågår det registerstudier av personer med förmaksflimmer, relationer till socio-ekonomiska faktorer och dödlighet, förekomst av



**Karolinska
Institutet**

hjärtsvikt relaterat till bakgrundsfaktorer och förekomst i olika invandrargrupper.

Axel Carlsson har flera forskningsprojekt som omfattar skilda områden från sexuella övergrepp kring diagnostik och behandling för att förebygga negativa hälsoeffekter av övergrepp som posttraumatiskt stressyndrom. Axel leder också ett projekt med forskning om vårdskador som exempelvis Lex Maria i primärvården. Man gör såväl epidemiologiska studier för att finna samband mellan olika riskfaktorer för att drabbas av vårdskador som enkätstudier till drabbade patienter och studier på vad vårdpersonal tror orsakar fel.

Helena Salminen och hennes medarbetares forskning kring osteoporos frakturrisik omfattar studier av samband mellan fallrisk, muskelstyrka, balans och smärta. Effekter på smärta, livskvalitet och funktion av aktiverande korsett för patienter med kotfraktur har studerats i en randomiserad kontrollerad behandlingsstudie. Käkbenets utseende på tandröntgen och risken för framtida frakturer, tandröntgenbilder analyseras med olika metoder, manuell och digital bildanalys. Sekundärprevention av fall och frakturer i primärvården, effekter av utbildning för vårdpersonal och patienter är i fokus i en ny cluster-RCT som startar under hösten 2018. Hennes pedagogiska forskning rör sig kring den kliniska lärandemiljön för studenter i primärvården och interprofessionellt lärande.

Johan Ärnlöv är vår senast anställda professor i allmänmedicin. Hans forskning syftar till att få en bättre förståelse för det farliga samspelet mellan njuren och hjärt-kärlsystemet. Genom att ut-

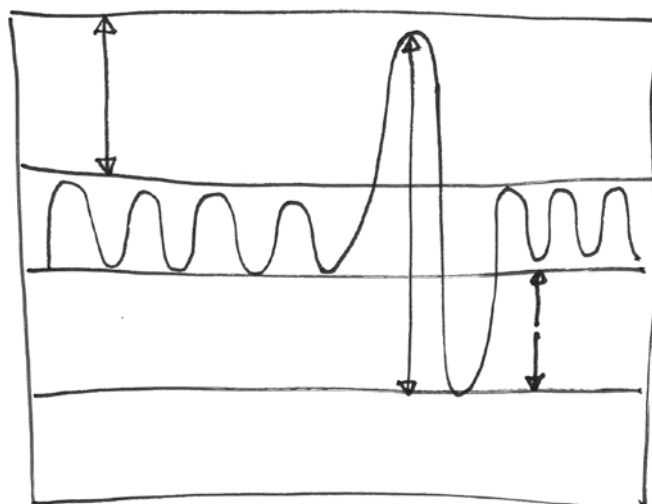


Illustration: Annika Andén

värdera nya experimentella biomarkörer i befolkningsbaserade studier och i specifika patientpopulationer som diabetiker eller patienter med etablerad hjärt- eller njursjukdom hoppas han och hans grupp att kunna upptäcka nya relevanta riskmarkörer som kan leda till att vi bättre kan identifiera individer med ökad risk för att försämra sin njurfunktion eller att utveckla hjärt-kärlsjukdomar i primärvården. Ett annat nystartat projekt avser att undersöka betydelsen av vår bakterieflora i tarmar och urinvägar för uppkomsten av hjärt- och njursjukdom i befolkningen. Ärnlövs grupp deltar i många internationella samarbeten t ex Global Burden of Disease och CKD Prognosis Consortium.



Helena Salminen^{1,2}
Sektionschef, docent/lektor
i allmänmedicin
helena.salminen@ki.se



Gunnar Nilsson^{1,2}
Bitr. sektionschef,
professor i
allmänmedicin



Johan Ärnlöv¹
Professor i
allmänmedicin



Per Wändell¹
Senior professor i
allmänmedicin



Axel C Carlsson¹
Docent i
epidemiologi

1. Sektionen för allmänmedicin och primärvård, institutionen Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Karolinska Institutet
2. Akademiskt Primärvårdscentrum

AllmänMedicin informerar

Ska AllmänMedicin gratulera?

Uppmärksamma dina kollegor på hemsidan och i tidningen!
Skicka information samt foto i hög upplösning till: chefredaktor@sfam.se.



Forskarskolan i Allmänmedicin och primärvård vid Karolinska Institutet

Forskarskolan med inriktning mot allmänmedicin och primärvård är ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting (SLL) sedan 2006. Nya omgångar studenter har börjat 2006, 2010, 2012, 2014 och 2016.

Forskarskolan i allmänmedicin uppkom som en följd av den positiva respons som forskarskolan i epidemiologi fått på KI. Den innehåller fyra veckor biostatistik, två veckor kvalitativ metodik, fyra veckor med vetenskapligt och populärvetenskapligt skrivande, anslagsansökningar och presentationsteknik, samt fyra veckor kvantitativ metod med studiedesign, klinisk prövningsmetodik och epidemiologi. I princip uppfyller forskarskolan därmed de krav på teoretiska kurser som krävs för att disputera, till skillnad från exempelvis den nationella forskarskolan i allmänmedicin.

Forskarskolan i allmänmedicin och primärvård riktar sig främst till kliniskt aktiva arbetsterapeuter, fysioterapeuter, läkare, psykologer, sjuksköterskor och socionomer med kliniska forskningsprojekt i primärvården. Sökande väljs ut efter forskningsprojektets kvalitet och relevans för primärvård samt sökandes erfarenhet och meriter. Ungefär hälften av dem som genom åren gått forskarskolan har varit läkare.

Tolv av platserna är avsedda för sökande med anknytning till klinisk tjänst inom SLL där studeranden får en finansiering av sin lön. Övriga platser, upp till sex stycken, erbjuds sökande från andra landsting. Ny antagning planeras till hösten 2020 och vi ser gärna många ansökningar från andra delar av Sverige.

Forskarskolans övergripande mål är att studenten ska tillägna sig ett fördjupat vetenskapligt, kritiskt, analytiskt och forskningsetiskt förhållningssätt för att kunna bedriva forskning inom områden som har betydelse för primärvårdens patienter och verksamhet. Forskarskolan har ett studentaktiverande lärande av färdigheter i fokus, där föreläsarna är mycket uppskattade av studenterna. I kurserna förekommer individuella studieuppgifter, arbete i grupp, föreläsningar, workshops och seminarier.



En bärande idé är att utgå från studenternas egna forskningsprojekt och ta tillvara den erfarenhet och kunskap som studenterna har med sig från primärvården. Studenternas egna projekt är därför ett viktigt inslag i alla kursplaner, vilket stärker den allmänmedicinska profilen på utbildningen.

Hösten 2018 började med ett nytt upplägg. Kurserna är nu uppdelade på två tvåveckorsblock per termin under fyra terminer, sammanlagt 16 veckor. Det är tänkt att underlätta för kliniker att få tjänstledigt. Tidigare har deltagare avstått från forskarskolan då det har varit svårt att komma ifrån kliniken i fem sammanhängande veckor.

Många som gått forskarskolan i allmänmedicin och primärvård har disputerat med avhandlingar om allt från högt blodtryck och blodtryckskontroll till självskattad hälsa och hälsoeffekter hos överlevande av tsunamin i Thailand. Två som gick första omgången av forskarskolan i allmänmedicin och primärvård på KI är redan docenter.



Axel C Carlsson
Docent, studierektor för
forskarskolan i allmän-
medicin och primärvård
axel.carlsson@ki.se



Per Wändell
Senior professor
tidigare studierektor för
forskarskolan i allmänme-
dicin och primärvård



Lars Agreus
Professor emeritus, tidigare
stygruppmedlem, föreläsare
och kursansvarig på kurser
på forskarskolan i allmän-
medicin och primärvård



Johan Ärnlöv
Professor



Gunnar Nilsson
Professor, ordf. i
styrgruppen för
forskarskolan i
allmänmedicin och
primärvård

Samtliga författare är verksamma vid sektionen för allmänmedicin och primärvård vid NVS-insitutionen på Karolinska Institutet.



LUNDS
UNIVERSITET

Gemensam kunskapsplattform för Skånes primärvård

Centrum för primärvårdsforskning (CPF) inkluderar Allmänmedicinska kunskapscentra (AKC) och Kompetenscentrum för primärvård i Skåne (KCP). KCP i sin tur innefattar Allmänläkarkonsult Skåne (AKO), Primärvårdens utbildningsenhet (PUE), samt kunskapscentra för barnhälsovård, kvinnohälsovård respektive migration och hälsa. CPF, AKC och KCP utgör tillsammans en universitetssjukvårdsenhet sedan årsskiftet 2016–2017. Enligt det nationella ALF-avtalet ska den gemensamma kunskapsplattformen:

- Fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet;

- Bedriva utbildning av hög kvalitet;
- Följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård;
- Bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder;
- Förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården;
- Samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Centrum för primärvårdsforskning – en spetsresurs för primärvårdens kunskapsutveckling

Centrum för primärvårdsforskning (CPF) bedriver, med primärvården som bas, världsledande forskning genom aktivt utbyte av kunskaper mellan grundforskning, epidemiologi och patientnära klinisk forskning.

En internationell utredning under ledning av professorerna John Bell, Oxford University, och Karen Luker, University of Manchester, föreslog 2004 ett institut för primärvårdsforskning för att stimulera forskning i primärvården för framgångsrik utveckling av universitetet och Region Skåne. Många av slutenvårdens patienter hade flyttat till primärvården, och det sågs som nödvändigt att stafettpinnen för forskning lämnades över till primärvården.

Jag lämnade min distriktsläkartjänst på Flemingsbergs vårdcentral och professuren på Karolinska Institutet i oktober 2008 och så gjorde även distriktsläkare och professor Kristina Sundquist från 2010. Med duktiga kollegor och andra medarbetare skulle vi bygga upp något nytt från grunden, en mer forskningsintensiv enhet än de traditionella FoU-enheterna. I nära internationell samverkan fick vi skapa en infrastruktur som möjliggjorde spetsforskning och samtidigt utveckla forskningsnätverk i den skånska primärvården. Region Skåne och Lunds universitet valde att lokalisera CPF på det nybyggda Kliniskt forskningscentrum (CRC) i Malmö, där det finns möjligheter till samverkan med universitetssjukhusets kliniska och experimentella forskare.

Sedan starten har vi växt från 2 till 50 personer. Sedan 2015 kan vi inom vår paraplyorganisation inkludera Kompetenscentrum Primärvård, KCP, med ett 60-tal medarbetare. CPF:s styrelse med senior professor Lars H Lindholm, Umeå universitet, som ordförande leder arbetet på ett strategiskt och övergripande

plan. Det innebär bland annat att styrelsen fattar beslut om inriktningen av forskningen, upprättar verksamhetsplan, tillsätter chef för verksamheten samt ansvarar för uppföljning av CPF:s verksamhet och hantering av ekonomiska medel.

I CPF:s verksamhet ingår forskning och forskningsstöd, Allmänmedicinska kunskapscentrum (AKC) (sid 38), utbildning, handledning, seminarier och experimentellt laboratorium. CPF är en viktig resurs för kunskapsutvecklingen inom både offentligt och privat driven primärvård i Skåne.

Fram till 2018 har vi publicerat över 1 100 vetenskapliga artiklar. Det gör oss till en av de vetenskapligt mest aktiva forskningsenheterna i Norden. Under fjolåret publicerade vi 135 vetenskapliga artiklar i internationella tidskrifter av mycket hög klass. Merparten av våra 26 doktorsavhandlingar sedan 2011 är gjorda av distriktsläkare.

Forskningen fokuserar på flera långsiktiga områden som har betydelse för primärvårdens patienter och verksamhet:

- Psykisk ohälsa; samspelet mellan arv, hemmiljö och bostadsområde
- Migrationens och bostadsområdets betydelse för hälsan
- Mindfulness och medkänsla, kliniska och experimentella studier i primärvården
- Barn och ungdomars psykiska hälsa: en longitudinell studie
- Hjärtkärlsjukdomar; levnadsvanor, migration, arv och miljö
- Epidemiologisk forskning kring de stora folksjukdomarna
- Läkemedel och äldre
- E-hälsa
- Cancer, biomarkörer och diagnostik

Forskarna vid CPF har dragit in mångmiljonanslag, årligen cirka 16–20 miljoner i externa anslag och ungefär fem anslag



Illustration: Annika Andén

från Vetenskapsrådet. Vi har fyra pågående projekt med stöd av National Institutes of Health som stöttat våra forskargrupper oavbrutet sedan 2002. Halva CPF:s budget är externfinansierad och andra halvan finansieras av Region Skåne.

Det centrala forsknings- och utbildningsstödet till primärvårdens personal sker bland annat via prova-på-forskningsaktiviteter och möjlighet att testa sina projektidéer. På lokalt plan erbjuds stöd främst via våra AKC.

Sedan 2011 driver vi Nordens första experimentella molekylärmedicinska laboratorium med primärvården som bas. Där studeras de molekylära och fysiologiska mekanismer som ur ett genetiskt-, epigenetiskt- och miljöperspektiv påverkar sjukdomar som behandlas inom primärvården. Det är avgörande att vi utifrån våra kliniska studier analyserar blodprover i ett eget laboratorium.

CPF har en analysgrupp med statistiker och databashanterare, som samarbetar med de kliniska forskarna kring planering av studier, databaser och analyser. Att ha en egen möjlighet till statistiska analyser av data är ytterligare en framgångsfaktor. Oavsett om det är små eller stora datamängder krävs ett nära samarbete mellan analysgruppen och forskarna. I de flesta projekt är en analytiker med från början till slut och involverad i studiedesign, datahantering, statistisk analys, tolkning av resultat samt skrivande av vetenskaplig artikel.

Förutom att stödja forskare i den vetenskapliga verksamheten är statistikerna aktiva inom undervisningen för läkare och forskarstuderande. Kunskap om statistiska metoder är ett nödvändigt verktyg för att kunna planera, analysera och utvärdera kvantitativa studier.

Fyra gånger om året anordnar CPF en introduktionskurs i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete för ST-läkare. I år är det 30-kursjubileum! Under åren har ST-läkare från hela landet – alla specialiteter – fått lära sig grunderna i vetenskapsteori, studiedesign, evidensbaserad medicin och kvalitativa metoder. Kursen mynnar ut i en projektplan för den obligatoriska vetenskapliga uppsatsen. Under 2017 fullföljde 90 deltagare kursen, varav hälften var ST-läkare från skånska vårdcentraler. Kursdeltagarna har ofta olika förkunskapsnivåer och tanken är att utbildningen ska kunna ge något till alla, vilket förstås är en utmaning.

Alla kollegor med akademiska tjänster vid CPF arbetar kliniskt på en vårdcentral i Region Skåne. Det är betydelsefullt att vi forskare hämtar våra frågeställningar i den kliniska myllan.

Jan Sundquist

Professor, verksamhetschef
Centrum för primärvårdsforskning
Region Skåne/Lunds universitet
Sorgenfrimottagningen, Malmö
jan.sundquist@med.lu.se



Jäv saknas.

AKC – Skånes akademiska vårdcentraler

I Skåne har Centrum för primärvårdsforskning byggt upp sin egen version av akademiska vårdcentraler, Allmänmedicinska kunskapscentrum (AKC). I vår modell är Centrum för primärvårdsforskning ett tydligt vetenskapligt nav med seniora forskare och stödfunktioner som statistiker och databasteam samt expertis inom Good Clinical Practice (GCP).

AKC-vårdcentralerna fungerar som satelliter där vetenskaplig handledning erbjuds till arbetskamrater på den egna och omgivande vårdcentraler. Vid behov tar vi hjälp av stödfunktioner som statistik, labb, databashantering och GCP på Centrum för primärvårdsforskning (CPF). Kunskapsbredden inom CPF och AKC gör det även möjligt för oss att hålla en ST-kurs i forskningsmetodik fyra gånger per år med 25 deltagare per kurs från alla specialiteter. Det är en inspirerande forskningsmiljö

där AKC är en naturlig väg för disputerade att utveckla och meritera sig inför en fortsatt akademisk karriär.

I dag omfattar AKC tio vårdcentraler på olika platser i Skåne. Vid varje AKC finns en disputerad AKC-koordinator som har minst en dags klinisk tjänstgöring i veckan. De flesta AKC-koordinatorerna är allmänläkare, men vi har även en distriktsköterska/professor i nätverket. AKC-koordinatorerna forskar inom olika områden som hjärt-kärlsjukdom, läkemedel och äldre, e-hälsa, paleolitisk kost och levnadsvanor, vilket resulterar i cirka 40 vetenskapliga artiklar per år. Den egna forskningen finansieras med externa forskningsmedel och nya doktorander rekryteras då och då i projekten.

Själva AKC-uppdraget är vanligtvis på 15 procent för varje koordinator. I uppdraget ingår bland annat att bjuda in omgivande vårdcentraler till öppna seminarier, individuell

vetenskaplig handledning och att hjälpa till på ST-kurserna i forskningsmetodik. Vi har en lista över seminarier inom olika ämnen, såsom journal club, som kan beställas till arbetsplats-träffar och läkarmöten ute i primärvården. Vi anordnar även temaseminarier och vår senaste satsning är på evidensbaserad medicin där kurser planeras starta 2019.

Att handleda ST-läkares vetenskapliga arbeten är en av AKC-koordinatorernas huvuduppgifter. Då antalet ST-läkare i allmänmedicin är rekordhögt i Skåne, 390 stycken, och behovet av att få ut nya specialister i allmänmedicin är stort, får inte det vetenskapliga arbetet bromsa upp ST-tjänstgöringen, samtidigt som man inte bör tulla på kvaliteten. Vid öppna AKC-seminarier handleds ST-läkare i grupp vilket har visat sig vara ett bra komplement till individuell handledning. Ibland är detta tillräckligt som enda vetenskaplig handledning om den kliniska handledaren sedan vågar stötta i färdigställandet av arbetet. Kliniska handledare är välkomna att vara med på AKC-seminarierna och det finns även specifika kurser för ST-handledare.

Tanken med AKC är att handleda alla forskarbehöriga yrkesgrupper i primärvården, inte bara ST-läkare. Under 2018 startade AKC-koordinator professor Ulf Jakobsson en fors-

karskola som riktar sig till sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvården. Deltagarna är nu engagerade i egna projekt, från mindre kvalitetsarbeten till avancerade forskningsstudier.

Eftersom vi finns på, och vänder oss till, vårdcentraler över hela Skåne är utmaningen med AKC-modellen kommunikation, intern såväl som extern (kräver viss "eldsjälsmentalitet"). Men vinsterna är många. Vi har med åren lärt oss att tät och god kommunikation AKC-koordinatorer, andra forskare och personal i primärvården sinsemellan är en nödvändighet. Vi når nu ut till vårdcentraler i hela regionen där allmänläkare, ST-läkare och annan personal erbjuds vetenskaplig utbildning och handledning.

Emelie Stenman

Med dr, teamledare AKC
Centrum för primärvårdsforskning
Region Skåne/Lunds universitet
emelie.stenman@skane.se



Jäv saknas.

Annons

Gott betyg för CPF och KCK i nationell granskning!



Från vänster professor Jan Sundquist, professor Kenneth Kendler, docent Jianguang Ji och PhD Sara Larsson.

Den kliniska forskning och utbildningsaktivitet som Centrum för primärvårdsforskning (CPF) och Kompetenscentrum för primärvård i Skåne (KCP) bedriver i samverkan mellan Region Skåne och Lunds Universitet håller en mycket hög kvalitet. Det visar den första nationella granskningen gjord av Socialstyrelsen. Enligt deras granskare har CPF och KCP en forsknings- och utbildningsverksamhet som saknar motstycke i Sverige.

Sedan 2016 är Centrum för primärvårdsforskning (CPF) och Kompetenscentrum för primärvård i Skåne (KCP) en av landets så kallade universitetssjukvårdsenheter som ska borgen för forskning och utbildning av hög kvalitet. Under 2017 granskades universitetssjukvårdsenheten av Socialstyrelsen, bland annat vid ett platsbesök (se sid 17).

Socialstyrelsens granskare Lars Borgquist, professor emeritus, Linköpings universitet och Birgitta Hovelius, professor emeritus, Lunds universitet var mycket nöjda. I sitt utlåtande skriver de bland annat "Universitetskliniken primärvård Skåne är en synnerligen omfattande

forsknings- och utbildningsverksamhet som saknar motstycke i Sverige och kan vara en förebild för universitetsenheter inom allmänmedicin/primärvård i Sverige. Det har fördelar att på detta sätt ha en plattform för såväl forskning inom primärvård som utbildning (grundutbildning, AT-, ST- och fortbildning) och kompetensutveckling i vid bemärkelse."

Det är ett viktigt erkännande som sporrar oss till att hålla fortsatt hög nivå på forskning och utbildning med ambitionen att skapa en ännu bättre primärvård för personal och patienter vid Skånes alla vårdcentraler.

En stor framgångsfaktor är att CPF och KCP har en gemensam kunskapsplattform, ledning och organisation – över huvudmannagränser. Det har lett till att vi stärkt samverkan, utnyttjar resurser mer optimalt och att vi fått värdefulla synergier för forskning och kunskapsutveckling, exempelvis när det gäller ST-läkarnas vetenskapliga utbildning. Där samarbetar vi kring grupphandledning, individuell handledning och deltagande i ST-läkarnas månadsmöten på olika orter i Region Skåne. Det är mycket värdefullt att distriktsläkare och distriktssköterskor

som forskar eller arbetar med utbildning möts dagligen vid fiket, i korridoren eller på lunchen, vilket ger en naturlig samverkan.

AKC och KCP tar även gemensamt fram checklistor och arrangerar gemensamma utbildningsdagar om vetenskaplig metodik för distriktsläkare. Det gör vi för att vi har sett ett behov av vetenskapligt stöd i olika sammanhang.



Jan Sundquist

Professor, verksamhetschef
CPF och KCP i Skåne
Centrum för primärvårdsforskning
Region Skåne/Lunds universitet
Sorgenfrimottagningen, Malmö
jan.sundquist@med.lu.se

Jäv saknas.

Annonssplats

Mer forskning behövs om effekten av arbetslivsinriktade insatser vid utmattningssyndrom

Det finns bristfällig kunskap om vilken effekt arbetslivsinriktade insatser har på symtom och återgång i arbete hos personer som är sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom och liknade tillstånd. Med tanke på hur många som sjukskrivs och är sjukskrivna under längre tid med denna diagnos är det angeläget med välgjorda behandlingsstudier av insatser som är relevanta för svenska förhållanden.

Utmattningssyndrom, en svensk diagnos

Psykiatriska diagnoser är sedan ett par år tillbaka de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning. Den diagnoskategori där sjukskrivningarna ökat mest under senare tid är anpassningsstörningar och svår stress, en kategori där utmattningssyndrom återfinns [1]. Kriterierna för diagnosen utmattningssyndrom togs fram av en expertgrupp vid Socialstyrelsen år 2003 [2] och år 2005 infördes den i Sverige som en egen ICD-10-diagnos, med koden F43.8A.

Utmattningssyndrom kännetecknas av fysiska och psykiska symtom på utmattning som utvecklats till följd av påtaglig stress som varat under minst ett halvår [2]. Vanliga symtom är nedsatt förmåga att hantera krav och göra saker under tidspress, försämrad koncentrationsförmåga samt försämrat minne, något som i allvarligare fall kan leda till betydande nedsättning av funktions- och arbetsförmåga. Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd kan patienter med utmattningssyndrom behöva vara sjukskrivna i upp till sex månader i den akuta fasen, och om kvarstående symtom finns upp till ett år eller mer [3].

Eftersom diagnosen utmattningssyndrom bara används i Sverige är forskningen begränsad på detta specifika tillstånd. I den vetenskapliga litteraturen finns emellertid andra begrepp som beskriver tillstånd som i många avseenden liknar utmattningssyndrom. Till dessa hör *burnout* (utbrändhet), *adjustment*

disorders (anpassningsstörningar) och *maladaptiv stressreaktion*. Gemensamt för de olika begrepp som beskriver utmattningssyndrom liknande tillstånd är att de ska ha föregåtts av en längre period av stressexponering. Denna kan vara av olika karaktär, men i många fall har den att göra med en persons arbetssituation och arbetsmiljö.

"Resultatet visar att det finns mycket få studier som undersökt effekten av arbetsplatsinterventioner för personer sjukskrivna med en stressrelaterad diagnos."

Samband mellan arbetsmiljö och risk för utmattningssyndrom

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, gjorde för ett par år sedan en utvärdering inklusive en systematisk litteraturoversikt för att undersöka arbetsmiljöns betydelse för uppkomst och vidmakthållande av depressionssymtom och utmattningssyndrom [4]. Resultaten visade att det finns vetenskapligt stöd för att arbetsmiljön har betydelse: personer som upplever brist på stöd från chefer och kollegor på jobbet utvecklar mer symtom på utmattningssyndrom. Symtomen utvecklas även i högre grad hos personer som upplever att belöningen är liten i förhållande till arbetsinsatsen och hos dem som känner osäkerhet i anställningen.

SBU:s utvärdering visade även att kvinnor och män som har likartade arbetsvillkor utvecklar symptom på utmattningssyndrom i lika hög utsträckning. Dock är betydligt fler kvinnor än män sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa, vilket kan bero på att kvinnor och män har olika yrken och arbetsomständigheter. Det kan även bero på att kvinnors och mäns livssituationer skiljer sig i andra avseenden [3].

Resultaten från utvärderingen av arbetsmiljöns betydelse visade också att det kan finnas positiva aspekter av arbetsmiljön. Personer som upplever sig ha goda möjligheter till kontroll över det egna arbetet, och som upplever sig bli behandlade rättvist, utvecklar mindre symtom på utmattningssyndrom.

Osäkerhet kring rehabilitering i primärvård

I behandlingsarsenalen vid utmattningssyndrom återfinns flera olika typer av insatser: stresshantering och avslappningstekniker, livsstilsinterventioner och olika former av psykoterapi. Vid förekomst av nedstämdhet och ångest kan det bli aktuellt med läkemedel. Dessa olika behandlingars effekt vid just stress och utmattningsproblem är emellertid inte välstuderat. När SBU



**STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING**

Denna artikel bygger på ett svar från SBU: Upplysningstjänst, som svarar på avgränsade medicinska frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturoversikt utförd av SBU. Därför kan resultaten av litteratursökningen vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts.



Illustration: Katarina Liljequist

för ett par år sedan besvarande en fråga inom upplysningstjänsten som rörde kunskapen om behandling av utmattningssyndrom och liknande tillstånd inom primärvård identifierades bara ett fåtal studier som relaterade till frågeställningen [5]. SBU har inte gjort någon evidensgraderad sammanställning av dessa studier.

Slutsatsen som författarna drog i en av de inkluderade studierna var att kognitiv beteendeterapi har effekt vid tillståndet *burnout*, dock angav författarna inte någon effektstorlek. I övrigt identifierade litteratursökningen inte några studier av tillräckligt hög kvalitet som hade undersökt vilken behandling som har effekt vid utmattningssyndrom och liknande tillstånd.

Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anses det värdefullt att involvera patientens arbetsgivare i rehabiliteringen vid utmattningssyndrom [3]. Detta gäller särskilt när arbetsmiljön bedöms vara en stressfaktor, det vill säga när den anses vara en möjlig orsak till problematiken.

Vi vill i detta sammanhang redovisa resultaten från ett nyligen färdigställt svar från SBU:s upplysningstjänst som redovisar vilka studier det finns om effekter av arbetslivsinriktade insatser hos personer som är sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom eller liknande tillstånd [6]. Upplysnings-tjänsten söker svar på specifika frågor genom att identifiera relevanta studier som tar upp den aktuella frågeställningen. Däremot gör SBU ingen granskning av studiernas kvalitet, och inte heller någon sammanvägning eller evidensgradering av studiernas resultat.

Metod

För att besvara frågan gjordes litteratursökningar i sex olika databaser över vetenskaplig litteratur. Sökningen begränsades till att endast gälla systematiska översikter och randomiserade

kontrollerade interventionsstudier. En av oss (AA) läste och gallrade alla artikelsammanfattningarna och två av oss (AA och PL) läste fulltextartiklar och bedömde studiernas relevans. För att en artikel skulle inkluderas ställdes kravet att forskarna skulle ha utvärderat behandlings- eller rehabiliteringsinsatser som innehöll någon form av arbetsplatsintervention som givits till personer sjukskrivna på grund av ett stressrelaterat tillstånd.

Resultat

Totalt genererade litteratursökningen drygt 5 000 träffar. Av dessa var 11 systematiska översikter och 15 primärstudier inriktade på den aktuella frågan, men endast två primärstudier uppfyllde de föruppställda kraven och bedömdes därmed vara relevanta. Resten av artiklarna exkluderades, främst på grund av att den undersökta studiepopulationen inte var sjukskriven på grund av stressrelaterade tillstånd. Ett annat vanligt skäl till exklusion var att rehabiliteringen inte involverade någon insats på arbetsplats eller att den inte involverade arbetsgivaren.

Resultatet visar att det finns mycket få studier som undersökt effekten av arbetsplatsinterventioner för personer sjukskrivna med en stressrelaterad diagnos. Båda de studier som uppfyllde kriterierna undersökte om psykoterapi i kombination med arbetsplatskontakt förbättrar möjligheterna för deltagarna att komma tillbaka i arbete. I den ena studien, en trearmad randomiserad kontrollerad studie (n=268) från 2013, undersökte forskarna effekterna av en tremånaders multidisciplinär intervention som innefattade samtalsterapi, mindfulness och frivillig arbetsplatsdialog hos personer som var sjukskrivna på grund av långvarig arbetsrelaterad stress. Interventionsgruppen jämfördes dels med en grupp som fick standardbehandling med psykolog-samtal, dels med en grupp som stod på väntelista [7]. Efter tre månader hade 67 procent av deltagarna i interventionsgruppen återgått i arbete. Motsvarande siffror för kontrollgruppen som fick samtalsterapi var 36 procent, respektive 26 procent för väntelistegruppen.

Sammanfattning:

- Enligt en tidigare SBU-rapport finns det samband mellan exponering i arbetsmiljön och såväl högre som lägre förekomst av utmattningssyndrom.
- SBU:s upplysningstjänst har undersökt vilken forskning det finns för arbetslivsinriktade insatser för arbetsåtergång vid sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom.
- Två studier bedömdes vara relevanta för frågeställningen. Båda studierna undersökte om psykoterapi i kombination med en frivillig arbetsplatskontakt främjar arbetsåtergång.
- En genomgång av litteraturen visar att effekten av arbetslivsinriktade insatser på återgång i arbete vid utmattningssyndrom är sparsamt undersökt. Därför finns ett behov av ytterligare forskning.

Den andra studien var en trearmad randomiserad kontrollerad studie från 2017 med 163 deltagare. I studien jämförde forskarna en grupp som fick stresshanteringsintervention med dels en grupp som bara erhöll klinisk bedömning, dels en grupp som inte fick någon bedömning alls. Det huvudsakliga studerade utfallet var återgång i arbete [8]. Behandlingen i interventionsgruppen var arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi plus ett valfritt tillägg av arbetsplatsintervention, som bestod av 1–2 träffar med arbetsgivaren där man tillsammans diskuterade arbetsbelastning och rollfördelning.

I båda ovan nämnda studier drog författarna slutsatsen att grupperna som fick interventionen med rekommenderad arbetsplatskontakt i högre grad återgick till arbete än kontrollgrupperna. Värt att notera är att de flesta deltagarna i båda studierna inte valde den modell för arbetsplatskontakt som erbjöds i respektive intervention varför det är svårt att uttala sig om betydelsen av detta moment.



Anna Andreasson
Med dr, forskare,
Stressforsknings-
institutet,
Stockholms universitet



Laura Lintamo
BSc, utredare
SBU, Statens
beredning för
medicinsk och
social utvärdering



Per Lytsy
Leg. läk, docent,
med. sakkunnig SBU
Statens ber. för
med. och social utv.
per.lytsy@sbu.se

Jäv saknas.

Referenser:

1. Försäkringskassan. Korta analyser 2016:2 Psyisk ohälsa: Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Stockholm: 2016.
2. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom -stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: 2003.
3. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: Utmattningsyndrom. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningsyndrom/546>.
4. SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 223. Stockholm: 2014.
5. SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Behandling av stressrelaterade sjukdomar med fokus på maladaptiv stressreaktion och utmattningsyndrom. Svar från SBU:s upplysningstjänst. Stockholm: 2015.
6. SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Arbetslivs-inriktade insatser vid utmattningsyndrom. Svar från SBU:s upplysningstjänst. 2018;1-14.
7. Netterstrom B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82:177-86.
8. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health.* 2017;43:436-46.

Annons

En väg till ökad hälsa för patienter med stressrelaterad ohälsa

Bakgrund

Psykosomatisk ohälsa

Under de senaste årtiondena har hälsan kontinuerligt förbättrats i Sverige. Samtidigt ökar, sedan slutet av 80-talet, andelen av befolkningen som besväras av psykisk ohälsa som idag är den största ohälsogruppen [1, 2]. Störst är ohälsan bland unga kvinnor, inte minst i form av utmattningssyndrom. Den näst största gruppen är muskuloskeletala problem.

De som mött dessa patienter vet att de oftast besväras av såväl psykisk som somatisk ohälsa. Om patienten får en psykiatrisk eller somatisk diagnos kan bero på läkarens kompetensområde eller vad patienten betonar i mötet med läkaren. Denna psykosomatiska ohälsa har alltmer kommit att betecknas som stressrelaterad ohälsa [3].

Patientgruppen upplevs inom primärvården som stor. Det är en heterogen grupp som behöver differentieras för att kunna mötas med rätt insatser. Patienterna upplever ofta brist på effektiva behandlingsinsatser och lider mycket. Stora vårdresurser tas i anspråk och bristen på adekvat behandling leder till höga kostnader för långtidssjukskrivningar, sjukersättningar och mediciner.

Många anser att psykosomatisk ohälsa har sin grund i en brist i att kunna uppleva och uttrycka känslor och upplevelser verbalt – en brist i kommunikationen mellan kroppen (affekten) och hjärnan (upplevandet) [3, 4]. Symtomen har ofta utvecklats tidigt i livet och kan ha sitt ursprung i en otrygg och dysfunktionell uppväxtmiljö där hen ofta i alltför hög grad och alltför tidigt i livet tvingats till orimligt ansvar samt att hantera känslor och upplevelser utan en tillräckligt trygg närvaro och guidning av vuxna. Denna omsorgssvikt har lett till att patienten tidigt utvecklat strategier för att undvika att uppleva känslor.

"Om patienten får en psykiatrisk eller somatisk diagnos kan bero på läkarens kompetensområde eller vad patienten betonar i mötet med läkaren."

Behandlingsmetoder

Den behandling som erbjuds idag är i huvudsak mediciner, KBT, fysioterapi, fysisk aktivitet och multimodal rehabilitering, tyvärr utan effekt för många patienter.

Det finns än så länge ingen evidensbaserad behandling av utmattningssyndrom när det gäller återgång i arbete [5], vilket

de flesta studier intresserat sig för. Få studier har fokuserat på förbättrad upplevelse av hälsa. Bland de patienter som söker för stressrelaterad ohälsa kopplar en del till sin livssituation, livshistoria och/eller personlighet. De kan ofta med relativt kort behandlingsinsats få hjälp att göra de förändringar som behövs för att återfå hälsan. Patientgruppen består oftast av resursstarka personer med en relativt stabil psykologisk grund.

Andra har svårt att göra kopplingar och har en mer komplex problematik som kräver andra och längre terapiinsatser. Många behöver kompletterande, alternativa och personcentrerade terapimetoder som kan möta patienten i sin upplevelse av ohälsan.

Primärvården har svårt att möta vårdbehovet gällande komplex stressrelaterad ohälsa med blanddiagnoser och multipla somatiska och psykiska symtom. Syftet med denna artikel är att beskriva en kliniskt testad gruppmodell för patienter med stressrelaterad ohälsa som utvärderats i en kvalitetsuppföljning. En kostnadseffektiv modell som kan tillämpas inom primärvård.

Utvecklad gruppmetod

Patienter med psykosomatisk ohälsa beskriver ofta sin svårighet att uppleva känslor som "jag stänger av", "jag förstår med hjärnan men känner inte", "har låst om mig och slängt nyckeln". Patienten har utvecklat en rädsla, en skräck för att känna. Känslor blir inte medvetandegjorda utan uttrycks istället via somatiska symtom. Detta kan förstås utifrån att psykosomatisk ohälsa kan ha sin grund i en brist i kommunikationen mellan affekter och upplevandet [3, 4].

Från denna förståelsemodell utvecklades på mottagningen en gruppmodell med två olika grupp typer. Syftet var att erbjuda möjlighet till ett omdefinieringsarbete från upplevd somatisk ohälsa till förmåga att uppleva och uttrycka känslor och behov. Båda grupp typerna innehåller kroppsmedvetandeträning och gruppsamtal.

Syftet med den första grupp typen, Ta hand om mig själv-grupp (THOMS-grupp), är att via en i huvudsak nonverbal behandlingsmetod (basal kroppskännedom) utforska kroppsliga reaktioner och dess kopplingar till känslor och upplevelser.

Syftet med den andra grupp typen, Stresshanteringsgruppen (SH-grupp), är att via i huvudsak en verbal terapi (fokuserad grupp terapi) utforska kopplingar mellan ohälsa och livshistoria för att få en ökad förståelse för egna reaktioner och beteende och därmed kunna förändra och utvecklas.

Patienterna har kommit olika långt i att förstå sina strategier och kopplingar mellan symtom och livshistoria, och grundtanken i gruppmodellen är att patienten behöver mötas där hen är i sin upplevelse av orsaken till ohälsa. SH-gruppen erbjuds till de som under bedömningssamtalen är öppna för kopplingar mellan ohälsan och livshistoria samt till de som efter deltagande i THOMS-grupp börjar uppleva sådana kopplingar och vill fortsätta detta förändringsarbete. På så sätt kan en behandling

erbjudas i olika steg som följer patientens utveckling och som kan erbjudas under en längre sammanhållen tid utan byte av terapiinsatser. Modellen bygger på förståelsemodeller hämtade från stressteori, psykodynamisk teori och psykosomatisk medicin [3, 6].

THOMS-grupp

Namnet Ta hand om mig själv-grupp betecknar patientens grundproblematik, svårigheten att kunna fokusera på egna behov och att ta hand om sig själv, framför allt känslomässigt. THOMS-gruppen är en terapigrupp men är också en förberedelse- och bedömningsgrupp till SH-gruppen. Den kan vara en start för patienter med utmattningssyndrom som är tidigt i sin rehabiliteringsprocess och som ännu inte orkar med det mer krävande förändringsarbete som görs i SH-gruppen. Gruppen träffas en gång per vecka, en och en halv timma per tillfälle.

Grupptillfällena börjar med kort samtal där deltagarna ges möjlighet att reflektera runt hur det varit/hur det känts, kroppsligt och känslomässigt sedan förra besöket. Deltagarna stimuleras att intressera sig för och att lyssna till varandra. Resten av tiden arbetar gruppen med basal kroppskännedom och avslutas med en kort samling för att fånga in ev. reaktioner.

Gruppen är halvöppen, dvs. deltagarna binder sig att delta under en termin och med möjlighet till fortsättning flera terminer. Medelbehandlingstiden för deltagarna i THOMS-grupp och senare SH-grupp är sex terminer.

SH-grupp

För SH-gruppen utvecklades en modifierad form av fokuserad gruppterapi. Gruppen träffas en gång/vecka, en timma och fyrtiofem minuter per tillfälle, fördelat på en och en halv timme gruppsamtal och femton minuter meditation.

Innan gruppterapin börjar utarbetas ett individuellt fokus som patienten sedan arbetar med. I terapin riktas uppmärksamheten mot självkänslan och patienten får aktivt arbeta med att känna igen egna reaktionsmönster. I terapin ges möjlighet att pröva olika förhållningssätt i relation till andra och återupptäcka mönster som har fungerat eller att utveckla nya [7].

Medelbehandlingstiden för deltagarna i SH-grupp är tre terminer. Deltagarantalet har varit mellan 5–7 i båda grupp-typerna.

"Primärvården har svårt att möta vårdbehovet gällande komplex stressrelaterad ohälsa med blanddiagnoser och multipla somatiska och psykiska symtom."

Patientgruppen

Patienterna kommer huvudsakligen på remiss från vårdcentraler, företagshälsovård, smärtläkare och handläggare på försäkringskassa. Många söker på eget initiativ. Ohälsan har ofta debuterat under tonåren eller i samband med utträdet i vuxenlivet. De har ofta såväl somatiska som psykiska symtom. Bland- och syndromdiagnoser är vanliga. De flesta söker primärt i primärvården och har haft återkommande längre sjukdoms- och sjukskrivningsperioder. ➡



"En väg till ökad hälsa".

Foto: Lillemor Karlsson

Många känner sig pressade att rutinmässigt medicinera med SSRI-preparat och många upplever en brist på resurser och kompetens inom stressrelaterad ohälsa/psykosomatik. Alternativa behandlingar till medicinering, såsom basal kroppskännedom och psykoterapisamtal, efterfrågas ofta, liksom tätare besök och längre terapiperioder. Den press patienten upplever ökar ohälsan via en negativ spiral mellan samhällets krav på korta sjukskrivningar och patientens inre press på snabbt tillfrisknande.

Kvalitetsuppföljning

Under åren 2009–2012 har 49 deltagare påbörjat gruppterapi på mottagningen. En kvalitetsutvärdering har gjorts utifrån journalanteckningar med skattningar av problemområden, utvärderingssamtal i grupperna och individuellt, samt terapeutens egna reflektioner över vad som kan ha varit verksamt i terapierna.

De sista tio som avslutat sin terapi valdes ut, då de hade erhållit mest likvärdig behandling. Sex hade deltagit i enbart SH-grupp och fyra först i THOMS-grupp och därefter SH-grupp. Alla är kvinnor med medianålder 46 år (spridning 36–58 år). De har tillfrågats om deltagande i kvalitetsuppföljningen. Alla har svarat, en vill ej delta och har plockats bort ur materialet.

Urvalet till grupperna har inte styrts av diagnos utan av att patienterna haft en långvarig, komplex ohälsa med såväl somatiska som psykologiska symtom. Samtliga deltagare hade innan gruppterapi deltagit i olika former av samtalsterapi och fysioterapi. Sju av nio deltagare hade yrken inom vård, omsorg eller skola.

Av utrymmesskal redovisas här valda delar av resultatet. En mer utförlig redovisning sammanställs i en FoU-rapport.

Resultat

Innan terapin var sex deltagare helt sjukskrivna, fyra i SH-grupp och två i gruppen THOMS + SH. Två hade partiell sjukskrivning eller sjukersättning och en var arbetssökande. Efter behandling är en helt sjukskriven, två har partiell sjukersättning och fem arbetar eller studerar, en arbetstränar.

Innan terapin beskrev deltagarna sig enligt följande: Höga krav på mig själv. Ambitiös. Får lätt dåligt samvete när inte gör tillräckligt för andra. Lätt för att oroas för vardagliga problem. Vill vara duktig. Viktigt att prestera. Svårt att begränsa min arbetsinsats. De har också angett ett stort antal somatiska, psykologiska och kognitiva symtom, exempelvis yrsel, muskelsmär, panikångest, koncentrationssvårigheter och suicidtankar.

Symtomen minskade generellt efter en tid i behandling men återkommer hos en del under uppehåll och i samband med för tidig arbetsträning/arbetsåtergång eller annan upplevd press. Efter terapin har gruppen angett den upplevda förändringen mer i termer av en psykologisk förändring än som symtomförändring.

Exempel på angivna förändringar är ökad uppmärksamhet på kroppen och sig själv, ser livsmönster och personligheten

som drivkraft i att prestera, ökad acceptans av att det tar tid att återhämta sig, ökat lugn, ökad gränssättningsförmåga, tar ett mer rimligt ansvar, bättre kontakt med känslor, ökad reflektionsförmåga, ökad insikt om kopplingar mellan livshistoria och reaktionsmönster idag, ökad insikt om ansvar för egna hälsan.

Innan terapin har deltagarna fått välja ut problemområden de vill arbeta med. Upplevd besvärnivå av dessa skattades då till i medeltal 10,2 på en skala mellan 1–13. Efter terapin har det sjunkit till 4,5.

Närvaron i grupperna har varit hög. Under sju terminer har frånvaron varit i medeltal 1,6 gånger under 16–18 tillfällen per termin.

Diskussion och slutsatser

Stressrelaterad komplex ohälsa är en utmaning för vården. Vi har här presenterat en gruppterapimodell med syfte att omdefiniera somatiska symtom till upplevelse av känslor. Behandlingen resulterade dels i en minskad besvärnivå, dels i återgång till arbete för majoriteten av deltagarna.

En begränsning i tolkningen av resultaten är att vi, liksom i flertalet studier gällande psykoterapeutiska behandlingsmodeller, inte haft någon kontrollgrupp. Man kan dock dra slutsatsen att en behandlingsmodell med detta syfte och flexibel terapilängd utifrån patientens behov kan dels medföra betydande förbättringar av deltagarnas psykiska välbefinnande, dels avlasta och förbättra vården i omhändertagandet av en grupp patienter med svårbehandlad och komplex ohälsa.



Kerstin Ullberg Pettersson

Leg. fysioterapeut, psykoterapeut (grundl. utb.)

Stress & Psykosomatikrehab, Skövde

kerstin@stressochpsykosomatikrehab.se



Margareta Hellgren

Specialist i allmänmedicin, PhD Närhälsan S:a Ryd, Skövde



Cristina Lundqvist Persson

Doc., leg. psykolog, leg. psykoterapeut Skaraborgsinstitutet för Forskning och Utveckling, Skövde

Jäv saknas.

Referenser:

1. Theorell, T. I spåren av 90-talet. Stockholm: KI University Press 2006.
2. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen 2016.
3. Bragée, BW. Kroppen har sin mening. Lund: Studentlitteratur 2010.
4. Monsen, JT. Klinisk psykologi. Stockholm: Runa förlag 1991.
5. ISM-häfte 5. En kunskapssammanställning om utmattningssyndrom. Institutet för stressmedicin 2013.
6. Bullington, J. Psykosomatik – Om kropp, själ och meningsskapande. Studentlitteratur 2007.
7. Lindgren, A., Sandahl, C. Psykodynamisk terapi som syftar till beteendeförändring. Fokuserad gruppterapi vid utmattningssyndrom. Psykisk Hälsa 2004;45:242-254.

Har primärvården kompetens för diabetikerna?

På ett seminarium i Almedalen arrangerat av Nationella diabetesteamet med rubriken "Klarar primärvården att ta emot nya patientgrupper – hur ska kompetensen garanteras?" medverkade SFAM:s ordförande Hanna Åsberg.

Förre socialministern Göran Hägglund (KD) inledde seminariet med att ställa frågan hur förskjutningen från sjukhus till primärvård kommer att fungera i praktiken och vad som behöver göras.

Agneta Lindberg, specialistsjuksköterska och ordförande för Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård, inledde med att det finns ungefär 380 000 personer med typ 2 diabetes. Av dessa behandlas cirka 12 000 på sjukhuskliniker. Hon menade att det krävs en enorm kompetens för att ta hand om dessa patienter och den besitter sjukhusen. Kanske är primärvården som den ser ut idag inte rustad för att ta emot dessa patienter. Dessutom tillkommer en ökad kostnad för primärvården.

Ordförande för Svensk förening för Diabetologi David Nathanson, överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, var inne på samma spår. Han menade på att det är en stor risk att skyffla bort alla typ 2-diabetiker från sjukhusen.

"Det krävs en enorm kompetens för att ta hand om dessa patienter och den besitter sjukhusen."

Från Västra Götalandsregionen medverkade Tobias Nilsson, chefsstrateg, och Jonas Andersson (L), regionråd och ordförande för hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Båda menade att ett närmare samarbete mellan klinik och primärvård är det viktigaste. Den kompetens som kliniken har måste användas till att stötta primärvården.

Nya riktlinjerna

– Det är svårt att implementera riktlinjer i primärvården då alla studier görs på kliniker och är anpassade efter de resurser som finns där. Komplikationerna kommer senare i sjukdomen. Mycket kan göras för att förhindra eller åtminstone fördröja detta. De resurserna tror jag inte primärvården har idag.

I **Nationella diabetesteamet** ingår Diabetesförbundet, Svensk Förening för Diabetologi, Barnläkarföreningen, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård samt Dietisternas riksförbund. Seminariet anordnades med stöd av Novo Nordisk.



Dessutom kommer primärvården inte att klara av de höga kostnader detta skulle innebära, säger Mats Eriksson, professor och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

– Som ordförande för SFAM ser jag stora utmaningar med den omställning som nu ska ske. Nya läkemedel används på vårdcentralerna och vi har kompetens för att använda dem. För de mest komplicerade patienterna behövs det en större kompetens och ett närmare samarbete med sjukhuskliniker, framför allt på hur man ska inrikta behandlingen. Primärvården har en stor fördel som gagnar diabetespatienterna och det är att vi är generalister. Det måste bli mindre stuprörstänk och vi måste öka alla kontaktytor mellan specialistvården och primärvården, säger Hanna Åsberg.

Tobias Nilsson menade att vårdens uppgift är att följa upp vad som fungerar för patienten. Sedan måste tjänstemän och politiker hantera kostnaderna.

– Det mest oroväckande är att patienterna inte når målvärdena. Hur stöttar vi och hur ser vi till att de når målvärdena? ➡



Anna-Lena Hogerud, regionråd, ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden (S) Region Skåne och Hanna Åsberg, läkare, ordförande SFAM.

Foto: Annika Eliasson



Socialstyrelsen gjorde 2017 en översyn av de Nationella riktlinjerna för diabetesvård. De nya riktlinjerna har beskrivits som ett "paradigmskifte" – det största som hänt inom området på 15 år. Riktlinjerna fokuserar på att förebygga hjärtsjukdom och inte främst blodsockerreglering. Cirka 90 procent av typ 2-diabetikerna behandlas i primärvården.

Läs mer: Peter M Nilsson och Stig Attvall. Nya riktlinjer inför 2018 för behandling av typ 2 diabetes från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Ett paradigmskifte står för dörren! Dagens diabetes 17.12.2017.

Hur höjer vi deras livskvalitet? Vi måste titta på andra mått än det man gör idag, säger Jonas Andersson.

– Jag vill slå ett slag för diabetesdagvård hos specialistvården. Den är en kompetens som måste få finnas kvar, säger David Nathanson.

Anna-Lena Hogerud berättade om att man i Skåne har ett metabolt centrum, en sorts specialistvård inom primärvården. I Skåne finns diabetescertifierade vårdcentraler, berättade Agneta Lindberg.

För låga ambitioner?

– I Sverige är användning av insulin ett kvalitetsmått, vilket är väldigt omodernt. I USA är inte HbA1c det primära måttet. I stället tittar man på vilka som får de nya välstuderade läkemedlen – det är ett kvalitetsmått. Användningen av nya och bra läkemedlen är för låg, säger Mats Eriksson. Typ 2 diabetes är en multifaktoriell sjukdom och patienterna behöver en multifaktoriell behandling. 67 % av patienterna på hjärtsjukhuset har diabetes.

Annika Eliasson

Kommunikationskonsult, pressansvarig för seminariet

RMP Media

annika.eliasson@rmpmedia.se

Jäv: Anlitad av Novo Nordisk.

Använd inte borreliaserologi slentrianmässigt!

Misstänkt borreliainfektion är en vanlig sökorsak i primärvården, och borreliaserologi tas ofta. Majoriteten av proverna är tagna på fel indikation och leder till oro hos patienten och onödig behandling med antibiotika. Här ges en översikt av symtomatologi och diagnostik.

Borreliaserologi tas ofta i primärvården. Bara i Västra Götalandsregionen analyserades 2017 över 8 000 serumprov (utan tillhörande likvorprov) avseende borreliantikroppar till en kostnad mellan tre och fyra miljoner kronor (personligt meddelande Unilabs Skövde samt Medicinsk Mikrobiologi SU).

Vi uppskattar att majoriteten av dessa prover är tagna på fel indikation. Detta innebär oro för sjukdom hos många patienter och pedagogiska problem för läkare som ska förklara att patienten inte har en sjukdom trots att provet var positivt. Diagnos av annan orsak till patientens besvär fördröjs. Provsvarer leder inte sällan till onödig behandling med antibiotika. Vi har tidigare debatterat för- och nackdelar med borreliaserologi i Läkartidningen [1].

Borrelia orsakas av infektion med den fästingburna bakterien *Borrelia burgdorferi*. Inkubationstiden från fästingbett till symtomdebut är en vecka till en månad, i undantagsfall något längre. Majoriteten av patienterna med borrelia-infektion har dock inte noterat fästingbett. Insjuknande i borrelia sammanfaller med fästingarnas aktiva period, dvs. april till december.

Borrelia yttrar sig som följande specifika sjukdomsmanifestationer i fallande vanlighetsgrad: erytema migrans (EM), neuroborrelios (NB), artrit, lymfocytom, akrodermatit och

kardit. Av dessa utgör EM och NB tillsammans ca 80-90 % av sjukdomsfallen [2].

Kliniska symtom

Erytema migrans

Långsamt tillväxande, välavgränsad rodnad med eller utan central upplärning. Lätt klåda kan förekomma. Bör behandlas om storleken är >5 cm. Multipla EM förekommer hos 3-5 % och är vanligare hos yngre barn. Ibland föreligger multipla EM samtidigt med feber, trötthet och generell värk.

Neuroborrelios

Neuropatiska smärtor i rygg/nacke och/eller i extremitet och/eller perifer facialispares. Mindre vanligt med andra pareser. I undantagsfall efter lång sjukdomsduration encefalit/encefalomyelit. Hos barn är huvudvärk, aptitlöshet och kräkningar med eller utan meningism vanligt. Dessa symtom isolerade är däremot ovanliga hos vuxna. Neuroborrelios ger *inte* långdragen generell värk, trötthet eller yrsel.

Artrit

Intermittent mono-/oligoartrit i stora leder, framför allt knäled. Annan bakteriell artrit utesluts med ledpunktion.

Lymfocytom

Smärtfri blå-röd nodulus, typiskt på öra, bröstvärta eller skrotum. Vanligare hos barn än hos vuxna. Diagnosen är i första hand klinisk, men serologi är positiv i de allra flesta fall.



Borrelia spirochetes.

Akrodermatit

Ses hos äldre personer. Blåaktig missfärgning. Vanligen på extremiteternas extensorsidor. Initialt inflammation och svullnad, senare atrofi med papperstunn hud. Ofta sensorisk neuropati i området.

Diagnostik

Erythema migrans är en helt klinisk diagnos; mindre än 50 % av patienterna utvecklar positiv serologi [3].

Neuroborreliosis diagnosticeras genom påvisande av mononukleär pleocytos och intratekalt producerade borreliaantikroppar i likvor. Diagnosen NB kan inte ställas utan lumbalpunktion. Analys av borreliaantikroppar i serum ska ej göras vid misstanke om neuroborreliosis utom i undantagsfall vid sjukdomsduration >6 veckor då negativ serologi i serum utesluter borreliainfektion.

Borrelia artrit diagnosticeras genom analys av ledvätska där först annan genes än borrelia utesluts. Vid borrelia artrit påvisas lätt-måttlig leukocytos och i upp till 85 % av fallen borrelia-DNA genom PCR-analys [4]. Påvisande av borreliaantikroppar i serum krävs för diagnos om PCR är negativ eller ej analyserats.

Vid *lymfocytom* ställs diagnosen på typisk klinisk bild tillsammans med positiv serologi. Borreliaantikroppar kan dock saknas tidigt i förloppet. Vid tveksamhet ska malignitet uteslutas med biopsi.

Vid *akrodermatit* och *borrelia kardiit* krävs påvisande av borreliaantikroppar för diagnos [5].

Analys av borreliaantikroppar i serum är behäftad med flera svagheter vilka klargjordes i en rapport från dåvarande Smittskyddsinstitutet 2013 och i en aktuell översikt av europeisk expertis [6, 7]. Seroprevalensen i endemiska områden kan vara över 20 % varför ett positivt prov ej nödvändigtvis indikerar aktuell sjukdom. Antikropps nivåerna kan ej användas för att skilja genomgången från aktuell infektion. En positiv serologi kan kvarstå i mer än 5 år.

Förändringen av antikropps nivåer efter behandling varierar stort mellan individer och kan inte användas som mått på behandlingseffekt eller utläkning. Upprepad provtagning hos en patient med ett tidigare positivt prov är därför aldrig aktuell. Dessa svagheter gäller analys av IgG i serum. Med de antigen som moderna analysmetoder använder tillför analys av IgM-antikroppar mot borrelia i serum inte någon ytterligare information.

Sensitiviteten är inte högre för IgM än för IgG, ens tidigt i förloppet, och specificiteten för isolerat positiv IgM är låg [7].

Var ska patienten utredas och behandlas?

Patienter med misstänkt erythema migrans handläggs i primärvården. Vid misstanke om neuroborreliosis kontaktas infektionsklinik eller barn- och ungdomsklinik; ingen utredning eller behandling bör ske i primärvården. Misstänkt lymfocytom och akrodermatit handläggs i första hand i primärvården, men remitteras vid behov till sjukhusvården: infektions-, hud- eller barn- och ungdomsklinik. Misstanke om borrelia artrit och -kardiit, utreds på infektions-, reumatolog-, ortoped-, kardiolog- eller barn- och ungdomsklinik.

Undvik överdiagnostik

Eftersom EM och NB tillsammans utgör 80–90 % av borreliafallen och isolerad analys av serumantikroppar inte är indicerad vid dessa manifestationer bör det gå att drastiskt minska antalet borrelia serologier som tas i Sverige. Analys av IgM mot borrelia i serum bör helt upphöra liksom upprepade provtagning av patient som någon gång haft en positiv serologi.

Merparten av borrelia serologier tas i primärvården och varje mottagning och praktiserande läkare bör se över sina rutiner för borrelia diagnostik. Västra Götalandsregionen har som stöd både för primärvården och sjukhusvården sammanställt riktlinjer för handläggandet av misstänkt borrelia [8]. Dessa riktlinjer kan tjäna som inspiration även för mottagningar i andra landsting som vill uppdatera sin borrelia diagnostik.



Gunnar Jacobsson
Med.dr., överläkare
Infektion, Skaraborgs Sjukhus
gunnar.jacobsson@vgregion.se



Daniel Bremell
Med.dr., specialistläkare
Infektion, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Referenser:

- 1 Läkartidningen. 2018;115:E46E.
- 2 Berglund J, Eitrem R, Ornstein K, Lindberg A, Ringér A, Elmud H, et al. An epidemiologic study of Lyme disease in southern Sweden. *N Engl J Med*. 1995 Nov 16;333(20):1319–27.
- 3 Bennet L. Erythema migrans in primary health care. 2005.
- 4 van Dam AP. Molecular diagnosis of Borrelia bacteria for the diagnosis of Lyme disease. *Expert Opin Med Diagn*. 2011 Mar;5(2):135–49.
- 5 Stanek G, Fingerle V, Hunfeld KP, Jaulhac B, Kaiser R, Krause A, et al. Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2011 Jan;17(1):69–79.
- 6 Laboratoriediagnostik av borreliainfektion. Solna: Smittskyddsinstitutet; 2013.
- 7 Dessau RB, van Dam AP, Fingerle V, Gray J, Hovius JW, Hunfeld KP, et al. To test or not to test? Laboratory support for the diagnosis of Lyme borreliosis: a position paper of ESGBOR, the ESCMID study group for Lyme borreliosis. *Clinical Microbiology and Infection*. 2018 Feb;24(2):118–24.
- 8 Regional Medicinsk Riktlinje Borrelia, VGR, <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32355/Borrelia.pdf?a=false&guest=true>.

Annons

Den digitala revolutionen och evidensen för e-hälsa

Debatten om e-hälsa splittrar patienter, sjukvård och politiker men verkar kunna öppna nya möjligheter. E-hälsa omfattar tre huvudingredienser: digitala konsultationer, artificiell intelligens (AI) och monitorering. Modern medicin kräver implementering av evidensbaserade metoder, och idag finns det olika evidenslägen för de olika komponenterna i e-hälsa.

En helt vanlig måndag, fläkten i det lilla mottagningsrummet på vårdcentralen gör knappt någon nytta i sommarhettan och hela min kropp längtar till stranden inte så långt därifrån. Igenom dörren kommer en mamma med sin tioåriga dotter. "Ont i ögonen" står det i bokningslistan. Flickan är obesvrad, tittar på mig med klara ögon och vill att mamma ska berätta. Jag har övat i konsultationsmetodik och frågar mamman: "Vad tror du själv om detta?" Jo, de hade funderat på om det berodde på kloret i poolen där hemma, flickan har ju badat flitigt de senaste veckorna. Tystnad uppstår ... En tanke flyger igenom min hjärna: "Kunde ni inte bara ringt en nätdoktor? You're waisting my time ... my precious, precious time ..." Jag säger inte det högt, men gratulerar mamman till rätt diagnos, aningen trött kanske, eftersom hon blir lite skamsen och tar snabbt dottern med sig hem. Hon kanske ringer en nätdoktor nästa gång. Eller litat mer på sig själv? Jag blir själv skamsen över min tanke, jag som forskar om e-hälsa ... det är väl inget fel på digitaliseringens möjligheter?

"Även om sjukhusvården blir avlastad av distansmonitorering i hemmet finns det risk för ökade kostnader i övrigt, och lyfter fram behovet av översyn av de ekonomiska konsekvenserna i hela sjukvårdssystemet. "

Idag handlar debatten kring e-hälsa om videodoktorer, felutnyttjande av kompetens och skattemedel, vårdgivare står i olika lag och kommenterar i sociala medier och tidningar. Innovatörerna tuffar på, skeptikerna varnar. IT-företagen åker sportbil medan landsting, myndigheter och politiker hankar sig fram på sparkcykel. Nya nätläkarföretag bildas, efterfrågan styr, det är oklart vad behovet egentligen är. Det svenska samhället lever i Steve Jobs anda: "People don't know what they want until you show them". Sjukvården tappar tolkningsföretaget till att definiera lidande, allt är ju relativt och det viktiga är patienternas upplevelse av sjukdom. Tröskeln till att söka vård blir



Illustration: Katarina Liliequist

allt lägre och mitt i allt brus är vi rädda för att missa allvarliga sjukdomar. Samtidigt har vi glömt att utvecklingen av digitala hjälpmedel innebär så mycket mer än det, och det har redan kommit en del forskning som visar framgångar för e-hälsa.

Enligt E-hälsainstitutets definition omfattar e-hälsa olika aktiviteter: e-recept, videokonsultationer, men även medicinsk utrustning som används i operationssalar eller aktivitetsarmband som monitorerar olika vitala parametrar. En grovsortering visar snabbt att e-hälsa egentligen handlar om tre olika huvudingredienser: *digitala konsultationer*, *artificiell intelligens (AI)* och *monitorering*. I nuläget finns det också olika evidenslägen för dessa tre olika kategorier, även om de är väl sammanflätade.

Vi kan zooma ut en stund från de het debatterade videokonsultationerna och titta dels översiktligt på e-hälsa, dels närmare på övriga komponenter.

Digitala konsultationer är lösningen för tillgängligheten?

Tillgängligheten är den svårknäckta nöten i dessa tider när den demografiska utvecklingen sätter press på sjukvården. Vi lever längre och drabbas i större utsträckning av kroniska sjukdomar och cancer, vården är fragmenterad samtidigt som tröskeln till att söka vård tidigt är allt lägre. Patienter och politiker skriker efter tillgänglighet.

Kan e-bokningar och otriagerade digitala konsultationer råda bot på den onåbara vården? "The worried well" patienterna är tidigt ute och kontaktar nätdoktorer. Teknikskeptikerna inom sjukvården undrar vem vi ska vara tillgängliga för, om ökad tillgänglighet leder till överdiagnosticering och överbehandling och om vi ofrivilligt sänker ytterligare tröskeln till det som upplevs som lidande, för att inte prata om rädslan för undanträngningseffekter av äldre multisjuka eller folk utan datorvana.

För att komplicera bilden ytterligare kan digitala läkarkonsultationer ske både synkront (i realtid) eller asynkront (via chatt). ➡

Det finns i nuläget ingen evidens för att videokonsultationer i realtid skulle vara lika bra eller bättre än fysiska besök avseende patientsäkerhet eller hälsoekonomi. Däremot visar en Cochrane rapport från 2015 [1] att telemedicin, som inkluderar interaktiva videokonsultationer och distansmonitorering av kroniska sjukdomar som KOL, diabetes eller hjärtsvikt, är effektiva, med bättre glukoskontroll, minskad återinläggningsfrekvens och livskvalité men ingen effekt på mortalitet. Evidensen för asynkrona läkarbesök är oklar i nuläget, och ett pågående doktorandprojekt vid Lunds Universitet ska granska effekterna närmare med fokus på kvalitetsindikatorer som antibiotikaförskrivning och sjukvårdskonsumtion.

"Även vid hög internetanvändning föredrar de flesta patienter 'face-to-face' kontakt med sin doktor."

Triagering med artificiell intelligens

Samma doktorandarbete ska dessutom granska triagering av primärvårdspatienter med hjälp av AI. Det finns evidens idag att triage-algoritmer är patientsäkra och tidsbesparande. Datorn kan dessutom i vissa fall få fram information som patienten inte skulle delat annars med sin doktor [2]. AI kan också prediktera återinläggningar av hjärtsviktpatienter [3] eller diagnosticera maligna melanom minst lika bra som dermatologer [4].

Välgörande artificiell intelligens ("beneficial AI", som fysikern Max Tegmark beskriver det i sin bok, *Life 3.0*), kommer med stor sannolikhet att leda till ett helt förändrat arbetssätt med nya digitala miljöer inom överskådlig tid. Digitala verktyg, som kan göra avancerade analyser baserade på mönsterigenkänning, kan effektivisera vården. Smarta algoritmer, uppbyggda av professionen och baserade på ständigt uppdaterade behandlingsrekommendationer, kommer att leverera beslutsstöd som gör vården säkrare och bättre.

Monitorering av kroniska sjukdomar

Idag finns omfattande evidens för monitorering med e-hälsa av kroniska sjukdomar. Distansövervakning av KOL kan förstärka patienterna i att bedöma sina symtom [5], sänka blodtryck [6] och minska mortalitet och inläggningar av hjärtsviktpatienter [7]. En metaanalys från 2017 [8] visar att e-hälsa ökar fysisk aktivitet hos yngre, framförallt interventioner baserade på Social Cognitive Theory. Begreppet "gamification", eller spelifiering på svenska, har vuxit fram. Spelinspirerade små belöningar motiverar patienter att följa sina livsstilsprogram, men det saknas evidens för följsamhet på lång sikt.

Interventioner baserade på kognitiva beteendeteorier visar bäst evidens för att kunna lyfta fram inre motivatorer och leda till långtidseffekter på morbiditet [9]. En svensk studie visar också att äldre patienter upplever vinster med ökad självständighet i hemmet med mer avancerad monitorering, som den svenska Giraff Plus roboten [10]. Samtidigt visar en systematisk

översikt [11] att även om sjukhusvården blir avlastad av distansmonitorering i hemmet finns det risk för ökade kostnader i övrigt, och lyfter fram behovet av översyn av de ekonomiska konsekvenserna i hela sjukvårdssystemet.

Viss evidens finns också för att ålder, utbildning och nöjdhet med sjukvårdssystemet generellt är starkt kopplade till ökad användning av e-hälsa [12] och att patienter som är nöjda med läkarkontakten och mer involverade i beslutsfattandet använder e-hälsa i större utsträckning, som komplement till den vanliga vården. Samtidigt, även vid hög internetanvändning, föredrar de flesta patienter "face-to-face" kontakt med sin doktor, enligt en amerikansk studie [13].

Vad tycker professionen? En systematisk översikt av studier om vårdpersonalen acceptans av distansmonitorering med digitala verktyg i primärvården [14] visar generellt positiva attityder. Viktiga aspekter som noteras i studien är den kliniska relevansen, brist på personal som ska tolka och följa upp den insamlade elektroniska informationen, utveckling av adekvat infrastruktur och inte minst involvering av slutanvändarna i framställningen av verktygen.

Om tio år arbetar vi annorlunda

Vi går en spännande framtid tillmötes och en sak är säker: om tio år kommer vi att jobba helt annorlunda. EU har höga ambitioner och har satt upp eHealth Action plan 2012–2020. Sverige är inte långt efter. Digitalisering och e-hälsa är högt upp på den politiska agendan, det har tillsatts IT-direktörer i flera landsting och det byggs upp en digital infrastruktur med slutmålet att skapa ekosystem runt patienten som löser upp ramarna för den traditionella vården.

Om tio år kommer de patienter jag träffar fysiskt på vårdcentralen att vara sjuka. En del av dem har triagerats fram av en intelligent algoritm som har sållat bort en hel del patienter med egenvårdsråd, som i fallet beskrivet tidigare. Andra har kommit in på drop-in tider som är avsedda för de få "icke digitaliserade" patienterna.

Under den administrativa tiden har jag upp en bild på skärmen med mina listade patienter. De har rapporterat in sina



parametrar och jag ser med hjälp av dataprogrammet att några av patienterna behöver jag titta närmare på, skicka en tid för undersökning. De andra får automatiska svar så fort jag har signerat deras provsvar, nya recept etc.

Jag tar fullt ansvar för min lista och alla är nöjda och glada. Det är gott om allmänläkare, arbetsmiljön är ju lysande. Eller det blir kanske om 20 år? Hoppet ska alltid finnas där ...



Veronica Milos Nymberg

Med.dr.

Centrum för primärvårdsforskning Malmö
Vårdcentralen Laröd, Helsingborg
veronica.milos_nymberg@med.lu.se

'The best we can do is to divide all processes into those things which can be better done by machines and those which can be better done by humans.'

John von Neumann 1955

Jäv saknas.

Referenser:

1. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(9):CD002098.
2. Zakim D. Development and significance of automated history-taking software for clinical medicine, clinical research and basic medical science. *J Intern Med*. 2016;280(3):287-99.
3. Golas SB, Shibahara T, Agboola S, Otaki H, Sato J, Nakae T, et al. A machine learning model to predict the risk of 30-day readmissions in patients with heart failure: a retrospective analysis of electronic medical records data. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2018;18(1):44.
4. Zortea M, Schopf TR, Thon K, Geilhufe M, Hindberg K, Kirchesch H, et al. Performance of a dermoscopy-based computer vision system for the diagnosis of pigmented skin lesions compared with visual evaluation by experienced dermatologists. *Artif Intell Med*. 2014;60(1):13-26.
5. Williams V, Price J, Hardinge M, Tarassenko L, Farmer A. Using a mobile health application to support self-management in COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e392-400.
6. McKinstry B, Hanley J, Wild S, Pagliari C, Paterson M, Lewis S, et al. Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346:f3030.
7. Xiang R, Li L, Liu SX. Meta-analysis and meta-regression of telehealth programmes for patients with chronic heart failure. *J Telemed Telecare*. 2013;19(5):249-59.
8. McIntosh JRD, Jay S, Hadden N, Whittaker PJ. Do E-health interventions improve physical activity in young people: a systematic review. *Public Health*. 2017;148:140-8.
9. Sardi L, Idri A, Fernandez-Aleman JL. A systematic review of gamification in e-Health. *J Biomed Inform*. 2017;71:31-48.
10. Forsberg A, Ostlund B. Elderly People's Perceptions of a Telehealthcare System: Relative Advantage, Compatibility, Complexity and Observability. *Journal of Technology in Human Services*. 2013;31(3):218-37.
11. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:565.
12. De Rosi S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey. *Health Policy*. 2016;120(11):1279-92.
13. Li Y, James L, McKibben J. Trust between the physicians and patients in the e-health era. *Technology in society*. 2016; 46:28-34.
14. Davis MM, Freeman M, Kaye J, Vuckovic N, Buckley DI. A systematic review of clinician and staff views on the acceptability of incorporating remote monitoring technology into primary care. *Telemed J E Health*. 2014;20(5):428-38.

Fem goda exempel från den svenska primärvården

Läkartidningen anordnade den 22 maj 2018 ett seminarium där fem allmänläkare fick berätta om hur de lyckats vända en dålig situation.

Alla fem exemplen har verkat kort tid och har lite av den nyupptäckta entusiasmen att "det går att förändra" över sig. Hur det kommer att hålla i längden är förstås osäkert. Avgörande för den snabba förbättringen är uppenbarligen initiativ från "driftiga" personer. Slående är att alla utom Åke Åkesson är unga inom sin yrkesverksamhet.

Det finns ett antal vårdcentraler i landet som kan uppvisa god funktion i flera decennier där sannolikt en viktig orsak är god arbetsmiljö: kontinuitet och god bemanning med läkare, bra utbildnings och utvecklingsklimat, god medicinsk kvalitet, bra samarbete med övrig personal m.m.

Dessa goda exempel kan inte dölja den mångåriga situationen med brist på allmänläkare i landet som helhet. Om allmänmedicinen ska kunna fullgöra sin uppgift och få befolkningens förtroende krävs en kraftig ökning av antalet allmänläkare. Ännu finns inga konkreta förslag ... ➡



Sara Banegas

Allmänläkare sen 2012. Chef på Ekerö vårdcentral, Praktikertjänst. Vårdcentralen var gravt underbemannad 2014. Ett antal förändringar genomfördes, bl.a. nytt journalsystem. Nu har vårdcentralen 20 000 listade och 18 läkare (specialister och utbildningsläkare).

Nyckelord: *"Ingen får sluta". "Välja personal före patienter". "Ledigt när man vill". "Begränsa uppdraget där bristen är som störst". "Individuell utvecklingsplan".*

Min kommentar: Snabb och omfattande förändring. Hur hållbar är förändringen? Den verkar drivas mycket av Sara Banegas' egen kraft. Uppagningsområdet är relativt lättarbetat.



Susanne Althini

ST-läkare i Visby Norr. Antal tjänster för ST-läkare har ökat från 12 till 23 på några år. Sex är snart färdiga specialister.

Susanne beskriver sig själv som fyrbarnsmamma som förvandlas från en *"färglös barbamamma utan konturer"* till någon som inser att förändringar måste göras. Vårdcentralen i Sandviken var en

förebild. En nationell primärvårdsreform behövs så att läkarna återvänder.

"Det måste vara roligt att få jobba". Utbildning prioriterat, dagliga läkarmöten. *"Starkt driv i förbättringsarbete, jobbrelaterat lärande"*. Ser kopplingen utbildning—förbättring som mer näraliggande än forskning. 80 % mottagning och 20 % utvecklingsarbete (heltid ska vara normen).

Handledningen är problematisk då det finns alltför få ordinarie läkare. Man löser det med grupphandledning som får bli *"good enough"*.

Min kommentar: Klokt arbetat utifrån en utbildningsposition, prioriterar arbetsmiljö. Verkar ha ett koncept som kan fortsätta och inte är alltför personberoende.



Ola Bergstrand

Specialist sedan 2010. Arbetar mest som verksamhetsstrateg i Skåne.

Ola skrev rapporten om *"gröna öar"* där han ger motbilder till *"det gåddar inte"* och *"arbetsdagen som ett dataspel där det gäller att överleva till klockan fem"*.

Rapporten består av ett stort antal tips vad man kan göra på den individuella nivån. Bästa tipset: *"Bli en god kommunikatör, det skapar trygghet vilket är centralt i vårt arbete"*. Andra tips: *"The power of the fika"*, *"påbörja inte saker du inte kan avsluta (administrativt)"*.

Min kommentar: En stor mängd tips som baserar sig på forskning, kloka kollegors tankar och egna erfarenheter. Styr-

kan är att Ola Bergstrand har systematiserat kunskap som är igenkännlig.



Christer Andersson

Chef på Bergsjöns vårdcentral, privat. I Bergsjön 16 000 invånare, 60 % från andra län. Smart utformad och estetiskt genomtänkt ny vårdcentral (Gert Wingårdh arkitekt och färgsättning inspirerad av Mark Rothko). Gröna växter i väntrummet (somalisk myt om paradiset). För nio år sen hade de två läkare, nu 17 läkare

varav 9 specialister.

Värdidéer i Bergsjön: Vård på patientens villkor, drop-in – alltså ingen triagering, patienten får välja läkare, egenanställda tolkar. Kollegialt styre och *"armlängds avstånd till makten"*. Samtidigt som de har utnyttjat det som är förmånligt i VGR:s vårdvalssystem. Vanligt allmänmedicinskt arbetssätt.

Min kommentar: Anpassning till befolkningen avgörande i det här fallet. Nästan inga beställda tider, kontinuitetsproblem både vad gäller doktorer och svårare sjuka?



Åke Åkesson

Chef för Borgholms vårdcentral med erfarenhet från flera chefsuppdrag inom sjukhusvården. Alla i Borgholm är listade på vårdcentralen.

Idé: 1 000 listade invånare/ läkare. Ekonomin förbättras av hög täckningsgrad hos en äldre befolkning. År 2014 relativt bra

bemannning och nu tio specialister. Ekonomiskt går det inte riktigt ihop med nuvarande ekonomiska system.

"Hemsjukhuset" satsar på hembesök samma eller påföljande dag hos hemsjukvårdens patienter. Följer upp patienter som åkt in på sjukhus (organiserat). *"Sjukhuset som resurs för vårdcentralen"* (vanligen tvärtom).

Remissgrupp är en nyinförd satsning: Läkarna bedömer gemensamt remisserna innan (och om) de skickas.

Min kommentar: Klok satsning där kontinuitet premieras liksom de multipelt sjuka. Smart att agera aktivt gentemot sjukhuset. Viss oro för ekonomin.



Björn Landström

Vetenskaplig sekreterare i SFAM Skaraborgsinstitutet för forskning och utveckling, Skövde
Närhälsan Tidans vårdcentral
bjorn.landstrom@vgregion.se

Jäv saknas.



Annons

Primärvården ur feministiskt perspektiv

I tidigare nummer av AllmänMedicin kunde man läsa om riksdagspartiernas syn på primärvården. Även utanför riksdagen finns det partier med sjukvårdspolitiska program. Ett av dessa är Feministiskt initiativ (Fi). Här berättar Marielle Alvdal, politiskt engagerad ST-läkare i allmänmedicin från Strömstad, om hur hon själv och Fi ser på primärvården.

Fi:s sjukvårdsgrupp har representanter från olika yrken i sjukvården och har bland annat till uppgift att hålla kontakt med organisationer och föreningar, ta fram förslag till sjukvårdspolitiska program och skriva motioner till partikongressen.

I sjukvårdsgruppen sitter Marielle Alvdal, sedan ett år tillbaka ST-läkare i Strömstad. Hon är ordförande för Fi:s lokalförening, ledamot i Sveriges kvinnliga läkares förening och redaktör för dess medlemstidning Karolina.

"Vi har ett förslag om att ersätta begreppet specialistvård med sekundärvård och distriktsläkare med specialist i allmänmedicin."

Politiken viktigast

Marielle Alvdal växte upp i en familj som tillhör Jehovas vittnen, ett samfund där det inte är tillåtet att engagera sig politiskt eller att rösta. Men för Marielle växte intresset för politiken och när hon som vuxen lämnat församlingen började hon studera partiprogrammen. Hon fann då att Feministiskt initiativ var det parti som låg ideologiskt närmast.

På frågan om vad som fungerar bra i svensk primärvård nämner Marielle Alvdal flera saker. Patientnöjdheten är hög. Svensk primärvård har en stor preventiv förmåga. Den är bra på att tillgodogöra sig kunskap. Den har bredd. Personalen har hög kompetens och den medicinska kvaliteten är hög. Hon menar också att primärvården är bra på att ta hand om uppgifter från sekundärvården.

– Hög kompetens är viktigt för att primärvården ska kunna axla sina uppgifter. Jämför med Norge där vilken nylegitimerad läkare som helst kan arbeta som primärvårdsläkare.

Vilka är bristerna?

– Att vårt nuvarande system inte förmår ge kontinuitet. Och att arbetsgivarna har svårt att skapa goda arbetsmiljöer, inte bara för allmänläkarna utan även för övrig personal. Ett annat problem är primärvårdens oförtjänt låga status, både i allmänhetens och i sjukhuskollegornas ögon.

Vad vill ni göra åt statusfrågan?

– Vi har ett förslag om att ersätta begreppet specialistvård med sekundärvård och distriktsläkare med specialist i allmänmedicin så att folk förstår att man träffar specialister även på vårdcentralen.



Marielle Alvdal.

Foto: Gösta Eliasson

Det ökande antalet hyrläkare medför enligt Marielle Alvdal låg vårdkvalitet, bristande kontinuitet och potentiella patient-säkerhetsrisker. Systemet har så negativa effekter på verksamheterna att Fi kan tänka sig ett förbud.

– År 2007 hade vi betydligt färre hyrläkare än idag. Då var det ett glesbygdsfenomen. Idag är konsekvenserna mycket allvarigare och belastar landstingens budget hårt. Vi vill därför utreda möjligheterna till ett nationellt förbud för anställningsformen men att man först konsekvensanalyserar det, bland annat ur ett glesbygdsperspektiv.

Fi vill att alla invånare ska erbjudas en personlig, fast läkare. Men man har inte tagit ställning till listningstak.



Foto: Gösta Eliasson

– I nuläget med underskott på primärvårdsläkare skulle ett tak innebära att många patienter hamnar utanför. Men vi är öppna för diskussion, bland annat med SFAM. Givetvis måste vi på sikt skapa en situation där läkaren ansvarar för ett begränsat antal invånare, inte minst då arbetsuppgifterna blivit fler och tyngre. Och då talar vi om 1 000 snarare än 1 500 invånare

"Pengar skulle kunna tas från försvarsbudgeten om man, som Fi föreslår, bygger ut civilförsvaret."

Varifrån pengarna ska tas till en utbyggd primärvård har Fi inget färdigt svar på, men menar att en resurstärkt primärvård i sig ger bättre hushållning med sjukvårdsresurserna.

– Man kan då genomföra ordentliga läkemedelsgenomgångar och regelbunden uppföljning. Det kommer att få långtgående konsekvenser, inte minst för vårdplatssituationen på sjukhusen. Om primärvården kan arbeta förebyggande och upptäcka försämringar i tid skulle till exempel en patient med hjärtsvikt inte behöva åka till akuten och läggas in för andnöd och svullna ben.

Vid en utbyggnad av primärvården behövs först ett statligt resurstillskott men sedan uppstår enligt Fi en självgenererande omfördelning av resurser från sekundär till primär vård med

mindre behov av dyra och onödiga sjukhusinsatser. Pengar kan också tas från annat håll.

– Pengar skulle kunna tas från försvarsbudgeten om man, som Fi föreslår, bygger ut civilförsvaret.

Marielle Alvdal har förhoppningar om att utredningen God och nära vård ska förbättra primärvården, men skulle gärna sett skarpare förslag.

– Jag hoppas ändå att utredningen ska få fler politiker att inse den betydelse primärvården har idag. Effekterna av en välfungerande primärvård finns redovisade i många internationella studier.

Vilka råd vill du ge till andra ST-läkare?

– Var beredd att ta hand om sig själv! Delta i sammankomster, prata med kollegor, jämför lön, arbetsbörda och antal patienter per dag. Ställ krav på den egna verksamheten. Och engagera dig politiskt, det är väldigt givande och vi behöver politiker från sjukvården!

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Landstingsrådet som tror på fast läkare och listningstak

Anna Starbrink tar emot mig på tjänsterummet en tidig morgon i maj. Snart inser jag att det här inte kommer att bli någon vanlig intervju. Snarare ett samtal, en dialog om ett gemensamt ämne, utifrån olika perspektiv. Att Anna Starbrink är påläst och har god förmåga att lyssna och ge konkreta svar visar sig snart.

Hon vill ha en reform av primärvården som hon kallar "omvälvande". Och det behovet, menar hon, har funnits i flera decennier. Det gjordes ett tappert försök med husläkarreformen på nittioalet av dåvarande sjukvårdsminister Bo Könberg, men den reformen lades åt sidan efter en kort tid. Sedan har det stått still. Sverige är idag sämst bland jämförbara länder när det gäller kontinuitet, bemötande och tillgänglighet. Anna Starbrink menar att orsaken får tillskrivas en outvecklad primärvård. Men styrkan i primärvården måste bli mer synlig, säger hon.

– Om primärvården ska kunna stärkas och utvecklas måste vi våga släppa loss kraften i den.

Hon anser att alla ska vara listade på fast läkare, en doktor som man har en personlig relation till. Även om många politiker

säger ja till fast läkare tycks inte alla vara medvetna om att detta handlar om en jättestor omställning, inte om ett enkelt beslut. Omställningen kommer att ta fem år och då måste staten bidra med utbildning av fler specialister i allmänmedicin. Men att öka bemanningen genom att tillåta legitimerade läkare utan specialistkompetens jobba som distriktsläkare ser hon inte som någon lösning.

"Målet måste vara att alla invånare är listade, antingen aktivt eller passivt."

– Vi är ett läkartätt land med en sjukhustung hälso- och sjukvård. Det borde gå att rekrytera läkare från andra specialiteter att arbeta som fasta läkare. Naturligtvis med möjlighet att utbilda sig till specialist i allmänmedicin för att bredda sin kompetens. Anna Starbrink poängterar att det gäller att göra yrket som

allmänläkare mer attraktivt med ökade möjligheter till fortbildning, utveckling och forskning. För att skynda på utvecklingen krävs utökade resurser till primärvården, en ekonomisk "boost", och den måste komma från staten.

Den nuvarande administrationsbördan bekymrar henne mycket. Rapportkrav, kvalitetsindikatorer och andra pålagor gör allmänläkarjobbet mindre attraktivt.

– Dokumentation för patientsäkerheten är en sak, men det dokumenteras och rapporteras alldeles för mycket om saker som inte är viktiga för patienten. Och på sjukhusen är frihetsgraden mycket större.

"... det behövs mer av statlig styrning och reglering, bland annat när det gäller rekrytering av ST-läkare."

Anna Starbrink anser att digitalisering är nödvändigt, men att den ska användas som ett stöd för "samhällsfunktionen".

– Patienter förväntar sig att få kontakt med vården via digitala verktyg. Och blir jag sjuk kan det vara en fördel för mig att ha ett uppföljande möte med min fasta läkare via video.

Men det finns tydliga problem med den snabba utvecklingen, där aktörer som enbart finns på nätet i princip tilläts vara ensamma om att erbjuda digitala vårdtjänster. Även om de har lyckats sätta blåslampor i baken på sjukvårdssverige är det bekymmersamt om nättjänster ges utan koppling till andra delar av sjukvården.

– Som det ser ut nu kan det inte fortsätta. Vi kan inte låta en lucka i lagen snedvrider hela prioriteringsordningen.

Anna Starbrink vill ha fasta läkare och listtak. Men idag räcker inte antalet allmänläkare till för att förse alla med fast läkare. Kan man, som socialminister Annika Strandhäll föreslagit, gå halvvägs och framförallt ge de äldre och multisjuka tillgång till fast läkare?

– Jag tycker Annika Strandhäll har fel. Fast läkare för våra äldsta och multisjuka är bra, men det räcker inte. Målet måste vara att alla invånare är listade, antingen aktivt eller passivt. Det målet tror jag är möjligt att nå, men det kommer att ta några år. Man kan inte genomföra reformen från en dag till nästa, man får börja med att lista dem som har störst behov.

Att vara fast läkare och ansvara för en grupp invånare måste rimligtvis innebära att läkaren kan säga nej om listan är fulltecknad. Där är Anna Starbrink mycket tydlig.

– Redan det faktum att en överbelastad vårdcentral inte kan säga nej till patienter som vill lista sig är problematiskt. Och lägger man då ansvaret på individen blir det orimligt. Då kommer vi att förlora de bästa och mest populära läkarna.

Den norska modellen med fasta läkare är omdebatterad i Sverige. I Norge klagar läkarna på långa arbetstider och problemen med specialistutbildningen tycks ha glömts bort när man sjösatte reformen. Att kopiera den norska fastläkarmodellen är därför inte någon bra lösning enligt Anna Starbrink.

– Teamen på de svenska vårdcentralerna är mer utvecklade än i Norge och vi är bättre på att utnyttja olika professioner. Läkarnas uppgift i en svensk fastläkarmodell bör därför vara att ta det medicinska ansvaret och leda teamet.

Tar då fastläkarmodellen tillräcklig hänsyn till övriga professioner?

– Läkarens medicinska ansvar är det centrala. En välkött diabetiker kan säkert gå hos en sjuksköterska. Andra kan behöva gå hos psykolog eller arbetsterapeut. Men det är läkaren som ska leda professionerna runt patienten så att resurserna används på bästa sätt. I det avseendet har jag stort förtroende för läkarna.

Är det inte dags att skrota landstingen? Det har ju tidigare gjorts många verbala satsningar på primärvården, men hittills har ingenting hänt. Nej det tycker inte Anna Starbrink är någon bra idé.

– Jag tror inte på en stor omorganisation av huvudmannaskapet. Jag tycker att den politiska kraften ska ägnas åt en kommande omställning. Och då måste staten vara med. Listning på fast läkare anser jag vara en lagstiftningsfråga, och det behövs mer av statlig styrning och reglering, bland annat när det gäller rekrytering av ST-läkare.

Anna Starbrink har stuckit ut i media genom att säga att fortbildning är så viktigt att man bör förlora legitimationen om den uteblir, vilket inte bara är Anna Starbrinks egen åsikt, utan ett led i Liberalernas idéarbete. Det är nog första gången man hör en politiker så tydligt markera att vården inte bara behöver säkra bemanningen, utan också kompetensutvecklingen. Många läkare protesterade och menade att det blir individen som bestraffas om arbetsgivaren inte erbjuder någon fortbildning.

– I Sverige har vi bra utbildning av läkare fram till specialistkompetens. Men sedan upphör den ambitionen. Det viktiga är



Familj: Man, två barn och katt
Bor: Lägenhet i kollektivhus i Stockholm
Bakgrund: Studerat sociologi. Varit kulturdirektör i Uppsala, vice ordförande för Liberala ungdomsförbundet och politiskt sakkunnig på Socialdepartementet.
Arbete: Sjukvårds- och kulturlandstingsråd i Stockholm sedan 2010 och politisk talesperson för Liberalerna.

att läkare själv upprätthåller sin kompetens, och det gör de allra flesta. Men om man är borta från yrket under många år borde det väl finnas krav på kompetens om man vill återuppta arbetet?

"... jag tror inte att någon inom professionen är ute efter oskäliga övinster genom att bedriva dålig vård."

Behöver då inte fortbildningen också regleras fortlöpande för kliniskt verksamma läkare? Anna Starbrink menar att om man reglerar fortbildningen på individnivå, till exempel genom en föreskrift, så utövar det press på arbetsgivarna.

– Alternativet är att föreskriva om skyldighet för arbetsgivare att erbjuda utbildning. Men hur gör man då med de individer som ändå struntar i sin fortbildning? Då är det trots allt bättre att lägga regleringen på individnivå

Vinster i välfärden har varit en het potatis. Vad skulle en vinstbegränsning innebära för primärvården? När Ilmar Reepalus utredningsförslag kommer på tal gnistrar det till ordentligt.

– Jamen vilka är det som startar vårdföretag? Det är några få stora koncerner, men utöver det har vi ju alla läkare, sjuksköterskor och barnmorskor, de som belånar sina hus och jobbar hårt på oavlönad tid. Ska man investera så mycket kraft och pengar måste man få avkastning i form av vinst. Och jag tror inte att någon inom professionen är ute efter oskäliga övinster genom att bedriva dålig vård. Med Reepalus vinstbegränsning skulle det inte finnas några entreprenörer som är villiga att driva sjukvård.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Det goda omdömetts lov

(Fritt efter 1 Kor 13. För nutida eskulaper*.)

Om jag hade kunskap om alla sjukdomar
och kände alla botemedel i världen,
men saknade omdöme
vore jag sämre än en charlatan; en skramlande tunna, en skrällande cymbal.

Om jag talade teknikens och vetenskapens alla språk
och vore hemmastadd i världens alla databaser
men saknade omdöme
vore min kunskap av intet värde.

Om jag kunde transplantera alla organ
och skapa nya av stamceller
men saknade omdöme
vore mina handlingar fåfång möda och uppblåst dumhet.

Ty det som skiljer den kloke från den dumme
är inte skarpsinnet eller den vässade kniven,
utan det goda omdömet.

Omdömet skiljer stort från smått.
Det ser till situationen och skyr schablonen.
Det söker sanningen, utan att förhäva sig.
Det tar stundom fel och erkänner sina brister.

Så består för en läkare dessa tre:
Vetandet, Handlaget och Omdömet.
Och störst av dem är Omdömet.

Christer Petersson, Läkartidningen 2004;23:2032.

*Skämtsamt för läkare. Från Asklepios, läkekonstens gud i grekisk mytologi.



Christer Petersson,
en av denna tidnings
redaktörer och skribenter,
blev av SFAM:s styrelse
utsedd till Årets lejon
2018. Vi ger honom lite
extra plats här.



Person och profession i samspel.
Red. Christer Petersson.
Växjö: Linnaeus University
Press 2017. 160 s.
ISBN 9789188357885





Kultur-spalten

Kunskap och glädje

Att finna ny kunskap är ofta lustfyllt. Visst blir man glad när man lär sig urskilja en specifik sjukdom bakom en samling svårtolkade symtom. Eller när man hittar namnet på en tidigare namnlös fjärl på sommarängen eller äntligen behärskar en medicinsk metod efter månader och år av träning.

Både i det vardagliga och professionella livet är det uppenbart att tanke och känsla samspelar med ett nyfiket sinne, när man upptäcker och förstår något nytt. När vi däremot i vår iver att tänka rationellt reducerar frågan om kunskap till vetenskapliga satser och algoritmer förlorar vi något av kunskapens basala fyllighet och glädje. Det är en konsekvens av att vi effektivt har lärt oss att operera bort känslan från förnuftet i vår tankevärld.

Vi lever nämligen i en dualistisk tradition där känsla och förnuft har tvingats ta skilda vägar. Mycket talar för att detta är en ofruktbar återvändsgränd, som gör människan mindre och fattigare. Det är onödigt! En av filosofihistoriens största rationalister Baruch Spinoza (1632–1677) hade inget problem med känslorna. Enligt honom är det affekterna (känslorna) som får människan att handla och förbättra sig. En människa kan aldrig koppla bort sin känslomässiga förankring i världen. Hon påverkar och påverkas hela tiden av känslor även i sitt kunskapssökande.

Spinozas förnuft (ratio) ligger alltså ganska långt ifrån det instrumentella och känslolösa förnuftet. Kanske hade det mer med det vi kallar intuition att göra. I varje fall var intuitionen i hans tankevärld den högsta formen av kunskap. Den ståndpunkten var fullt förenlig med tanken på att förnuftsmässiga, vetenskapligt baserade beslut bör ligga till grund för ett gott samhälle. (Och med all säkerhet för en god sjukvård om Spinoza hade funderat över den).

Spinozas tro på den vetenskapliga systematiken var så stor att han byggde sitt omfattande verk *Etiken* av axiomatiska satser, där affekterna var inbyggda. Euklides geometriska satser som grund för etiken! Och samtidigt affekterna! Inte underligt att Spinoza blev min idol redan under gymnasietiden. Sedan dess har jag läst mer om, än av honom. Liksom många andra stora filosofer är han ganska svårläst. Det som attraherade mig mest var nog hans tydligt holistiska hållning och hans mod att leva ödmjukt, rakryggt och intellektuellt konsekvent i en tid präglad av politisk och religiöst förtryck.

Det skulle inte förvåna mig om det var just dessa egenskaper som fick den store norske filosofen Arne Naess (1912–2009) att skriva sin avhandling om Spinoza och senare utveckla glädjens grundtema i hans filosofi. Jag hade förmånen att få samtala med Naess vid ett litet seminarium vid filosofiska institutionen i Göteborg hösten 1969. Då hade jag läst hans filosofihistoria och hans lärobok i semantik. Där lärde jag mig mycket om analytiskt tänkande som jag fortfarande har nytta av. Med rät-

ta betraktade jag Naess som en analytisk filosof med intressanta sidointressen. Den gången berättade han lite om Spinoza. Han var ödmjuk och klar i tanken ungefär som jag tänkte mig den gamle mästaren själv.

Med tiden kom Arne Naess att bli en förgrundsfigur inom ekofilosofin. Konsten att leva ett liv i glädje och samklang med naturen blev allt viktigare inslag i hans tankevärld. Han ägnade sig mer åt frågor som var väsentliga för människans liv, än åt abstrakta begreppsanalyser. Spinozas syn på affekter och glädje var en viktig källa till detta tänkande. I sin bok *Livsfilosofi* (2000) citerar Naess Spinoza: "I ett tillstånd som inte är präglad av känslor gör man inga som helst framsteg i något som är väsentligt för människan."

Den boken (*Livsfilosofi*) lästes av många och fick spridning långt utanför fackfilosofiska kretsar. Troligen för att den behandlade centrala mänskliga problem.

Men varför dessa amatörfilosofiska funderingar i en tidskrift för allmänmedicinare? Det enkla svaret är att jag vill dra en lans för två personliga favoritfilosofer, som har haft stor betydelse för den smala holistiska fåran i den starka, reduktionistiska strömmen i västerländskt tänkande. Inom allmänmedicinen har vi alltid hyllat holismen eller helhetstänkandet därför att vi dagligen upplever deras relevans. Men begreppen är lätta att missbruka och de förvisas ofta till tänkandets flumkammare.

Men helhetstänkande är inte flum. Insikten om att det rationella förnuftet och den starka känslan är två sidor av samma mynt kan ge en hållbar vision av "den hela människan" och därmed lägga grunden för personliga möten i vården. När tanke och känsla finner varandra föds en glädje som inspirerar till att söka ny kunskap och nya handlingsvägar i vardagen.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Referenser:

Förutom verk av ovanstående två filosofer har jag använt en artikel av Agnieszka Proszewska i *Filosofisk tidskrift* Nr 2 2018. Artikelns rubrik är "En process som kan förändra dig" - om Arne Naess tolkning av Spinozas känslofilosofi. Flera meningar i min krönika ligger mycket nära artikeltexten. Jag avstår ändå specifika referenser p.g.a. krönikans karaktär.



En matnyttig uppslagsbok inför soffpotatisens Vasalopp

Behövs en 330 sidor lång bok om Idrott och hjärtat? Mitt svar blir tveklöst ett ja. Som allmänspecialist är frågor om träning av mer eller mindre elitkaraktär vardagsmat, vi ska se till att "soffpotatisar" som vill springa maraton eller bara börja gå runt kvarteret kan komma igång utan risker. Vi ska kunna tolka EKG ur idrottssynpunkt: Är det ofarligt för denna individ att träna? Ska man screena motionärer och idrottare?

Boken är indelad i tre delar;

1. Det (troligen) friska hjärtat,
2. Det sjuka hjärtat samt
3. Praktiska tillämpningar.

Del 1 tar upp hur hjärtat anpassar sig till träning och vad som är positivt och negativt med fysisk aktivitet och idrott. Det innehåller ett kapitel om EKG hos idrottare som är mycket matnyttigt.

Del 2 behandlar de vanligaste orsakerna till plötslig hjärtdöd. Vanligast är ärftlighet eller HCM (hypertrofi kardiomyopati). Båda går oftast att upptäcka via screening. Ett kort avsnitt om viktiga varningstecken och prevention känns viktigt att ta till sig.

50 % av HCM-fallen är genetiska, och alla förstegradssläktingar uppåt och nedåt i generationerna ska undersökas. HCM är behandlingsbart. Boken ger bra praktiska råd om vad patienter med HCM kan göra utan risk.

Före 25 års ålder dominerar HCM, över 25 år kranskärslssjukdom. I en studie orsakades 43 % av dödsfallen hos 25–35-åring-

ar av kranskärslssjukdom. Kapitlet om myokardit utmynnar i rådet "Träna inte med infektion i kroppen!"

Del 3 är en praktisk handbok där det bland annat finns ett mycket bra kapitel om hjärtscreening av äldre och yngre idrottare som kan användas som en slags "kokbok".

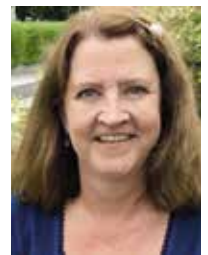
Astma synes inte höra hemma i en hjärtbok, men finns med eftersom astma är en viktig differentialdiagnos till hjärtsjukdom. Kapitlet om doping och hjärtat visar att doping har både fysiska och psykiska effekter som påverkar hjärtfunktionen. Omdömet grumlats och man gör mer än man borde eller känner inte symtom.

Ytterligare en viktig del i att undvika hjärtdöd är att utveckla arenasäkerheten. Detta görs enkelt i lägre divisioner genom att veta var defibrillatorn finns, vem som hämtar, vem som larmar. HLR-utbildning är en bonus. Man kan gärna ha medicinskt ansvarig läkare på plats.

"Idrott och hjärtat" är helt klart en både viktig och matnyttig bok som kan läsas noga och länge och/eller användas som uppslagsbok den dagen den medelålders soffpotatisen kommer in och vill ha råd och klartecken för Vasaloppet.

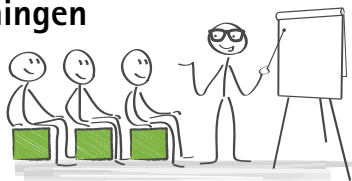
Monica Othén

Hälsoexperterna i Sydost AB
Capio Citykliniken, Ronneby
monicaoften@hotmail.com



AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen



Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

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!





Ambitiöst men ofullständigt om idrottsskador

Det inte alltid är möjligt att återgå till idrott efter en skada. Titeln till den här ambitiösa boken kan tolkas så. Är flickan som spelar innebandy med knäskena på omslaget verkligen medveten om riskerna på sikt?

De 34 författarna är främst fysioterapeuter, men även ortopedier och epidemiologer medverkar. Boken är innehållsrik med många kunniga skribenter. Målgruppen är bred. Den vänder sig till inte bara till vårdgivare utan även tränare och andra professioner. Språket är anpassat populärvetenskapligt.

Fysioterapeuternas särskilda begrepp blir viktiga. Jag får lära mig skilja på koncentrisk och excentrisk träning vid rehabilitering. Akronymen PRICE (protection, rest, ice, compression, elevation) är bra för minnet.

Som inom många andra discipliner används en mängd skattningsinstrument och skalor. Ofta nämns de bara och läsningen blir då något ytlig. Ibland beskrivs innehållet men sällan presenteras själva frågeformuläret.

Många gånger förklaras, med lite olika varianter, begreppen validitet och reliabilitet. Borde de vetenskapliga, metodologiska begreppen och även biomekaniska elementa fått varsitt eget avsnitt? Det skulle ha sparat utrymme till fler konkreta kliniska beskrivningar. Fördelen med boken är dock att varje avsnitt kan läsas för sig.

Inledningsvis nämns att omkring 280 000 personer skadas i Sverige i samband med fysisk aktivitet. 60 000 barn och ungdomar skadas så svårt under idrottsutövande att de måste uppsöka sjukvård. Skaderisken inom elitfotboll är cirka 1 000 gånger högre än i verkstadsindustrin.

Förebyggande åtgärder och individens eget ansvar betonas alltmer vid beslut om återgång i aktivitet. Här finns nog en parallell till ändrad mindre auktoritär läkar-patientrelation inom medicinen för övrigt med mera autonoma individer. Flera intressenter kan dock pressa på.

Boken har sex delar. Efter inledning följer ett konkret men kortfattat medicinskt avsnitt om främst hjärtat men även hjärnskakning. Därefter ett utförligt avsnitt om fysiologi om läkning och hållfasthet i ben, brosk, muskler och senor. Det psykologiska får två kapitel. Därpå funktionsperspektivet med fysioterapeuternas tester.

Den sista kliniska delen är den som ger mig mest. Där tas olika skador i skuldra, rygg, höfter, knän, lår, fotled och hälsena upp konkret. Dock saknas till exempel händer, handled och armbåge.

För mig hade en traditionell uppdelning av bokens material

i en allmän och en klinisk del passat bättre. Jag tror inte det skulle ha krävts mera utrymme.

Sakregistret i boken är märkligt organiserat. När jag söker Ottawa-kriterier för ankel måste jag veta att de står under fotledsskada för att finna dem. Det verkar mera som en blandad innehållsförteckning.

Armbåge finns inte i sakregistret. Jag hade annars varit intresserad av omvärderingen av kortisoninjektioner vid tennisarmbåge. Har den fått efterföljare vad gäller andra kroppsdelar? Själva har jag blivit mera återhållsam. Jag hittar inte heller kortison i sakregistret.

Dopingavsnittet får en halv spalt i boken. Det tror jag är en grov underskattning av problemet som är utbrett, även bland motionärer långt upp i åren. Dopingens förutsägs redan av Ivar Lo Johansson i hans roman-pamflett där han tvivlade på idrotten med en fotbollsspelare som exempel. Mitt eget tvivel kvarstår.

Ultraljud nämns endast sparsamt i boken och då oftast som terapi och behandlingsförsök.

Texterna innehåller en hel del upprepningar, inte bara vad gäller begrepp och definitioner. I sista avsnittet om hälsenor är ingressen exakt samma text som upprepas i efterföljande klassificering. Hade det inte dessutom varit bättre att ha ett avsnitt för hälseneruptur och ett för tendinopati? Som det nu är skrivet blir det förvirrande upprepningar. Kanske man medvetet velat betona vikten av noggrannhet i skillnader i träningsråd vid tillstånd i samma anatomiska region.

Som jämförelse har jag haft boken "Idrottsskador – en illustrerad guide", framtagna i samarbete med Internationella olympiska kommittén (IOK). Den är mera riktad till läkare. Där finns flera illustrationer till skador och även mera specifikt vilka exakta kirurgiska åtgärder som kan bli aktuella. I "Idrottsskada" avslutas en del avsnitt abrupt med att när inget annat hjälper återstår bara kirurgi.

När jag skriver denna text faller domen i högsta domstolen mot en ishockeyspelare för misshandel. En aspekt på idrottsskada som inte tas upp i boken.



Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@norrboten.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

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och

patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Ljungkvist
susanne.ljungkvist@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Åsa Wetterqvist
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

IT-rådet

Anne Björk, annbjor@gmail.com

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Minna Johansson
minna.johansson@vgregion.se

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

Pontus Stange
pontus.stange@gmail.com

Naaka – Nätverket för Astma,

Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlqvist
staffan.ahlqvist@gmail.com

Nätverket för

fortbildningssamordnare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Forskningsnätverk

psyisk hälsa i primärvården

Anna Nager, anna@nager.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
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sll.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

Maria Truedsson
maria.truedsson@gmail.com
<http://allmanmedicinbd.se>

VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND

Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Sofia Laven
sofia.laven@gmail.com

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dli.se

STOCKHOLM

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

GOTLAND

Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@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

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.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
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

Illustratörer

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
webmaster@sfam.se

**Utgivningsplan för 2018**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	15.10	19.11	17.12	Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

Utgivningsplan för 2019

1	14.1	18.2	18.3	Våra mest behövande patienter
2	25.3	13.5	10.6	Allmänmedicin i grundutbildningen
3	19.8	23.9	21.10	21 landsting 21 system
4	14.10	18.11	16.12	Primärvården har blivit bättre!

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

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltensstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2018**November**

Berätta för livet!
13-14.11 Växjö

SFAM:s kvalitetsdag,
15.11 Stockholm

ASK-seminarium
23.11 Stockholm

December

Konsultationsnätverket
7.12 Stockholm

2019**Januari**

Kurs i kompetensvärdering
14-16.1 Nyköping

Maj

Svensk allmänmedicinsk kongress
8-10.5 Borås

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
17-20.6 Aalborg, Danmark

2020**Maj**

EGPRN
7-10.5 Göteborg

Internationellt

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

Res med nordiska kollegor

till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

KursDoktorn

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

KursMedicin

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



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

Annons