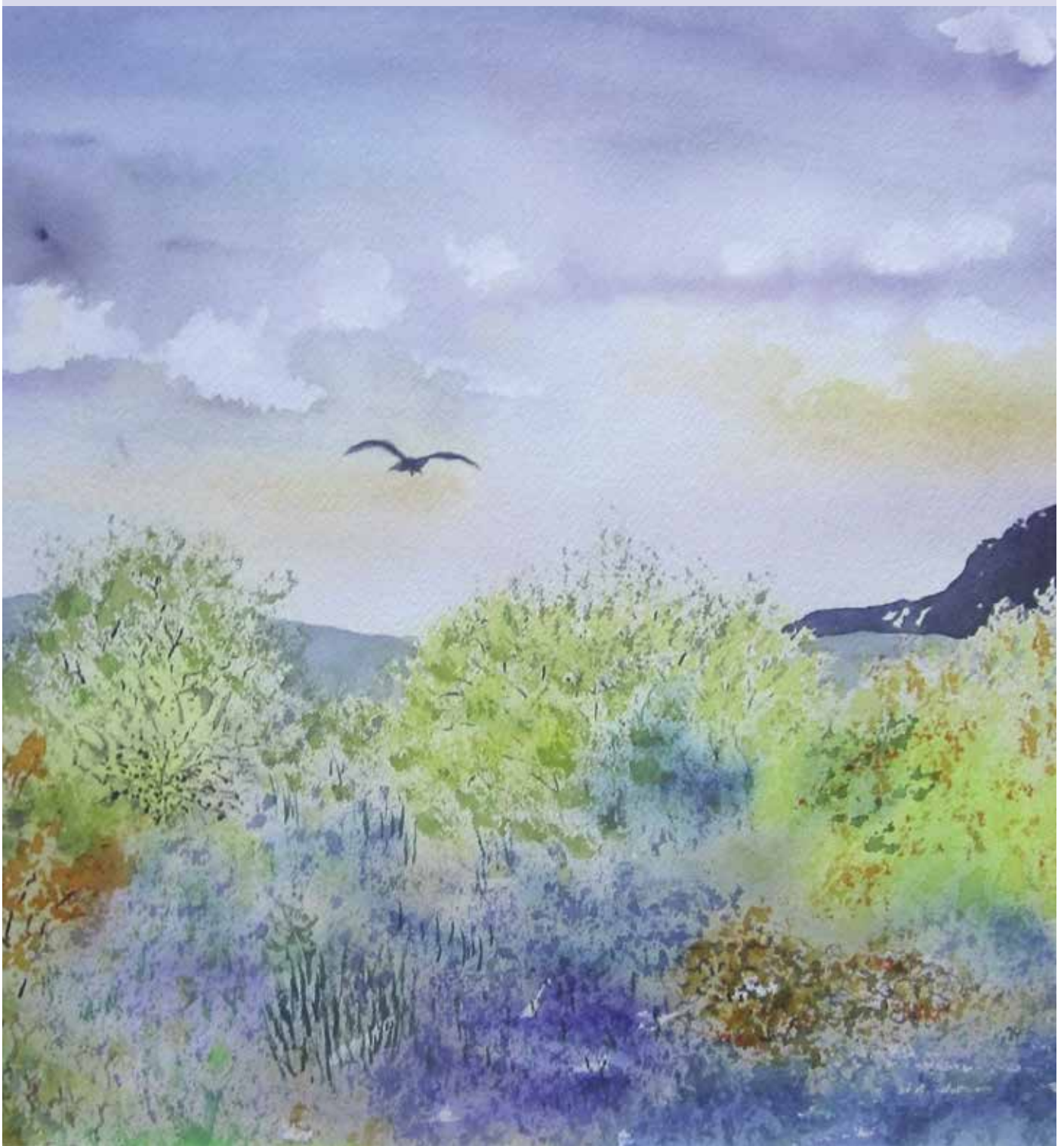


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 2 2015 ÅRGÅNG 36



Teman:

Allmänmedicin i Norden • Genetik och ohälsa

- 2 **Ledare: Allmänläkarens roll i framtidens hälso- och sjukvård**
Karin Träff Nordström
- 3 **Redaktionens sida: Allmänmedicinen i Sverige**
Ingrid Eckerman m.fl.
- 4 **Nya sfam.se närmar sig**
Eva Norell och Roland Koch
- 5 **Hänt sedan sist...**
Ingrid Eckerman
- 9 **Eva Pilsäter Faxner har till 99 % fel**
Martin Wehlou
- 10 **Ur Ordbytesfloden: Är allmänmedicinen ett granatäpple?**
Olle Hellström, Mats Rydberg, Ingrid Eckerman och Robert Svartholm
- 12 **Dansk almen praksis 2015: Levedygtig og i krise**
Ynse Klazes de Boer
- 13 **Om norsk allmenmedisin**
Petter Brelin
- 14 **Primärvården i Finland idag**
Pekka Honkanen
- 16 **Allmänmedicin på Island**
þorarinn Ingólfsson
- 18 **Glesbygdsmedicin i Norge: NSDM – det lille senteret med de store oppgavene**
Helen Brandstorp
- 20 **Glesbygdsmedicin i Finland: Hur glest skall det vara för att vara glesbygd?**
Peter Riddar
- 22 **Glesbygdsmedicin i Sverige: Glesbygdsmedicin – en utmaning för jämlik vård!**
Lars Agreus
- 24 **Glesbygdsmedicin förr i tiden: Hälsa och läkekonst i glesbygd**
Kaj Norrby
- 26 **Hvad vil det egentlig sige at være praktiserende læge i Norden?**
Charlotte Tulinus, Per Stensland, Carl-Edvard Rudebeck och Arthur Hibble
- 29 **Konstnär och läkare**
Guðrún Hreinsdóttir
- 30 **Allmänmedicinsk fortbildning i Norden – en sammanställning**
Gösta Eliasson
- 34 **Nordisk tidning för forskare**
Hans Thulesius
- 35 **Över hundra kurser under danska läkardagar**
Gösta Eliasson
- 36 **Välfärden måste hitta balans mellan dilemman**
Ingrid Eckerman
- 37 **Den nya genetiken och allmänmedicinen – utmaningar och möjlig nytta**
Peter M Nilsson och Carl Johan Östgren
- 40 **Epigenetik – något för allmänläkaren?**
Lars Englund
- 41 **Gen för tolerans mot miljögift funnen i människan**
Pressmeddelande från Karolinska Institutet 4.3.2015
- 42 **Narrativ medicin**
Linn Getz och Lotte Hvas. Övers. Josabeth Hultberg
- 45 **Sjukvårdsministern: tillvarata läkarnas kunskap och erfarenhet bättre!**
Gösta Eliasson
- 47 **Skåne: Sammanhållen forskning, utbildning och utveckling**
Jan Sundqvist med medarbetare
- 51 **Snabbanalys PK(INR) ger en mer patientsäker vård**
Rita Fernholm
- 53 **Bertil Hagström: Aktivist på flera plan**
Ingrid Eckerman
- 55 **Läkarförbundets fortbildningsöversyn testad på Ängsgårdens vårdcentral**
Gösta Eliasson
- 56 **Läkarstudenter vill gärna bli allmänläkare**
Björn Landström
- 58 **Allan Pelch – läkaren som ordnar konferensresan**
Gösta Eliasson
- 60 **Recension: Dåligt uppdaterad bok om e-hälsa**
Johanna Hellberg
- 61 **AllmänMedicin gratulerar**
- 62 **Kulturspalten**
Anna Axelman
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner

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



Omslagsbild av Guðrún Hreinsdóttir

Se separat artikel på sidan 29 som handlar om Guðrún Hreinsdóttir.

Bilden är även bokomslag till boken "Being a GP in the Nordic Countries" som recenserades i AllmänMedicin nr 1-2015, sidan 59.

Ingrid Eckerman

Allmänläkarens roll i framtidens hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har under årtionden gått mot en allt större subspecialisering, driven främst av läkarna själva. Detta har varit till godo för patienter med enstaka sjukdomstillstånd där vården idag ofta är i världsklass. Utvecklingen har dock lett till att allmänläkare snart är de enda specialistläkare som kan ta ansvar för fler än en sjukdom hos en och samma patient. Mellan dessa båda grupper – subspecialisterna och generalisterna – riskerar att växa ett allt större organisatoriskt och kompetensmässigt gap.

Gränssnittsöverenskommelser, liksom vårdprogram och riktlinjer, riskerar att leda till att patienter som inte passar in i mönstret (och de är många) faller mellan stolarna. Mycket resurser och energi läggs idag på att diskutera vems bord problemet ligger på i stället för att hjälpas åt att lösa patienternas problem.

Hitills har landstingen försökt lösa problemet genom att primärvården fått ett allt större uppdrag, ett uppdrag som vårdgivarna i sin tur försökt lösa bland annat genom att komplettera med andra yrkeskategorier som tillför eller tar över arbetsuppgifter från läkarna, så kallad task shifting. Detta har bidragit till en bättre vård för patienterna men räcker inte – vi måste vara fler läkare som arbetar i primärvården.

Framför oss ser vi en utveckling mot att alltmer kvalificerad vård kommer att ges i hemmet. Vi börjar lära oss när det är dags att övergå till palliativ vård och man inte ska skicka in de allt fler äldre och multisjuka till akutmottagningar och sjukhusavdelningar.

Den allmänmedicinska generalistkompetensen är nödvändig för att första linjens sjukvård ska fungera. Allmänläkarens uppdrag måste avgränsas via en personlig lista, vars storlek avgörs av uppdraget, sjukdomsburden hos den listade befolkningen samt av tillgången till andra resurser.

Teamarbetet i primärvården behöver stärkas – alla professioners kompetenser ska användas på bästa sätt utifrån patienternas behov. Läkarna har den högsta medicinska kompetensen och ansvarar för den medicinska prioriteringen och för det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

Patienterna har ett stort eget ansvar för behandling och uppföljning av sina egna sjukdomstillstånd. Hälso- och sjukvårdens professioner ska bistå med kompetens och rådgivning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten fattar därefter själv det avgörande beslutet om sin egen behandling utifrån de alternativ som ges.

Vårdcentralerna måste samverka med specialistöppenvård, slutenvård och hemsjukvård utifrån patienternas behov. Professionernas kompetensutveckling behöver säkras inom alla discipliner, såväl den medicinska kompetensen som kompetens inom ledarskap och organisering.



Karin Träff Nordström presenterar sin önskelista på Primärvårdens dag 5 februari 2015. Foto: Ingrid Eckerman.

Hälso- och sjukvården måste styras och ledas av personer som har insikt i hur de olika delarna av systemet fungerar, i samverkan mellan professioner, tjänstemän och politiker.

Rådslag

Styrelsen har i skrivande stund precis haft ett rådslag med företrädare för SFAM:s tre råd för fortbildning, utbildning och kompetensvärdering. Det är mycket som händer inom dessa områden just nu och det är viktigt att vi samlar föreningens resurser så att vi använder dem på bästa sätt.

Inom fortbildningsområdet väntar vi nu med spänning på nya sfam.se som ska inkludera en första version av en plattform för Lärande och utveckling.

Kompetensvärderingsrådet ansvarar för Mitt-i-ST och Specialistexamen. Båda två efterfrågas allt mer och vi behöver se över det regelverk som gäller kring redovisning och moms för dessa ”produkter”.

Inom utbildningsrådets område finns två stora arbetsuppgifter inom en nära framtid: Dels att utforma anvisningar från SFAM till den nya målbeskrivningen för ST, dels att författa ett remissvar avseende utredningen om en ny läkarutbildning.

När ni läser detta är det snart dags för Nordiska kongressen i Göteborg. Jag och styrelsen hoppas få träffa många av er där!

Nästa år är SFAM medarrangör i WONCA Europe tillsammans med våra nordiska systerföreningar. Mötet äger rum i Köpenhamn 15-18 juni. Boka i era kalendrar redan nu!

Karin Träff Nordström
Ordförande
ktn@sfam.se

Vem vinner medlemstävlingen 2015?

En medlem i SFAM Skaraborg får en gratisbiljett till den nordiska kongressen i Göteborg. Vilken förening kan skicka någon till WONCA Europe 2016?





Allmänmedicinen i Sverige

Inför detta nummer av AllmänMedicin, som utkommer inför den nordiska kongressen och som därför har temat "allmänmedicin i Norden", fick våra systerföreningar en förfrågan att berätta vad som är bra respektive dåligt i respektive land, och hur man ser på framtiden.

Tyvärr missade chefredaktören att tillfråga sin egen förening i tid. Redaktionen hann dock med att utforma sitt eget svar.

Vad är bra med allmänmedicinen i Sverige?

Vi har byggt upp en utmärkt specialistutbildning, och allmänläkarna har idag en mycket hög kompetens. Detta har gjort att kvaliteten i primärvården generellt är hög. Forskningen gör hela tiden framsteg. Den Nationella forskarskolan i allmänmedicin, med deltagare från de flesta av våra medicinska universitet, bygger upp nätverk av forskarstuderande och stimulerar till utveckling. Allt fler allmänläkare disputerar.

SFAM har varit föregångare bland specialistföreningarna när det gäller att bygga upp modeller för utbildning, fortbildning och forskning i en decentraliserad verksamhet.

Vi kan vara stolta över detta!

Vad är dåligt med allmänmedicinen i Sverige?

Vi lever fortfarande i sviterna av den djupa 90-talskrisen då all offentlig verksamhet tvingades till enorma besparingar. Det blev ett omedelbart stopp för ST-tjänster i landstingen vilket idag avspeglar sig i en brist på 1 400 specialister i primärvården. Detta drabbar framför allt glesbygder. I delar av Norrland upprätthålls vården i stor utsträckning av stafettläkare – men också de har blivit svåra att rekrytera. Man överväger att låta kroniskt sjuka patienter skötas per distans från Umeå, medan stafettläkare tar hand om övriga patienter. Under kommande år beräknas bristen på specialister i allmänmedicin öka på grund av pensionsavgångar.

De 21 landstingen har beslutsrätt över ersättningssystemen i primärvården. Många har tagit till sig tankarna i new public management (NPM), vilket resulterar i detaljstyrning och prestationsersättningar. Mest uttalat är detta i Stockholm. Vården av kroniskt sjuka patienter, liksom fortbildning och utvecklingsarbete, får stå tillbaka för snabba besök av mindre sjuka patienter.

NPM tillsammans med it-systemens möjligheter att samla in stora mängder data har lett till en ökad administration. System

men är ofta inte kompatibla med varandra vilket skapar problem i vardagsarbetet.

Hur ser vi på framtiden?

Många ser ljus på framtiden när det gäller den fortsatta utvecklingen. Nya it-system, som faktiskt underlättar vardagen, hägrar i fjärran. De kommer att ha inbyggda interagerande beslutsstöd och ge oss nya möjligheter att kommunicera med patienterna. En enda inloggning ger oss tillgång till just de data vi behöver för just den här patienten just idag. Systemen fångar själva upp de data de behöver för utvärdering.

I framtiden kommer rollen gentemot våra patienter att förändras allt eftersom patienterna börjar använda de nya it-systemen. Allmänläkarens roll som samtalspartner och medicinsk ledare kommer att kvarstå. En viktig uppgift kommer att bli samordning av vården.

Konkurrensen om specialisterna kan komma att bidra till att resurser anslås för att förbättra arbetsförhållandena, främst i glesbygden. Införandet av modern spännande teknik och utsikter till hög kontinuitet kan få fler yngre läkare att ta sig an utmaningarna där.

AllmänMedicins redaktion



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Petra Widerkrantz



Karin Lindhagen



Gösta Eliasson



David Svaninger



Tack Gösta!

Gösta Eliasson, som under årtionden kämpat för fortbildningsfrågorna, föreslog mig när jag var ny som chefredaktör att AllmänMedicin 4-2012 skulle vara ett temanummer om fortbildning. Han inte bara tog fram en mängd artiklar utan också ett fint omslag. Sedan dess har alla nummer ett icke-medicinskt tema. I varje nummer finns det minst en artikel av Göstas hand, ofta en intervju. I detta nummer, 2-2015 är de inte färre än fem, varav två intervjuer. Var och en som krympt ned en timmes inspelning till en eller två sidor vet vilket arbete som ligger bakom dessa.

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Nya sfam.se närmar sig

Under våren har företaget InUse i samarbete med SFAM skapat den nya webbplatsen sfam.se som blir förenings hemsida och en webbplats för lärande och utveckling. I juni testas den i ett pilotförsök. Lanseringen blir i september 2015.

Nya sfam.se innehåller funktioner för att söka, diskutera, skapa och ta del av aktiviteter för utveckling och lärande som e-learning, kurser, seminarier, studiebrev, FQ-grupper m.m. Utöver katalogfunktionen kan man skapa och dokumentera personliga fortbildningsmål.

Continuing Professional Development (CPD) är ett vedertaget namn på läkarens pågående utveckling i yrket; både medicinskt och inom yrkets andra delar (ledarskap, handledning mm). Nya sfam.se innehåller ett utkast till ett svenskt system, inspirerat av den norska CPD-modellen.

Vi kommer även att producera eget studiematerial om kroniska sjukdomar, framförallt för användning lokalt på vårdcentralen.

Vem är du som ska använda nya sfam.se?

InUse har, i diskussionsgrupper med medlemmar i SFAM:s lokalföreningar och enskilda allmänläkare på fem platser i Sverige, kartlagt allmänläkares attityd till och behov av ett uppföljnings-system för fortbildning. Utifrån intervjuerna har InUse skapat en referenslista som grund för utvecklingsprocessen.

Fem användningsmönster har identifierats. De olika användarna har sina olika utmaningar och webbplatsen ska möta så många av behoven som möjligt. Utmaningen för SFAM och InUse blir att underlätta lärande och utveckling för alla persontyperna.



Pablo Patientnära

"Jag vill ge patienterna bästa möjliga vård."

Pablo sitter en del på sin kammare och är ganska ensam i sin roll. Han googlar och läser på lite inför patientbesök. Hans driv ligger i det vardagsnära: det som händer här och nu, att kunna bedöma och ge svar. Det finns inte mycket tid. Kanhända lägger han en halvtimme på kvällen innan han ska träffa patienten om han känner sig osäker. Eller så kollar han när patienten är i rummet.

Utmaning: Att prioritera lärande på längre sikt och inte bara det som ligger närmast för dörren. D.v.s. att förstå vikten av planerad utveckling och komma över tröskeln att ta sig tid till reflektion och dialog med kollegor.



Lisa Livspusslare

"Jag försöker få det att gå ihop, men luften har gått ur..."

Det är en stressig arbetssituation med högra krav. Lisa upplever ibland att hon bara är till för att skapa bra siffror och att sjukintyg premieras före kroniskt sjuka. Att hon är en nickedocka utan att hennes profession tas på allvar. Hon är fast i ett ekorrhjul som är svårt att bryta sig ur. Hon är mitt i livet med barn hemma. För att orka har hon gått ner i arbetstid.

Utmaning: Att ta del av tjänsten och uppleva värde trots

tidsbrist – på bussen eller när hon snabbt ändå kollar mejlen på kvällen. Att känna att SFAM är en betydande aktör som driver frågor som är viktiga för allmänläkares profession.



Sandra Samordnare

"Lärande och utveckling är viktigast för oss"

Sandra brinner för allmänläkares behov av kontinuerlig utveckling, hennes främsta intresse är att arbeta med frågor som rör lärande. Sandra är utbildnings-samordnare och ordnar utbildningsdagar. Hon leder också en FQ-grupp med medlemmar från några olika vårdcentraler där deltagarna delar erfarenheter. Sandra är medlem i SFAM. Hon har behov av struktur och ramverk och hon vill ha stöttning och uppmärksammas i rollen som samordnare.

Utmaning: Att agera ambassadör, få med kollegor i aktiviteter och sprida SFAM:s arbete.



Derek Dela Diskutera

"Det är i diskussionerna jag lär mig"

Derek drivs av att diskutera patientfall och att dela med sig av sin kunskap till kollegorna. Som nybliven specialist är hans kunskap lite färskare än flera av hans äldre kollegors. Derek utvecklas genom dialog, reflektion och att formulera frågor och tankar.

Utmaning: Att dela och diskutera även i andra forum och ha en mer strukturerad kollegial dialog.



Vera Vetgirig

"Att vara allmänläkare är ett livslångt lärande"

Vera vill ständigt utvecklas och lära sig mer! Hon anser att man aldrig blir färdig. Yrket är ett kall. Hon vill hålla sig à jour med det senaste: nya rön, diagnoser, behandlingar etc. Vera har speciella intresseområden som hon bevakar. Hon upplever brist på förståelse från sin verksamhetschef gällande allmänläkares profession och behov av lärande. Hon vill få stöd med att planera långsiktigt inför medarbetarsamtal. Vera samlar poäng för sin egen skull men skulle även gärna få bekräftelse från chefen.

Att dela med sig till andra.

SFAM:s fortbildningsenhet

Eva Norell

Fortbildningschef

eva.norell@sfam.se

Roland Koch

ST-läkare, Klinte vårdcentral, Gotland

roland.koch@sfam.se



Från SFAM är det Eva Norell, Åsa Niper och Roland Koch som arbetar med nya sfam.se. I arbetet med fortbildningsprojektet deltar även Joakim Lindqvist, Roland Olofsson Dolk och Maria Wolff.

Hämt sedan sist...

Primärvårdens dag



Kerstin Romberg, doktorand, Nässets läkargrupp.

5.2.2015

Primärvårdens dag arrangeras av Dagens Medicin. De flesta talare var föreläsare för primärvården.

Karin Träff Nordström och andra gav sin syn på vad primärvården behöver. Kerstin Romberg redogjorde för ett samarbete mellan akutsjukvården och primärvården i Skåne om KOL-patienter, vilket lett till färre besök på akutmottagningen och certifiering av astma-kol-mottagningar. Jesper Poucette i västra Skaraborg använder patientens köksbord som arbetsplats.

Sist presenterade sig de tre bästa vårdcentralerna enligt patientenkäterna: **Sotenäs** i Bohuslän, **Backe** i Jämtland och **Blidö** i Stockholms skärgård. AllmänMedicin gratulerar!



Jesper Poucette, mobil hemsjukvårdsläkare i Lidköping



Nationella primärvårdsregistret

24.3.2015

Arbetet med ett "nationellt primärvårdsregister" har tagit en ny vändning. Malin André förklarade att det nu handlar om ett "nationellt system för lärande med primärvårdens verksamhetsdata". SKL har tilldelat arbetsgruppen en projektledare, Sören Berg, och bildat en nationell samverkansgrupp för primärvård.

Svårigheter med ett konventionellt primärvårdsregister är juridiska aspekter, de stora mängderna data i journalerna, det stora antalet möjliga kvalitetsindikatorer och de många diagnoserna.

Mattias Athlin, forskarstuderande vid KI, demonstrerade svårigheterna att på landstingsnivå få ut jämförbara data för kroniska sjukdomar. En rad faktorer bidrar till skillnaderna.

Nu finns möjligheten att ändra väg, dvs. att i förbättringssystemet utgå från individen i stället för diagnoser eller patientgrupper. Idag finns mottagare för SFAM:s budskap. Både SKL och Socialstyrelsen lyssnar.

Arbetsgruppen ska nu fortsätta med detaljerat indikatorarbete. Man vill gärna ha fler kollegor till hjälp!

De allmänmedicinska lärosätenas möte



Olov Rolandsson, Umeå



Martin Roland, Cambridge

19–20.3.2015

Detta var de allmänmedicinska institutionernas första vetenskapliga möte. Vård var Akademiskt primärvårdscentrum (f.d. Cefam) i Stockholm.

Första dagen ägnades lärande och utbildning. Andra dagen talade Martin Roland, professor i Cambridge, om vårdkvalitet och hälsovårdsorganisation. Sedan följde diskussioner om samarbete och nätverksskapande. Slutligen presenterades och diskuterades aktuella forskningsprojekt.

Deltagarna upplevde mötet som mycket meningsfullt. En fortsättning planeras i Göteborg 2016.



Per Wändell



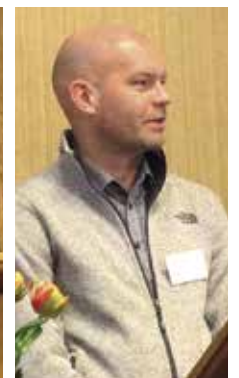
Åsa Niper, KI



Malin André



Sören Berg



Mattias Athlin

Läkarsällskapets IT inspirationsdag

26.3.2015

Nils Schönström, ortoped och f.d. klinikchef i Jönköping, gjorde en historisk exposé och reflekterade över eHälsans framtid.

”Primärvården i tåten för vårdens digitalisering?” var det första blocket. Anne Björk presenterade SFAM:s it-råd. Eva Pilsäter Faxner redogjorde för sitt arbete med strukturerad vårddokumentation (se AllmänMedicin 1-2015). Martin Fredriksson berättade om remittera.nu, nominerat till Göta-priset. Ingrid Eckerman visade visionen patientcentrerad journal. Rikard Lof-

ström talade om hur intyg kan förenklas och om försäkringskassans outnyttjade databank.

Block två handlade om förbättrad vårddokumentation och användning av surfplattor.

Som helhet en dag som andades kraft och initiativ – långt ifrån den uppgivenhet jag upplevde på min första inspirationsdag för några år sedan.

Text och foto: Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Eva Pilsäter Faxner



Martin Fredriksson



Anne Björk



Rikard Lofström

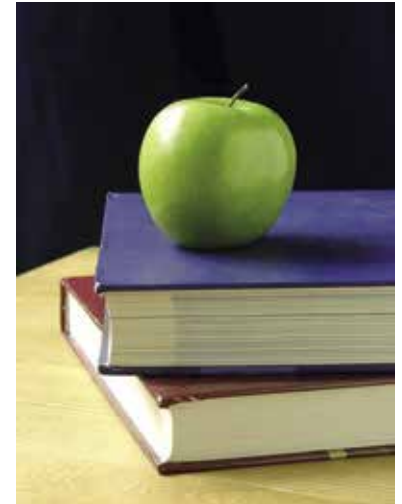
Annons

Inbjudan

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEDICIN

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

12:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården



TEMAT FÖR ÅRET

Kvalitetsförbättring och personcentrerad vård: Går det att förena?

GÄSTFÖRELÄSARE:

Christer Petersson distriktsläkare, med.dr, Växjö
Malin André docent, allmänläkare, Uppsala
Katarina Hedin distriktsläkare, med.dr, Växjö

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

Fullständigt program finns på www.sfam.se

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

Konferensavgiften 1.600 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 20 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.

Vid återbud efter 1:a november utgår full avgift.

Anmäl dig på SFAMs hemsida [ww.sfam.se](http://www.sfam.se)

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



16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN

19th Nordic Congress of General Practice

Sustainable healthcare through General Practice
– meeting the demands of a changing world

54 WORKSHOPS/SYMPOSIA
220 INDIVIDUAL ABSTRACTS

KEYNOTE SPEAKERS

Jan de Maeseneer, Linn Getz, Simon Griffin, John Brodersen
Margrét Ólafía Tómasdóttir, Merete Mazzarella

REGISTRATION IS NOW OPEN

New Early bird deadline: 22 Mar 2015

www.nordicgp2015.se



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN





Kommentar till "Eva Pilsäter Faxner engagerar
medarbetarna i IT-utvecklingen" i AllmänMedicin 1-2015

Eva Pilsäter Faxner har till 99 % fel

Eva Pilsäter Faxner beskriver i AM 1/2015 arbetet med e-Hälsa i primärvården i Stockholms läns landsting, något som hon fått ett IT-pris för. Men grundproblemet är att man missat helt vad läkaryrket består av och därmed inte har skapat de system vi behöver för att göra vårt jobb. Hade vi ett system som vi jobbar *ihop* med, som assisterar oss i undersökning, klinik, differentialdiagnoser, beslut och behandlingar, då följer resten automatiskt, det vill säga journalföring, remisser, recept, diagnoskoder, kvalitetsregister etc. *utan dubbelarbete* och, inte minst, utan "utbildning" eller incentiv för att få oss att göra "administration". Och så blir det rätt också.

Men eftersom man helt missat kärnan så har man byggt upp en "Rube Goldberg-maskin" [1] av olika system för att skapa de data som ett bra system skulle ha gett som nästan trivial sidoeffekt. Och de enda personer som kan skapa dessa saknade data är just läkare som vare sig har tid, motivation eller egentligen nytta av dessa följd-data.

Det är som om vi hade en häst istället för en bil. I stället för att ge oss bilar vill de undervisa oss i hur man får hästen att gå fortare. Och hur vi mockar i stallet. Om hon har fel i att be oss rida fortare på hästen: givet att vi bara får ha en häst har det en viss poäng, men vore en bil inte bättre?

Än värre är att med alla ansträngningar att sätta fart på hästen har man ingen tid att fundera på en bil. Typexemplet beskrev jag i ett blogginlägg om Nationell Informationsstruktur [2]. I en paneldiskussion om diagnoskoder togs "tablettbehandlad diabetes" som enda kända exempel på hur olika diagnossystem kolliderade. Trots att flera i publiken förklarade att detta var en diagnos som inte längre används, och att problemet därför var obefintligt, svarade paneldeltagaren med skärpa "att vi verkligen inte har tid för detaljer, problemet med tablettbehandlad diabetes måste redas ut, annars kan inte arbetet gå vidare..."

Med andra ord, om man insisterar på att lösa fel problem så lär man inte komma fram.

Om man ser till att lösa *rätt* problem så blir allting inte bara mycket effektivare. Nästan alla sådana här jobbiga problem som Pilsäter-Faxner insisterar på försvinner helt enkelt och behöver därmed inte lösas i sig.

Martin Wehlou
Allmänläkare och systemutvecklare
Uppsala
martin@wehlou.com



Referenser:

1. Rube Goldberg (1883-1970) tecknade maskiner bestående av mängder av kuggjul, propellrar, vattenskovlar, bollar med mera som utför enkla saker på ett komplicerat sätt.
2. Ett bra dåligt exempel. Vård IT 12.11.2010 <http://vard-it.se/?p=1585>

Jäv finns. Utvecklare av journalsystemet IotaMed.

Kommentera artikeln på [www.sfam.se/allmanmedicin!](http://www.sfam.se/allmanmedicin/)

Annons



Ur Ordbytesfloden: Är allmänmedicinen ett granatäpple?

Under mer än ett års tid har diskussionerna på Ordbyte pågått, initierade och vidmakthållna av Olle Hellström. Vad är allmänmedicin egentligen, och vad skiljer den från andra specialiteter? Till slut frågade man efter "allmänmedicinens kärna".



Är det inte INNEHÅLLET i kärnan som är det intressanta för allmänmedicinens överlevnad?

*Olle Hellström, Falun
olle.hellstrom@ltdalarna.se*



Vad ÄR kärnan i allmänmedicinsk praktik för den genomsnittlige allmänläkaren i Sverige? Är den i samklang med en internationell uppfattning? Kan vi nå samsyn?

*Mats Rydberg, Halmstad
merydberg@gmail.com*



Jag tycker AllmänMedicin 1-2015 visar allmänmedicinens bredd. Hur kan det finnas en enda kärna för allt detta? Är det inte just detta, att allmänmedicinen består av så många delar som interagerar med varandra, som är det specifika för specialiteten? Möjligheten att spela på många tangenter, att ha många bollar uppe i luften, att ha många områden där man kan grotta ner sig?

*Ingrid Eckerman, Stockholm
chefredaktor@sfam.se*



En kärna innehåller väl allt detta utan strikta gränser. När är t.ex. humanistisk eller psykologisk medicin inte medi-

cin? Jag vill INTE ha det kategoriserat på det här sättet. Jmf den omätbara människan. Det är väl aldrig uteslutande det ena eller andra. Uppdelningen olycklig tycker jag. Det innebär med automatik också en värdemässig skillnad, där "riktig" medicin väger tyngre. Det handlar för mig inte om det ena mot det andra.

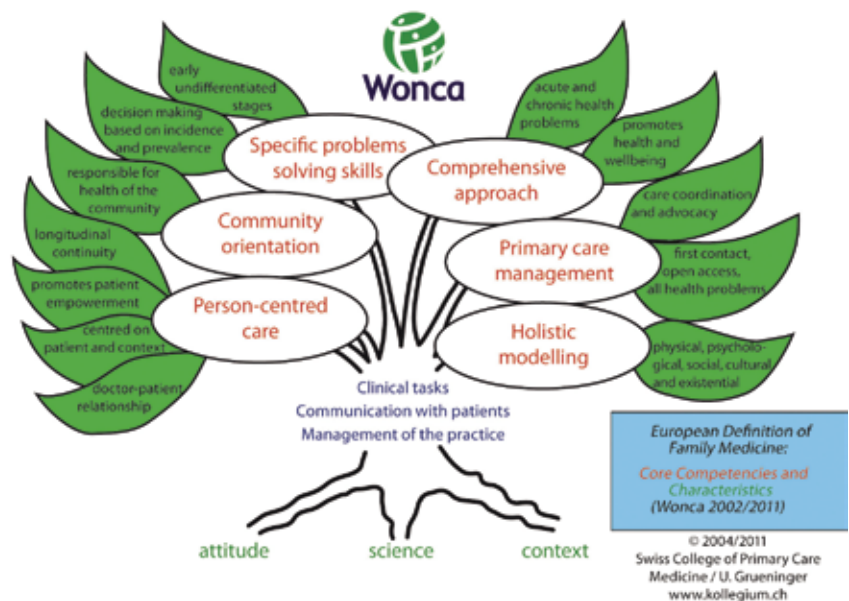
*Mats Rydberg, Halmstad
merydberg@gmail.com*



Den allmänmedicinska "kärnan" kanske är diffus och svårbeskrivbar – men varje år som "vi" har SK-kurs och ber ST-läkarna definiera konsten, utmaningen och glädjen med sin valda karriär, så är de entydiga och utan tvekan. De instämmer i McWhinneys text, som är mångfacetterad – lika komplex som Allmänmedicin 1/15. Det känns då menings-



Ur Franz Eugen Köhler, Köhler's Medizinal-Pflanzen, 1897.



Ordbyte är SFAM:s debattforum. Vill du delta? Gå in på www.sfam.se och klicka på Ordbyte.



löst att leta efter ”kärnan”, precis som om det handlar om ett plommon. Det är väl mer ett granatäpple det handlar om!

*Robert Svartholm, Gammelstad
polarull.svartholm@telia.com*



Granatäpplet har mängder med kärnor, var och en med sött hölje. De är sitta i olika grupper, åtskilda av mellanväggar men inom samma tunna skal. Kan vi säga att allmänmedicinen består av mängder med kärnor, klädda med humanism? Skalet, som håller ihop alltsammans samtidigt som det avgränsar mot omvärlden, är vår specialitet, dvs. vår utbildning och kompetensutveckling. I den fruktskål som hälso- och sjukvården utgör skiljer sig det mångkärniga granatäpplet från de kärnlösa bananerna, de enkärniga plommonen och de flerkärniga äpplena och päronen.

*Ingrid Eckerman, Stockholm
chefredaktor@sfam.se*



WONCA Europe har ägnat sig åt att definiera allmänmedicin/familjemedicin i ett 33 sidor långt dokument på byråkratengelska. SFAM jobbar med en översättning. Schweizarna har tagit fram ett träd. Slutsats: Allmänmedicin kan inte definieras som en kärna. Ett träd med rötter, stam, grenar och löv kan vara ett alternativ till granatäpplet.

*Ingrid Eckerman, Stockholm
chefredaktor@sfam.se*



Nu växer ju granatäpplen på träd, så kanske kan äpplets existens liknas vid ”löven” på WONCA:s träd? Är bilden bra, bättre än McWhinneys 9 punkter, eller de norska/danska definitionerna?... Ser man på STAMMEN, så finns tre kärnor: Allmänläkarens uppgift är att jobba kliniskt, allmänläkaren ska kunna kommunicera med sina patienter, allmänläkaren ska kunna sköta sin mottagning. Det sistnämnda är väl att kunna jobba etiskt professionellt

oavsett ersättningssystem, det förstnämnda kräver klinisk fortbildning, och att konsten att kommunicera (inkl. att lyssna!) är en kärnuppgift (sic!) framgår klart.

*Robert Svartholm, Gammelstad
polarull.svartholm@telia.com*

McWhinneys nio principer för familjemedicin:

An open-ended commitment to patients;
an understanding of the context of illness;
the use of all visits for preventive purposes;
the view of the practice as a population at risk;
the use of a community-wide network of supports;
the sharing with patients of the same habitat;
the care of patients in office, home and hospital;
a recognition of the subjective aspects of medicine;
and an awareness of the need to manage resources.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305997

Urval: Ingrid Eckerman

Annons



Dansk almen praksis 2015: Levedygtig og i krise

Almen praksis i Danmark er ombejlet som aldrig før. I det sidste sundhedsudspil fra regeringen skrives eks: Borgernes egen læge – den praktiserende læge – skal styrkes, så der bliver den samme høje kvalitet i hele landet. Så umiddelbart ser det ud som det går rigtig godt. Virkeligheden er desværre mere komplekst.

Konflikt med myndigheder

De sidste 2 år har været en turbulent tid for dansk almen praksis. Der har været et udtalt politisk/administrativ ønske at få større indsigt og større mulighed for styring af almen praksis. Det kom klart til udtryk ved kontraktforhandlinger i 2012 som blev resultatløse og førte til at modparten opsagde kontrakten med almen praksis. Samme dag dette skete præsenterede regeringen et lovforslag, som gav regionerne større planlægnings og styringsbeføjelser. Endvidere skulle alle data i kvalitetsdatabasen (DAMD) sendes videre til Statens Serum Institut og skulle bruges til planlægning og kontrol.

Meget i dette forslag var uspiselig for de praktiserende læger. Som reaktion deponerede langt de fleste praktiserende læger (97 %) deres ydernummer i vores organisation. Repræsentantskabet fik mandat til at aflevere disse ydernumre, hvis det endelige resultat af loven var utilfredsstillende. Der var stor aktivitet fra organisationen og individuelle praktiserende læger: kontakt til politikere, indlæg på sociale medier og aviser og et stort demonstrationsmøde hvor langt de fleste praktiserende læger og vores personale deltog.

Lovforslaget blev modereret en del. Da det kom til en endelig vurdering (29-06-2013), fandt et lille flertal i repræsentantskabet (25 mod 24) at man skulle vælge at arbejde under loven, og indgå nye forhandlinger med regionerne. Dette resulterede i en ny aftale som blev vedtaget ved en urafstemning blandt PLO medlemmer med et moderat flertal.

Den daværende formand var trådt tilbage efter repræsentantskabets beslut-



se.fotolia.com

ning, og også blandt medlemmer var der mange der var uenig i beslutningen. Det har betydet at der er kommet meget mere fokus på og engagement i det fagpolitiske arbejde. Mange der ikke tidligere var fagpolitisk aktiv begyndte at deltage i det fagpolitiske debat. Det er blevet mere levende end længe. Der har side været nyvalg til repræsentantskabet og mange der var kritisk i forhold til beslutningen i 2013 blev valgt ind.

Datagate

Det foromtalte lovforslag betød der kom fokus på vores kvalitetsdatabase (DAMD). I nogle år var alle diagnoser, samt en mængde andre oplysninger, via Datafangst programmet fra det enkelte lægesystem blevet indsamlet til den nationale database (DAMD). Databasens primære formål var understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis, og sekundær bidrage til forskning. Nu skulle disse data bruges til andre formål.

Dette rejste spørgsmål om data var egnet til deling og med hvem. Omfanget af dataindsamlingen var overraskende for mange, og der blev sat spørgsmålstejn ved lovligheden af dette. Efter en længere

udredning konkluderede myndighederne at dataindsamling kun var tilladt for diabetes, KOL, hjertesvigt og depression. Dette var lidt overraskende da myndigheder i alle år havde været orienteret. Aktuelt er vi i den sære situation at databasen er erklæret ulovlig og skal slettes, mens Rigsarkivet fastholder et krav om at en kopi skal bevares.

Hvad er det bedste ved almen praksis i Danmark i dag?

Der er et stort medlemsengagement. Konflikten har rettet opmærksomhed mod hvad der er almen praksis kernen. Der er gennemført et visionsproces, hvor medlemmerne er forsøgt inddraget maksimalt. Resultat af denne proces vil være kendt ved Nordisk Kongres.

Der er stor efterspørgsel efter almen medicin til at løse patientnære sundhedsopgaver.

Hvilke er de største problemer aktuel?

Som i andre lande er det svært at få læger til mere ydre og mere social belastede områder. Der er en stor antal læger der forventes at gå på pension de kommende år, og der er for få der vil tage over. Kon-



Dansk Selskab for Almen Medicin

flikten har påvirket søgning til uddannelsesstillinger negativt, der er en del ubesatte stillinger. Der er intern uenighed blandt de praktiserende læger om hvordan vi skal samarbejde med myndighederne, og om hvordan vi sikrer de bedst mulige vilkår for almen praksis. Den kommende centralisering af hospitaler, og kortere indlæggelser vil betyde stigende arbejdsmængde for almen praksis. Kan dette rummes inden for de nuværende økonomiske og mandsskabsmæssige rammer?

Hvordan ser fremtiden ud for almen praksis?

Den danske satiriker Storm P skrev: der er svært at spå, især om fremtiden. Udsagnet er meget aktuelt for dansk almen medicin. Fremtiden er lys hvis vi intern kan blive enig og hvis det lykkes at indgå tilfredsstillende aftaler om arbejdsopgaver og økonomi. Hvis ikke dette lykkes må nye konflikter forudses, og så ved ingen hvordan dette ender.

DSAM, det danske almen medicinske selskab, kan dog glæde sig over at der aldrig før har været så mange kommende speciallæger, der er medlem. Endvidere er der etableret almen medicinske studentorganisationer i alle universitetsbyer med lægevidenskabelige fakulteter. Der er hel-

digvis fortsat mange der tror på en god fremtid for dansk almen medicin.



Ynse Klazes de Boer

Speciallæge i almen medicin
Lægerne i Vestergade, Helsingør
Lægefaglig konsulent i DSAM
Patientsikkerhedskonsulent i KAP-H
ynse.boer@dadlnet.dk



Om norsk allmenmedisin

Det særpregede landskapet i Norge har preget landets medisinske utvikling. Norge har med sin store utstrekning, sine mange geografiske og topografiske utfordringer og en relativt liten, spredt befolkning helt spesielle krav til helsetjenesten.

Vi som utøver faget mener selv at Norge har en god allmenlegetjeneste.

Strukturen i allmenlegetjenesten er god, der legen har ansvar for en del av populasjonen i sitt nærmiljø. Alle norske borgere vet hvilken lege de skal gå til, og alle norske allmenleger vet hvilke pasienter de har ansvar for – og hvilke de ikke har ansvar for.

Dette listesystemet kalles fastlegeordningen. I fastlegeordningen velger pa-



Norsk forening for allmenmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

sientene sin lege fritt, pasientene kan kun velge leger som har ledige listeplasser. De kan skifte lege fire ganger per år.

Fastlegeordningen må sies å ha vært en stor suksess. På målinger av befolkningens tilfredshet med offentlige tjenester, kommer fastlegeordningen på 2. plass (etter bibliotekene). Vi opplever at organiseringen gir god forutsigbarhet både for pasienter og leger. Listeansvaret er personlig og kan ikke overdras til organisasjoner, bedrifter eller liknende. Dette stimulerer til langvarige, tette og gode lege-pasientrelasjoner. Norske pasienter har i gjennomsnitt kjent sin fastlege i ca. sju år.

Den norske fastlegeordningen er basert på at fastlegene får et oppdrag og et ansvar av kommunen og at legen driver som selvstendig næringsdrivende med inntekter fra kommune, stat og pasienter. Dette er en organisering som gir den enkelte lege betydelig finansiell og organisatorisk autonomi. Legene er ikke avhengige av lange beslutningslinjer eller offentlige



«Vägen som till himla bär» (fritt etter *Himlaspelet* av Rune Lindström) förenar glesbygd med modern teknologi och kommunikation. Atlanterhavsveien mellom Kristiansund og Molde løper på de ytterste skären. Nærmeste land västerut är Nordamerika. Foto: Ingrid Eckerman

budsjetter for å investere, vi kan selv velge vårt personale og hvor vi vil drive vår praksis. De fleste fastleger har slått seg sammen i legesentre med flere leger, men det er fortsatt noen solopraktikere i norsk allmennmedisin.

Det er få norske allmennleger som ønsker seg tilbake i den kommunale strukturen vi hadde før fastlegeordningen ble innført i 2001.

Allmennmedisin har for tiden god rekruttering og de aller fleste fastlegestillinger er nå besatt, også i distriktene.

Og så til det som ikke fungerer så bra...

Det er flere ting som er mindre bra med den norske allmennlegetjenesten. Noen av utfordringene er knyttet til at dette er en veldig spredt tjeneste med mange små aktører der det er vanskelig å sikre at det ytes god nok kvalitet over hele landet. Vi har ikke lykkes i å etablere strukturer som veileder fastlegene i kvalitetsar-

beid og måler kvaliteten på det arbeidet som gjøres av de 4200 fastlegene. Dette har Norsk forening for allmennmedisin forsøkt å adressere ved å opprette et senter for kvalitet i legekontor – SKIL. Vi besitter ikke de resursene som er nødvendige for å gjøre dette til en nasjonal tjeneste. NFA har av den grunn appellert til myndighetene for å få hjelp til dette viktige arbeidet – så langt uten å lykkes.

Vi har også utfordringer med å håndtere det stadig voksende helprivate og forsikringsfinansierte helsevesenet der pasientene kommer med krav om viderehenvisninger til tidvis meget avanserte undersøkelser som de føler seg berettiget til fordi de har betalt en forsikringspremie. Dette eroderer den faglige styrken og silingsfunksjonen som fastlegene har hatt.

Norsk allmennmedisin står foran spennende tider. Den norske regjeringen har bebudet at det vil komme en stortingsmelding om primærhelsetjenesten denne

våren. Denne meldingen vil være førende for hvordan den norske allmennlegetjenesten skal utvikles de neste årene. Vi har lite kunnskap om hva regjeringen tenker om primærhelsetjenesten fremover og frykter at meldingen vil inneholde budskap om særomsorger, oppsplittet ansvar og en andre grep som kan komme til å svekke denne gode norske ordningen.



Petter Brelin
Nestleder

Norsk forening for allmennmedisin
petter.brelin@gmail.com



Primärvården i Finland idag

Om man vill kortfattat beskriva läget inom primärvården i Finland, vore det att det är turbulent och att ingen med säkerhet kan säga hur det ser ut om två, tre år. Det bästa är att primärvården blir allt mer populär bland unga läkare. Mängden som har bestämt att specialisera sig till allmänläkare ökar år för år. Arbetsförhållandena vid många vårdcentraler har också förbättrats. Primärvårdens betydelse erkänns i tal och skrift, men den märks inte alltid i praktiken.

Vilka är då de största problemen?

För det första: Specialiseringsutbildningens innehåll varierar för mycket. Det finns inte tillräckligt många äldre erfarna läkare som besitter allmänläkarens kärnkunskaper och som skulle kunna förmedla dem till yngre kolleger, antingen som lärare eller helst som mentorer. Inte heller är styrningen av specialiseringen acceptabel. Universitetet och den ansvariga professorn ansvarar för utbildningens kvalitet.

I praktiken sköts utbildningen på över 100 självständiga vårdcentraler (hälso-centraler) och det beror på vårdcentralledningens intresse hur universitetets regler följs. I Finland finns det över 100

självständiga hälsocentraler (jämfört med 21 svenska landsting). Specialistutbildningens kvalitet och följaktligen även allmänläkarnas kunskaper varierar för mycket.



Författarens rökbastu (savusauna) vid Uleåträsk.



ALLMÄNMEICINISKA FÖRENINGEN
I FINLAND
THE FINNISH ASSOCIATION FOR
GENERAL PRACTICE

För det andra: De alltför många självständiga hälsocentralerna gör att arbetsförhållandena varierar. Mängden anställda allmänläkare varierar också. Det finns tillräckligt många vakanser vid varje vårdcentral – kanske förutom i några stora städer – men på grund av avlägset läge eller dålig ledning är läkare motvilliga att arbeta där och följaktligen är många läkartjänster obesatta. Naturligtvis ökar köerna till vårdcentraler med obesatta läkartjänster och vårdkvaliteten blir lidande.

För det tredje: Specialsjukvården och primärvården sköts av olika organisationer. Specialsjukvården produceras av 21 centralsjukhus. De är självständiga organisationer som fakturerar patientens hemkommun för allt som de producerar. Kommunen är tvungen att betala fakturan. Om kommunen saknar pengar kan den skära i primärvårdens kostnader men sällan i specialsjukvårdens kostnader. Det har också lett till att patienter vårdas på specialsjukhus på grund av brister i primärvården, med extra kostnader som följd. Samarbetet mellan primärvården och specialistsjukvården fungerar

ej tillfredsställande. De ovan beskrivna svårigheterna anses vara orsaken till att sjukvården i Finland kostar för mycket och att invånarna får ojämlika hälso- och sjukvårdstjänster.

Jag började artikeln med att skriva om turbulens. Då tänker jag närmast på framtiden. Turbulens skapas av alla de åtgärder och planer som görs för att förbättra läget. Då gäller det främst social- och hälsovårdsreformen (SOTE), som landets politiska ledning gått in för att förverkliga för att skapa en ny servicestruktur för den offentliga social- och hälsovården. Avsikten var att fem nya social- och hälsovårdsområden skulle inleda sin verksamhet i början av 2016 och cirka nitton produktionsområden i början av 2017.

"Allt beror på hur väl eller dåligt olika specialister kan samarbeta, och hur bra vi, allmänläkare, kan lyssna på våra patienter och hur riktigt vi kan förstå deras problem."

Social- och hälsovårdsområdet skulle vara en samkommun dit alla kommuner i området hör. Under varje social- och hälsovårdsområde skulle lyda ett antal produktionsområden, som sköter produktionen av tjänsterna. Social- och hälsovårdspersonalen i de nuvarande kommunerna och samkommunerna skulle övergå administrativt i de kommuners

och samkommuners tjänst som sköter produktionsområdena.

Organisationsmässigt ser reformen rätt så enkel ut, men det största hindret för reformen är den kommunala självbestämmanderätten, som är den mest heliga principen skriven in i den finska grundlagen. Efter flera förhandlingar och behandlingar i riksdagens social- och hälsovårdsutskott och grundlagsutskott satte grundlagsutskottet punkt för reformen under denna riksdagsperiod, då den förklarade regeringens förslag olagligt. En ny riksdag väljs i april. Osäkerheten inom social- och hälsovården fortsätter då det högst troligt tar en lång tid förrän den nya riksdagen kan komma överens och göra hållbara beslut.

Trots allt anser jag att situationen inte är hopplös. Det finns även möjligheter inom nuvarande system att producera bättre tjänster. Allt beror på hur väl eller dåligt olika specialister kan samarbeta, och hur bra vi, allmänläkare, kan lyssna på våra patienter och hur riktigt vi kan förstå deras problem. Dessa kvaliteter kan vi förbättra när vi väntar på de kommande nya systemen.



Pekka Honkanen
Ordförande i Allmänmedicinska
föreningen i Finland
Professor, Uleåborg universitet
Allmänläkare, Kajanalands samkommun
för social- och hälsovård
Pekka.Honkanen@oulu.fi

SFAM informerar

SFAM:s Utbildningsprenumeration



Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

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

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

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

sfam.se



Allmänmedicin på Island

Kjære kollegar og venner
Den Islandske almennelegeforeningen er et lite selskap med kun 240 medlemmer. Det betyr at hvert medlem teller mye og er viktig i foreningsarbeidet. De fleste islandske almenneleger har tatt spesialistutdanning utenlands; i Sverige, Norge, England, Canada og USA og tatt med seg forskjellige trender fra forskjellige land. Det gir oss styrke og visse fordeler men det betyr også at en del av spesiellistene blir boende i de landene de har tatt spesiellistutdanningen.

De siste 10 årene har vi bygd opp et ambisiøst spesialistutdanningsprogram på Island, og for tiden er det 48 unge leger som deltar i programmet. Dette hjelper på rekrutteringen, og det er heldigvis økende interesse for spesielliteten almenneedisin blandt unge leger.

Vi deltar aktivt i internasjonalt arbeid for almenneedisin men ser mest til de Nordiske landene når det gjelder organisering av primærhelsetjenesten her på Island.

Dessvære har primærhelsetjenesten vært underfinansert i mange år og stor misnøye har bygd seg opp de siste tiårene, både blandt legene og blandt folket. Almennelegetjenesten er organisert i en statlig institusjon som driver de fleste legekantorene/helsestasjonene, og myndighetene har hittil nektet å åpne for driftsavtaler for legene, noe som kunne øke interessen for faget og hjelpe på rekrutteringen. I vinter gikk alle legene på Island ut i generalstreik: Dette gjorde legene med tungt sinn og forhandlingene

var vanskelige og streiken drøyet i 6 uker men førte til betydelig lønnskorreksjon og ikke minst til unik solitaritet blandt legene i ulike spesialiteter.

Regjeringen signerte i januar dette år deklarasjonen i forbindelse med ny tariffavtale hvor almennelegetjenesten skulle styrkes og åpnes for driftsavtaler til almennelegene som tidligere kun har vært mulig for andre spesialister. Det er trygt å si at i kampen for ny visjon og utvikling av primærhelsetjenesten er det vunnet en liten seier men det gjenstår å se hvordan dette utvikler seg de kommende månedene.

Som i andre land står primærhelsetjenesten på Island foran store utfordringer. Primærhelsetjenesten forventes å ta på seg fler og fler oppgaver nå når populasjonen blir eldre og multimorbiditet mer almindelig. Myndighetene har dessvære hittil trodd at dette kan lykkes uten at de nødvendige resursene følger med. Helsemyndighetene påstår at løsningen ligger i økt samarbeid. Dette er imidlertid kun en del av løsningen.

Allmennelegetjenesten trenger økte resurser, og ny organisering behøves. Islands befolkning må få stå på liste til almennelege og det medisinske ansvaret for hver innbygger må være klargjort. Med kun 16 % av legene som almennepraktiserende leger er det åpenbart at forandringer er nødvendig, både må det være mer attraktivt for unge leger å velge almenneedisin og almenneedisin må få økt vekt i legestudiet på Island. Det er ikke attraktivt å jobbe sammen i team



"Pigen Isafold taler med raven og har lyst til å flyve sammen med han over Isafold (Island). De har samme sprog og forståelse."

Målning av Guðrún Hreinsdóttir.

hvis det medisinske ansvaret er uklart.

Arbeidet med den tyvende Nordiske kongress for almenne medisn 2017 på Island er allerede i full gang, og vi følger nøye med organiseringen av kongressen i Göteborg og gleder oss til å delta i Göteborg i juni. Det er både hyggelig og givende å organisere kongress av den størrelsen og en gigantisk utfordring for en liten forening som det islandske selskapet. 2017 temaet blir "Fra kjernen, endringer og utfordringer". Vi er overbevist at vi nå må gå tilbake til kjernen av allmenne medisins ideologi for å finne løsningene og nytt landskap for fremtidens utfordringer.

Vi er allerede godt i gang med forberedelsene og gleder oss enormt å ta imot gode kollegaer sommeren 2017.



LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS



"Från kärnan, förändringar och utmaningar."
Temat för den nordiska kongressen 2017 illustreras av det sex månader långa utbrottet från vulkanen Hólhauka 2014 – 2015.
Foto: Þorarinn Ingólfsson



Þorarinn Ingólfsson
Formann for

Det islandske selskap for allmenne medisn
Thorarinn.ingolfsson@heilsugaeslan.is

Annons



Glesbygdsmedisin i Norge:

NSDM – det lille senteret med de store oppgavene

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et kompetansesenter for distriktene. I "glesbygden" vil mange se på kvaliteten i tjenestene med et litt annet blikk enn folk i storbyen. Dette er tjenester vi vil utforske, forklare og forbedre. Fra verdens nordligste universitet i Tromsø ser vi utover både Norge og Sverige. Det er mye fjell, vann, fjord og skog, men overalt hjelper helsepersonell pasienter der de bor.

Et desentralisert lite senter karakteriserer NSDM. Vi må derfor være kreative og søke de ressurser som finnes. To av våre forskere har bakgrunn som leger i distrikt, de to andre i samfunnsforskning, statsvitenskap og helsetjenesteforskning. Til sammen tar vi i bruk metoder som statistikk og dokumentgransking, observasjoner i klinisk praksis, intervjuer og et bredt spekter av kunnskapsformer. "Distrikt" i vår sammenheng inkluderer småbyer da også de har utfordringer med rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Legemangel er nemlig sentralt i vårt felt "Rural Health". Utdanningsløp for lokale studenter og leger utenfor storbyenes universitetscampus og -sykehus er viktigste virkemiddel.

Dugnad i en viss grad er man avhengige av for desentraliserte utdanningsløp. Medisinstudiet i Tromsø har alltid hatt mye praksisundervisning på mindre steder: Studentene på 5. studieår har 8 uker kirurgi, 8 uker indremedisin og 8 uker i allmennpraksis. Fastlegekontorene må gi plass til studenter, men får faglig vitalitet tilbake.

Generalister er det vi og studentene selv ønsker at de skal bli i løpet av grunnstudiet. Først etterpå skal de spesialisere seg, helst desentralisert. Utenfor de store sykehusene får de følge opp pasienter og personlig veiledning over tid. Det gir empatiske, ansvarsbevisste leger med like gode eksamensresultater som de tradisjonelle utdanningsløpene [1].

Tverrfaglig samarbeid er spesielt viktig for *kvalitet* i små helsetjenester. Det er kvaliteten i relasjoner som er avgjørende, ikke *kvantiteten*. Forskjellige typer fagfolk må støtte og lære av hverandre – og av pasientene. I slike systemer kan ingen ha spesialiserte, helt avgrensede roller. I stedet fyller hver person flere funksjoner. Man strekker seg og tetter hullene der man kan. En slik fleksibilitet er nyttig for å kunne improvisere, raskt og smidig. Denne smådriftsfordelen har spesielt gode kår i helseve-



Den svenske lækaren Anders Svensson, Bø i Vesterålen. Foto: Mic Calvert

senet der pasientene er både mål, middel og viktigste evaluator. I dette mobiliseringspotensialet ligger det mye trygghet og reell hjelp. Tap av knappe ressurser på grunn av sentralisering kan imidlertid gjøre at de som blir igjen må strekke seg for langt og gir opp. Noe som skulle gjøre en deltjeneste bedre, kan ende opp med å svekke de andre og dermed helheten.

Robust = stor er allikevel en rådende forståelse i strategier drevet frem av store miljøer med ressurser til å vise at det de



Bø i Vesterålen, norr om Lofoten.

Foto: Mic Calvert

NSDM er aktiv i mange typer nettverk for å dele kunnskap og for å lære.
Følg oss på vår nettside www.nsdm.no, Facebook og på Twitter som [@Distriktsmed](https://twitter.com/Distriktsmed).



Möte i glesbygden.

Foto: Mic Calvert

gjør er best. Deres virksomhet bør sikres og kopieres. Resultatene er gjerne isolerte deler, slike som kan perfektioneres der samme type fagfolk får jobbe fokusert. På steder som må hjelpe alle typer pasienter kan man ikke vise til denne type silobasert outcome. Her ser man andre typer resultater, ofte mer sammenfattede og mindre egnede for kvantifisering. Behandling basert på skreddersøm, ikke standardiserte løp, er typisk for distriktene. I en norsk sammenlikning av pasientopplevd kvalitet på Sjukestugu i Hallingdal og på et middelsstort sykehus (Ringerike), foretrakk pasientene den velutviklede sykestuen. Her fikk de en stille og hjemlig atmosfære, oversiktlig institusjon, tette bånd til lokalsamfunn og kontinuitet i pasient-personell-forholdet [2]. Senere undersøkelser viste at behandlingen var like god begge steder [3].

Kommunale akutte døgnenger (KAD) likner sykestuene og skal innføres i alle kommuner fra 01.01.16 for å tilby sengeplass lokalt som erstatning for enkelte sykehusopphold. Denne omstillingen er ikke lett. Synlige positive konsekvenser er at det opprettes nye legestillinger i kommunene hvor ansvarlige setter seg inn i hvordan deres helsevesen kan møte nye krav [4]. KAD endrer helsetjenestene på uforutsigbart vis.

Kompleksitet er derfor et nyttig begrep. Når noe er *komplisert*, er det vanskelig, men i teorien mulig å løse på en forutsigbar måte. Når noe er *komplekst*, er alt det som påvirker problemet så uoversiktlig og uforutsigbar at man ikke kan lage en plan og trygt følge den. Helsetjenesten er kompleks og består av mange små enheter som henger sammen som nettverk på uoversiktlig vis. Innføring av KAD er en endring som kan



Tvärfackligt samarbete i Bø.

Foto: Mic Calvert

påvirke hele helsevesenet. Kanskje vil de største konsekvensene komme i en deltjeneste langt unna beslutningstagernes forestillingsevne? Dette er noe vi ønsker å se på i et nordisk samarbeid som Glesbygdmedicinskt Centrum i Storuman leder.



Helen Brandstorp

Allmennlege og leder
Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
Tromsø
helen.brandstorp@uit.no

Referanser

1. Greenhill JI, Poncelet AN. Transformative learning through longitudinal integrated clerkships. *Med Educ.* 2013 Apr;47(4):336-9
2. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med.* 2014 Oct;119:27-35
3. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital - health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. *BMC Family Practice* 2014, 15:198 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/198>
4. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS.



Norsk glesbygd.

Foto: Mic Calvert



Glesbygdsmedicin i Finland:

Hur glest skall det vara för att vara glesbygd?

Under de senaste tio åren har man i Finland satsat enorma resurser på att analysera och utveckla strukturerna kring vår social- och hälsovård. Den bärande tanken i det politiska arbetet har varit att förstärka när servicen för befolkningen samt garantera en jämlik tillgång till högkvalitativa medicinska tjänster oberoende av boningsort. Hur väl man har lyckats i denna intention kan man ha olika åsikter om men en djup samhällsdebatt har åtminstone förts. Tidvis har fokus legat mer kring strukturer än innehåll.

Basen i vår servicestruktur bygger på en väl definierad arbetsfördelning mellan stat och kommun. Den nationella integriteten, rättsstatens upprätthållande och den grundläggande infrastrukturen ansvarar de statliga ämbetsverken för. Vardagsservicen och den individcenterade vården och omsorgen är det kommunens ansvar att erbjuda. För detta ändamål har stat och kommun skatterätt. Via statsandelssystem och komplexa skatteutjämningsystem skall kommunen erhålla nödvändiga resurser. I praktiken kan en tillräcklig servicenivå upprätthållas endast i eller i absolut närhet till större tillväxtcentra. Mer perifert belägna orter med lägre befolkningstäthet, ökad andel äldre och brist på både arbetskraft och arbetstillfällen har betydligt svårare att finansiera motsvarande servicenivå. Som en följd ser vi nu en strävan till centralisering inom vården. Den äldre befolkningen minns ännu konflikterna vid kommun-sammanslagningarna på 1970-talet och en spontan beredskap att acceptera centralisering saknas.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (K5) grundades i enlighet med ramlagen för den kommunala servicestrukturen. I samkommunen ingår fem mindre städer och kommuner, Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad, med ett totalt befolkningsunderlag om ca 25 500 personer. Dessa kommuner befinner sig alla

geografiskt söder om regionens huvudort Vasa och avståndet från Vasa till kommunernas egna centrum varierar från 25 till 100 km. Befolkningen är tvåspråkig. Beroende på kommun varierar den finskspråkiga befolkningens andel från 3 till 65 % av invånarna. Ytterligare finns ett 30-tal andra nationaliteter representerade eftersom området har en stor arbetskraftsinvandring. I kommunerna finns en stark primärproduktion och växthusodlingen, pälsdjursnäringen och potatisförädlingen behöver arbetskraft. De största arbetsgivarna i området är kommunerna själva och den enskilt viktigaste sektorn är vården och omsorgen.

"Förutom svag ekonomi, många äldre och brist på service märker vi också ett stort problem med att rekrytera kompetent personal."

Ser man till K5-området så uppfattar man det inte som en glesbygd på samma sätt som regionerna i nordöstra Finland. Befolkningstätheten är större och de geografiska avstånden är kortare än vad man normalt förknippar med glesbygd. Ändå ser man i speciellt den södra delen av K5-området de utmaningar som förknippas med avfolkningsorter. Förutom svag ekonomi, många äldre och brist på service märker vi också ett stort problem med att rekrytera kompetent personal. De långa avstånden till medicinska fakulteter inverkar direkt på rekryteringen av läkare. Regionens attraktion sjunker också eftersom den akademiska traditionen är begränsad och möjligheten till sysselsättning för läkarens eventuella partner är liten.

En faktor som direkt påverkar rekry-

teringen är områdets tvåspråkighet. I festtalen kan man med fördel räkna upp tvåspråkigheten som den rikedom den är men i praktiken ser vi att en inte försumbar del av Finlands arbetskraft hellre söker utkomst på enspråkiga orter framom tvåspråkiga. Detta gäller i synnerhet serviceyrken där man bör kunna betjäna på två språk. Arbetstagarens språkliga färdigheter brukar sällan belönas med annat än symboliska gester.

För att kunna erbjuda befolkningen den service de har rätt till krävs förmåga att utveckla alternativa serviceformer. Många av dessa alternativa sätt att arbeta har begränsningar som inte finns i det traditionella arbetssättet. Trots detta måste de tas i bruk eftersom alternativet ingalunda är ett traditionellt servicekoncept utan en total avsaknad av regional service.

Distansmedicinskt koncept

Inom K5-området har den fördjupade bristen på läkare bidragit till utvecklandet av ett distansmedicinskt koncept inom äldreomsorgen. Tidigare hade serviceboendena egna ansvarsläkare som regelbundet rondade klienterna. Däremellan var ansvarsläkaren telefonledes anträffbar och eftersom han kände sina patienter väl kunde en hel del av problemen skötas via telefonkontakter. Under årens lopp försämrades dock tillgången till läkare samtidigt som befolkningens förväntningar ökade vilket ledde till att systemet med ansvarsläkare inte längre kunde prioriteras lika högt. För servicehemmens klienter innebar detta en fördröjning i handläggningen av speciellt subakuta besvär. Fördröjningen ledde även till att ett lindrigt symptom hann utvecklas till mer allvarligt besvär innan man slutligen var tvungen att föra patienten till en jourpoliklinik för bedömning.

Efter denna transport, som i sig innebar en risk för en skör åldring, handlades ärendet av en läkare utan kännedom om patientens bakgrund. I detta möte mellan läkare och patient fanns alltid en risk för



Glesbygden – små avbrott av bebodda områden.

Foto: Suomen Ilmakuva Oy

att den medicinska bedömningen inte stod i harmoni med den verklighet som patienten levde i. Vi ser övertramp i båda riktningarna. Vissa patienter slussas in i en vårdprocess som är alldeles överdimensionerad med beaktande av patientens individuella resurser samtidigt som vissa äldre erhåller en klart underdimensionerad och försenad vård eftersom man i det akuta skedet missleds att tro att egna resurser saknas. Båda ytterligheterna medför onödigt lidande på det individuella planet och bortslösade resurser på samhällsnivå.

"Arbetstagarens språkliga färdigheter brukar sällan belönas med annat än symboliska gester."

För att effektivisera denna process ingick K5-området ett samarbetsavtal med en privat aktör, Doctagon Ab, som verkar i huvudstadsregionen. Doctagons grundkoncept handlade om hembesök av läkare. Snart utvidgades tjänsterna även till servicehem i Helsingfors-området och via vårt pilotprojekt testades även konceptet som en distansmedicinsk tjänst.

Varje servicehem som ingår i studien erhåller en egen ansvarsläkare som för tillfället är specialist i geriatri. Ansvarsläkaren gör initialt en kartlägningsrond där varje klient undersöks, bakgrunden kartläggs och i samförstånd med klient och anhöriga görs en vårdplan upp. Denna vårdplan innehåller uppgifter om aktuell vård men också ett vårdtestamente för framtida behov när klientens hälsa försämras. Efter denna grundkartläggning rondas alla klienter bed-side fyra gånger per år. Ytterligare ordnas varje vecka en telefonrond där ansvarsläkaren tillsammans med enhetens ansvariga skötare går igenom varje enskild klient och eventuella bekymmer penetreras. Ifall akuta situationer uppstår kan man tjänstetid få kontakt med ansvarsläkaren via telefon eller textmeddelande och ifall ansvarsläkaren inte svarar direkt kan man ringa Doctagons jourhavande läkare som är tillgänglig dygnet runt. Dejourerande läkare har alltid tillgång till samtliga patienters journaler och handläggandet av den akuta situationen görs alltid individuellt och med beaktande av helhetssituationen.

Cirka 80–90 % av kontakterna kan skötas per telefon och resterande fall sköts med förflyttning till närmaste dejourerande enhet för direkt bedömning. Följande steg blir att utveckla det telemedicinska stödet för att ytterligare underlätta för distansläkaren att göra sina bedömningar

Via detta distansmedicinska koncept har vi lyckats visa att det är möjligt att komplettera befintliga läkarresurser i glesbygd med distansmedicinska tjänster från större tillväxtcentra. Vårdens kvalitativa innehåll säkras via ansvarsläkarens kompetens som geriater. För patient och anhöriga tillkommer ett mervärde när man i vårdplanen även vågar beröra frågor om hur den framtida vården skall struktureras. Via dylika försök utvecklas servicestrukturer som möjliggör för befolkningen att bo kvar i den salutogena miljö de valt och uppskattar.

Lite likt Povel Ramels "De sista entusiasterna" fortsätter vi utmana hotbilderna och sticker upp med ett rufsigt hopp – det är möjligt att erbjuda basservice också utanför storstäderna.



Peter Riddar
Ledande läkare
Kust-Österbottens samkommun
för social- och primärvård (K5)
peter.riddar@kfem.fi



Glesbygdsmedicin i Sverige:

Glesbygdsmedicin – en utmaning för jämlik vård!

Glesbygdsläkaren arbetar i första linjens sjukvård i team nära befolkningen, vilket skiljer arbetet från primärvård i tätort. Svensk förening för glesbygdsmedicin har drivit glesbygdsfrågor i 15 år. Utvecklingen går nu snabbt med även akut kunskapsöverföring på distans. Trots detta saknas forskning vid universiteten. På föreningens initiativ har ett glesbygdscentrum byggts upp i Storuman och internationellt samarbete inletts.

Är det något speciellt med glesbygden ur sjukvårds och hälsosynpunkt? Det vet jag att många funderar på när ämnet "Glesbygdsmedicin" kommer upp till diskussion. Själv arbetar jag på vårdcentralen i Öregrund, en liten ort med 1700 innevånare och 95 km till närmaste sjukhus. I norr är det som längst 240 km till närmaste sjukhus. 95 % av alla i byn är listade hos oss. Med dem från skärgården och landsbygden blir det 3 400 listade.

Hur sunt lever man sina liv här på landsbygden? Jag arbetar även i Stockholm, med stillastående Essingeled, pendeltåg med ståplats där alla stirrar på sina mobiltelefoner, 200 vårdcentraler och flera stora sjukhus. Hur sunt lever man sina liv i Stockholm? Eller i Los Angeles med 8-filiga motorvägar i två plan och sirener som aldrig tystnar...

Visst skiljer sig livet i storstaden från livet på landet. Stockholm växer med 35 000 invånare om året, oftast i arbetsför ålder, medan glesbygdens befolkning blir allt äldre. Landsorten har svårt att konkurrera om den högskoleutbildade arbetskraften inom nästan alla yrkesområden.

Dikten "Längtan till landet" (Vintern

rasat) skrevs av Herman Sätherberg och musiksattes av Otto Lindblad 1839 när industrialiseringen drog igång. Fortfarande verkar de flesta längta till staden. Samtidigt vill de flesta ha en levande landsbygd och levnadsförhållanden som ger förutsättningar bland annat för en jämlik hälsa och en jämlik vård.

Vad är glesbygd?

Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser och Tillväxtverket definierar glesbygd som ett område med ≥ 45 minuters körning till en ort med minst 3000 invånare. Då omfattas större delen av Norrland, mindre delar av Småland, Öland och Gotland, västra Svealand samt delar av Roslagen och Bergslagen.

Svensk Förening för Glesbygdsmedicin brukar definiera glesbygd som områden där primärvården har första linjens ansvar för all sjukvård utom helikopterburen. Vi använder transporttid till närmaste sjukhus som en mått på när sjukstugan eller hälsocentralen har ett helhetsansvar utöver vad som vanligen räknas till primärvård.

Vad är problemen? Jo, att förutsättningarna för att må bra är olika, att förutsättningarna att få vård när man inte mår bra är olika och att förutsättningarna för att få tag i kvalificerad vårdpersonal är olika. Man ska som sjukvårdpersonal må bra själv och vilja bo kvar som en synlig del i ett samhälle där man inte kan vara anonym. Därav föreningens devis: "Ett sätt att jobba, ett sätt att vara, ett sätt att leva!"

Glesbygdslegender

Landet har lockat läkare i alla tider, fast

förr liksom nu alldeles för få. Mest känd är kanske Einar Wallquist, ofta kallad "Lappmarksdoktor". Han föddes 1896 i Dalsland och tillträdde tjänsten som provinsialläkare i Arjeplog 26 år gammal, blev förtjust i landskapet och människorna och blev kvar tills han dog 1985. Minnet av Einar Wallquist lever kvar då han blev känd som författare, museiman och konstnär. Debutboken heter "Kan doktorn komma?" från 1935, filmatiserad 1942 och njutbar än i dag. Den följdes av en lång rad böcker som skildrar livet och människorna i fjäll och lappmarker under 1900-talets första hälft.

**"Glesbygdsmedicin:
Ett sätt att jobba, ett
sätt att vara, ett sätt
att leva!"**

Det finns även levande legender. Gunnar Hjernerstam kom till Storuman eller, som det hette på den tiden, Stensele sjukstuga för 50 år sedan. Han jobbar ännu ett par förmiddagar per vecka, 84 år gammal – eller 48 som han själv föredrar att säga. För Gunnar är arbetet som doktor något man lever med, och han är minst lika hemma i fikarummet på sjukstugan som i köket hos fru Britta.

Gunnar kan berätta mycket om både utveckling och avveckling av sjukvården. Det är inte många som minns hur det var innan diuretika kom. Arbetstiderna var inte nådeliga för 50 år sedan, man kunde räkna med att alltid vara bunden. Gunnar har berättat om hur de hade ett system hemma så att han åtminstone fick lämna bostadshuset av och till: barn och fru hängde ut en handduk genom fönstret när doktorn skulle upp till akutfall på sjukstugan. Detta bekymmer löste mobiltelefonen så småningom. Det är



lite svårt med en hängande handduk när jourområdet är lika stort som Danmark.

Glesbygdsvården

Första nationella konferensen i glesbygdsvård hölls 2001 i Åsele. Året efter bildades Svensk Förening för Glesbygdsvård, för 2005 bli en associerad förening i Svenska Läkarsällskapet. I år genomfördes den 15:e nationella konferensen i glesbygdsvård, denna gång i Pajala.

Internationellt har ämnet glesbygdsvård, Rural Medicine, funnits länge, bl.a. i Norge, Italien, Polen, Grekland, Storbritannien, Kanada, USA och Australien. Sedan 1992 finns speciella Rural WONCA-konferenser, både per världsdel och "world wide". I Europa finns European Society for Rural and Isolated Practitioners (EURIPA) sedan 1995. Sverige är där representerat genom Svensk Förening för Glesbygdsvård.

Hela "glesbygdsvården" anses ha startat genom en skrift av dr. Max Kamien "Report of the Ministerial Inquiry into the Recruitment and Retention of Country Doctors in Western Australia" år 1987. Det finns kända äldre problematisering av ämnet som t ex "the Dewar report" från Scotland 1912 [1].

Vår förening har under 15 år tagit fram en definition av glesbygdsvård och vad som krävs för att kunna tjäna landsbygdens folk på alla nivåer. Vi har deltagit i och påverkat studentutbildning, AT/ST-läkarutbildning, fortbildning för allmänläkare i glesbygd, kompetensförsörjning, lobbyverksamhet på hög politiker och administrativ nivå samt forskning. Vi har haft återkommande populära seminarier på AT-stämman i Stockholm. Våra årliga konferenser har varit en viktig metod att utveckla och påverka vården i glesbygd.

Utbildning i glesbygdsvård

I Sverige finns ingen strukturerad läkarutbildning med inriktning på glesbygdsvård, eller någon särskild intagningskvot för studenter som kommer från glesbygden. Det finns såväl praktiska som legala aspekter, men det är evidensbelagt att den "tyngsta meriten" för att få sjukvårdspersonal att vilja arbeta i glesbygden är att man kommer därifrån. I Australien och Kanada finns specialdesignad läkarutbildning för blivande allmänläkare och för läkare i "breda basspecialiteter". I Kanada har man på Ontario School of Med-

Svensk förening för glesbygdsvård

Föreningen arbetar för att öka kunskapen om glesbygdsvård, skapa nationellt och internationellt samarbete kring forskning och utvecklingsprojekt och främja en god grund- och vidareutbildning för läkare och annan personal verksamma i glesbygd.
<http://glesbygdsvard.info>

icine ett år med placering på glesbygdsvårdcentral där "läroplanen kommer in genom dörren" – på ett år hinner man se allt [2]. I Sverige har vi förhoppningsvis inom några år fler kandidater ute i glesbygdsvårderna eftersom kandidaterna får bäst utbildning där.

Sedan föreningens början har vi drivit behovet av en specialdesignad ST-utbildning i glesbygdsvård. År 2008 fick föreningen formellt uppdraget av företrädare för de fyra nordligaste norrlandstinget och vi utformade ett förslag till glesbygdsvårdskomplettering av ST i allmänmedicin. Förslaget finns på föreningens hemsida och tillämpas utifrån lokala förutsättningar. Vid årsmötet i Vilhelmina 2013 kunde vi gratulera vår första ST-läkare som blivit färdig. Sammanlagt ledde lanseringen i flera landsting till 15–20 ST med glesbygdsvårdskomplettering tilläggs i sina ST-kontrakt. Förslaget reviderades 2014 och vid varje årskonferens sker en uppföljning av läget. Studierektorerna i Norrlands glesbygd har regelbundna videomöten dessemellan.

Under några år från 2005 drev Ljusdal Hälsocentral en akutsjukvårdsutbildning. Detta nappade föreningen på och det skapades en akutmedicinsk kurs i Hemavan. "Akutsjukvård i glesbygd" har blivit en mycket eftertraktad SK-kurs. På Glesbygdsvårdskompletteringscentrum i Storuman (GMC) har man en kurs i "akutrumutbildning" där lärarteamet åker runt och ger kursen i hemmiljö – dvs. på det egna akutrummet. Vidare anordnar GMC en kurs i ultraljud för primärvård i glesbygd efter ett skotskt koncept. Norrbotten och delvis Gävleborg satsar nu på att utrusta vårdcentralerna med ultraljudsutrustning.

Forskning trots allt

Någon institution eller ens professur i glesbygdsvård finns inte, men visst har banbrytande forskning skett. Rag-

nar Asplund i Strömsund tänkte till om varför åldringar i hela världen kissar på sig onödigt mycket och skrev en avhandling om antidiuretiskt hormon. Christer Andersson i Arvidsjaur forskade sig in i världseliten i porfyrforskningen.

Universiteten i Sverige har inte förstått att glesbygden behöver beforskas. Peter Berggren i Storuman har med egen obändig vilja och styrka fått med sig politiker och tjänstemän i Västerbotten så att Glesbygdsvårdskompletteringscentrum, GMC, kunde byggas. GMC har akademiska kontakter med Umeå universitet, Kungliga tekniska högskolan, Mittuniversitetet, Luleå tekniska universitet och Skövde högskola. GMC har även kontakt med universitet utomlands som Northern Ontario School of medicine i Kanada, Charles Darwin University i Australien och Universitetet i Tromsø i Norge. GMC har utvecklingsprojekt från lokala till världsomspännande som "Recruit and Retain", ett EU finansierat projekt inom Norra periferin med 8 deltagande länder, bland annat Kanada, Scotland, Grönland och Island.

Som professor känner sig undertecknad närmast provocerad av att inget universitet ordnat med bättre akademiska karriärvägar före och efter disputation för forskare i glesbygden.

Glesbygdsvårdsläkaren – generalisten

I glesbygden tjänstgör huvudsakligen allmänläkare. En bred kunskap om glesbygdens sjukdoms- och skadepanorama krävs. I tätorten finns ett nära utbud av olika vårdnivåer och privata specialister.

Vi som jobbar i glesbygden känner oss som "originalet", som generalisten, den personliga läkaren som känner sina patienter och som arbetar i första linjens sjukvård i team nära befolkningen.

Det är närmast otroligt, ur folkhälso-synpunkt, att rätt vårdnivå för generalister inte är beforskat. En sådan forsk-

ning måste komma igång i större skala samt fortgå och stödjas av de medicinska fakulteterna.

Utvecklingen med kunskapsöverföring på distans även urakut ändrar landskapet kontinuerligt och kommer så att göra. Men åt vilket håll? Sjukstugemodellen naggas i kanten av beslut som fattas ”vid kusten” långt från den multisjuka gamlingen i behov av trygg och specialistöver-skridande vård i hemmets närhet.

Utfallet i form av kvalitet på vården och självupplevd hälsa under och efter vården borde studeras och sedan stå som modell. Det skulle inte förvåna mig om begreppet ”Rural medicine goes to town” kan bli ett framgångskoncept för folkhäl-san i hela landet

Som ni ser så lever, utvecklas och ut-manar glesbygdsmedicinen. Välkommen i föreningen!



Lars Agreus
Ordförande, Svensk förening
för glesbygdsmedicin
Distriktsläkare, Öregrund
Professor i allmänmedicin,
Karolinska Institutet
lars.agreus@ki.se

Referenser

1. The Report of the Highlands and Islands Medical Service Committee. https://en.wikipedia.org/wiki/Dewar_Report
2. Agréus L, Strasser R. Läkarutbildning i glesbygd – ett radikalt koncept från Kanada. *Läkartidningen*. 2014;111:91-2.



Glesbygdsmedicin förr i tiden:

Hälsa och läkekonst i glesbygd

Taxin stod på gårdsplan kl. 0700 som vanligt var fjärde tisdagen i månaden. Det var i den ljusnande maj och det hade varit varmt i två veckor. Läkaren hade svält sitt kaffe och pussade sin familj. Det var den äldre chauffören som körde den här gången och efter hälsningssignaler, när bilen körde ut från gårdsplan, pratade de om vägen, den genare eller den säkrare. Vägen över skogshöjden är sönderkörd av timmerbilar nu när tjälén har släppt, sa föraren som valde den säkrare vägen, som också var dålig även om den delvis var asfalterad. De samtalade om det som hade hänt i kommunen, de hade ju två timmar framför sig. Taxi är en bra källa för att belysa fonden på vardagslivet och de, som professionella, kunde skilja skvaler från information.

Distriktsköterskan styrde dessa dagar för patienternas skull och för sin egen professionella skull. Hon hade arbetat i distriktet från femtiotalet. Från början var mottagningen inhyst i tuberkulohärbärgat vid stranden av sjön. Sedan blev det ett ålderdomshem när tuberkulosen backade i början av sextiotalet. Hon hade levt huvudparten av sitt arbetsliv som distriktsköterska och distriktsbarnmorska i byn och nu var hon snart pensionsmässig. När hennes patienter och grannar frågade henne vart hon skulle flytta då blev hon lite ledsen. Men hon var kärigen mot

strömmen som hade mött gubben mot strömmen och där hos honom skulle hon bo.

Först var det några semiakuta timmar på den minimala mottagningen i Storsjö Kapell. Några infektioner, en diabetes som behövde styras upp, en mage och en äldre patient som var orolig över sin hälsa. Distriktsköterskan och doktorn hade samma attityd till att några av patienterna behövde mötet. Det kompletterade brev eller telefonsamtal.

Därefter for de till småskolan i Storsjö. Där var de skolsyster och skolläkare och de gick igenom alla barnens hälsotillstånd och hade tid att tala med personalen om deras situation, deras glädje och bekymmer. De här besöken gjorde de två gånger under läsåret och det slutade alltid med en god lunch. Sedan åkte till Ljungdalen för att där träffa de äldre barnen på mellanstadiet. Det var alltid samma fest att möta skolbarn i alla åldrar. Det var medicin, undersökningar och samtal om lärande. Mellanstadieläraren sa att efter undersökningarna måste läkaren prata med eleverna om ”Hut, hyfs och hygien”. Det gjorde han gärna på Sokrates sätt med frågor som väckte barnens frågor och nyfikenhet. Dialog trivdes han med och det var ett ömsesidigt lärande. Efter att ha smakat elevernas hembakta bullar vid kaffet var det dags att göra några avslutande hembesök. Distriktsläkarens

SFAM informerar

Är kvalitetsindikatorer din hemliga passion?

Arbetsgruppen för primärvårdsregistret behöver förstärkning.
Hör av dig till Malin André
malin.andre@lul.se.



Renar.

Foto: Magdana Simonia.

fjällmottagningar betydde alltid att han skulle komma hem tidigast klockan tio på kvällen.

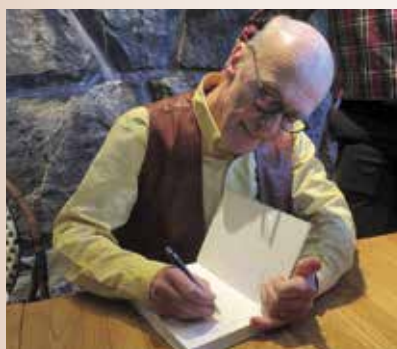
Den här dagen skulle de träffa en man på nittio år i Nyvallen. Han hade inte varit hemifrån i hela sitt liv och nu sköttes han av sin son i en låg timmerstuga med gräs på taket. De knackade på dörren. Sonen, timmerhuggaren, öppnade och släppte in dem i stugans dunkla ljus. Det var ett kombinerat besök. Dels skulle de kontrollera den gamles hälsa samt sociala välbefinnande i boendet. När det var gjort skulle de sedan gå till Helags för att kontrollera hygien på fjällstugorna och undersöka föreståndarparet.

Distriktet var nästan stort som Blekinge och det lockade läkaren att flytta dit på sjuttioalet. Han ville lära sig glesbygden och han var inte ute försent. Han trivdes med den gamla kulturen och han lärde sig mycket för framtiden av dem som levde då, om deras syn på livet, hälsan, självtilliten och döden. Han bodde och verkade i en av de större byarna vid älvarna där det fanns levande jordbruk och skogsskötsel och inte bara ödegårdar.

Björkarna hade just slagit ut, snöfläckarna krympte snabbt på fjällsidorna och rinnande vatten fanns det överallt. Da-



Kaj och Ingmarie Norrby. Foto: Ingrid Eckerman



Boksignering av ordlös. Foto: Ingrid Eckerman

Kaj Norrby

Född: 1 Stockholm 1942.

Familj: Hustrun Ingmarie och fem barn.

Bor: Flyttade till Södermalm, Stockholm efter pensioneringen. Sommarställe på Blidö.

Karriär: Distriktsläkare i Jämtland under 27 år, på slutet samhälls- och landstingsöverläkare. Radiodoktor i Jämtlands radio P4 i tretton år. Har lett kurser i personlig utveckling, ledarskap och stressåterhämtning. Efter pensioneringen arbetat på Karolinska sjukhusets stressmottagning.

Hälsa: År 2010 fick han en stroke och förlorade språket.

(Mer om det i AllmänMedicin 3-2015.)

Aktuellt: Har nyligen utgett två böcker: den självbiografiska *Gigan – en läkares väg till sig själv* (eget förlag) och *Optimerat ledarskap för vårdpersonal* (medförfattare Olle Hallgren, Studentlitteratur).

garna var långa och nu var det var tretton kilometer att gå till Helags. Toppen var på 1769 meter över havet och fjället bjöd på den sydligaste glaciären i Sverige. Läkaren och sköterskan gick genom Kesudalen, en fantastiskt vacker dal och ett paradiset med vårens blommor i fjällen. När de efter dalen följde bäcken till kalfjället fann de imponerande Kung Karls spiror, smörbollor och där emellan blommande hjortron och på kalhedarna fram till Helags blommande ripbär och stormsippa. Det var varmt och solljuset dränkte hela fjällvärlden.

Det stora fjället hovrade sig över dem när nått Helags. I den gamla stugan Öst-an fann de det gamla föreståndarparet. Med samtal, kliniska undersökningar och laborierstickor undersökte de dem och med praktiska anvisningar lättade de deras oro och besvarade frågor. Det här mötet var det enklaste sättet för alla fyra inblandade om man skulle ta vara på tiden och ta hänsyn till övergripande

de kvaliteten. Det var början av sommaren men ännu hade inte turisterna kommit. Föreståndarparet hade mycket att göra för att sköta, vädra, måla och städa stugorna. Läkaren hade även fått i uppgift att titta på hygien och avloppet.

Det sista de gjorde för att förbättra hälsan var att dricka kaffe och äta hembakta grahamsbullar med smör och ost på. De pratade om allt som hade hänt under året. För föreståndarparet var det roligaste de sista vintergästerna, ett sällskap från Östersund som alltid kom vid första maj. Det var läkare, sköterskor och lärare som kallades sig för Fetmans Fiender. Där var en glad läkare som sjöng "Kristallen den fina" så fint med vacker bakgrundskör att frun grät. Det var en dag ägnad åt hälsa och läkedom i glesbygd för alla inblandade.

Kaj Norrby
Pensionerad allmänläkare
Stockholm
kaj.norrby@telia.com

Annons

Hvad vil det egentlig sige at være praktiserende læge i Norden?

Denne artikel går bag om arbejdet i forskningsprojektet "Being a GP in the Nordic Countries". Hvor kom ideen fra til projektet? Hvad indebar projektet? Hvad har det givet os som almenmedicinske forskere, og hvordan bidrager resultaterne til debatten om almen praksis i dag?

Gennem årtier er der indsamlet tusindvis af data om henvekslingsmønstre, diagnosekoder og ydelsesmønstre i almen praksis. Disse data har givet et detaljeret billede af patienternes sygdoms- og sundhedsprofiler, hvilke behandlings- og forebyggelsesinitiativer almen praksis varetager, og den rolle almen praksis har i forhold til det øvrige sundhedsvæsen og det enkelte patientforløb. Vi har set videreuddannelsen til almen praksis blive systematiseret, reguleret, ensrettet, så alle læger, der specialiserer sig til almen praksis er sikret brede og relevante uddannelsesforløb. Forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter har givet nationale og internationale beskrivelser af Nordisk almen praksis som vigtig struktur og organisation i sundhedsvæsenet.

Der har været meget mindre fokus på den praktiserende læge selv

Hvad vil det egentlig sige, som menneske, at arbejde professionelt som praktiserende læge?

I konsultationen ved vi, at det vigtigste ofte er det, der ikke bliver sagt. Det, der bliver vist. Det vi kan se, mærke, fornemme, når vi møder patienten. På samme måde er professionelle praktiserende læger mennesker, der tænker, arbejder, kommunikerer med andet end ord.

Men når vi læste almenmedicinske artikler, og lyttede til akademiske præsentationer af almenmedicinsk forskning slog det os, at indholdet næsten udelukkende var ord. Ord om tal, ord om målelige enheder, ord om "facts".

Alt andet var barberet fra i objektivitetens eller "forskningens" navn.

Vores forskningsspørgsmål blev, hvad praktiserende læger ville sige, hvis de fik lov til at bruge hele det menneskelige spektrum af udtryksformer

Vi valgte at anvende kunstbaseret forskning (arts-based research), som er en

gren af den kvalitative forskning. I andre discipliner anvendes kunstbaseret forskning specielt i projekter, hvor fokus er på betydninger af emotionelle og æstetiske perspektiver på hverdagen og relationer mellem mennesker: Sympati, empati, kritisk opmærksomhed, identitetsarbejde og dialog. Oversat til vores projekt ønskede vi med vores arbejde at bidrage til beskrivelserne af den praktiserende læges professionelle identitet, og til debatten om denne identitet både indenfor og udenfor professionen.

I 2009 inviterede vi derfor praktiserende læger fra alle de Nordiske lande til at indsende kreative eller kunstneriske beskrivelser af, hvad det vil sige at være praktiserende læge. 25 praktiserende læger indsendte fotos, film, installationer, akvareller, tegninger, digte, og ord-skulpturer m.m. I alt 107 deltagere arbejdede med os i Nordiske almenmedicinske kongres workshops. Bidragene blev udstillet på kongresserne i 2009 og 2011, og de bidragende læger blev interviewet enten i deres praksis efterfølgende, eller under kongressen



"Teaching lakekonst" med brug af kunst, farver, former, symboler og redskaber til udforskning af emotionel intelligens. Från workshop på kongressen i Västerås 2014. Foto: Ingrid Eckerman

During call time

He twists his hands during the entire consultation, run with a telephone interpreter.

His gaze never crosses mine.

From a culture where deviant sexuality is both unthinkable, illegal and filled with fathomless shame, he asks for medicine that can cure his homosexual obsessive thoughts.

I try to communicate Nordic values and perceptions, contact the support centre and try to keep calm, but inside my heart is bleeding.

I want to say that everything will be ok, but I have no guaranties for that at all.

Nordisk praktiserende læge, udstillet 2011

"I don't know where I could have told this elsewhere. Perhaps in my memoirs when I am 70, but nowhere else. If you talk with students, [you have to be honest, and] they want to know how to react and what to do..."

Islandsk praktiserende læge, interview 2011

på en workshop, hvor deres bidrag var udstillet. I 2013 publicerede vi bogen "Being a GP in the Nordic Countries" og præsenterede resultaterne af projektet på den Nordiske almenmedicinske kongres i Tampere.

Resultatet af arbejdet var overraskende

De praktiserende lægers kunst og kreative narrativer om arbejdet i almen praksis gav os ikke blot en anden beskrivelse af allerede kendte forhold.

Resultatet gav en næsten eentydig Nordisk almenmedicinsk stemme. En stemme, der kunne beskrive følelsen af professionel dissonans i arbejdet i almen praksis, når sundhedspolitiske dagsordener og betragtninger ikke er forenelige. En stemme, der dirrer af vrede, når de almenmedicinske værdier bliver tilsidesat til fordel for systemer som bygger på rationelle hensyn. En sorgfuld stemme, der ser den almenmedicinske vidensproduktion reducere det unikke menneske til u-menneskelige gennemsnit. Men også en socialt og menneskelig bevidst stemme, der drager omsorg for patienten som sin egen næste.

Vores udfordring var at formidle denne kloge stemme med samme rigdom af emotionelle og æstetiske udtryk, som deltagerne havde givet os i projektet. Vi valgte derfor at udgive en bog, der hovedsageligt formidler analysen gennem de



Bilder ur "Being a GP in the Nordic countries"

Foto: Publicerede med utgivarens tillstånd.

mange kreative og kunstneriske narrativer som deltagerne sendte ind til projektet.

Modtagelsen af bogen har været en vigtig erfaring i sig selv


Vi har fået stor anerkendelse specielt fra de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen, og fra forskere og praktikere fra andre professioner.

Projekt deltagerne så sig repræsenteret på

en måde, de ikke har oplevet før. Antropologer ser hverdagslivsbeskrivelsen for en praktiserende læge. Kunstnere og kunstteoretikere ser det emotionelle og æstetiske udtryk for kernen i en profession, og forskere, der arbejder med kunstbaseret forskning hører formidlingen af praktikerens stemme i et interdisciplinært perspektiv.





Indenfor den almenmedicinske kreds har modtagelsen imidlertid været mere broget: Nogle praktiserende læger har indkøbt et lille lager af bogen og anvender den som gave til deres uddannelseslæger eller andre, som de gerne vil give et indblik i almen praksis. Sverige synes generelt at være et Nordisk centrum for interesse i de humanistiske perspektiver af almen praksis, og i 2014 blev kunsten, også fra vores projekt, et af de centrale temaer på SFAMs årlige kongres.

Enkelte af de Nordiske almenmedicinske tidsskrifter skrev også en anmeldelse af bogen, men fordi den ikke er et udtryk for og af traditionel forskning, "passer" den ikke ind i de stadig overvejende traditionelle almenmedicinske forskningsstrukturer. Et eksempel var, at den ikke kunne blive optaget på listen over almenmedicinske publikationer fra et af vores videnskabelige almenmedicinske selskaber, fordi den ikke var på artikelform. Så vidt vi ved, har projektet og bogen heller ikke haft nogen som helst indflydelse på debatten omkring kernefunktionen i al-



Being a GP in the Nordic countries

Red. C Tulinius, A Hibble, P Stensland, CE Rudebeck.
Charlotte Thulinius, 2013. Inbunden, 183 sidor.
ISBN 978-87-996420-0-7
Kan beställas från: www.blurb.co.uk/b/4480717-being-a-gp-in-the-nordic-countries.

men praksis, der har forløbet indenfor det samme tidsrum f.eks. i Danmark.

Vi startede dette projekt, fordi vi syntes der manglede et aspekt i den almenmedicinske forskning

Der manglede forskning, der kan beskrive de emotionelle, sociale og æstetiske sider af almenmedicinsk professionalisme. Med dette projekt gik vi således udenfor traditionerne for almenmedicinsk forskning, og arbejde udenfor normerne er per definition ikke ”indenfor”. Forandring tager tid.

For os som almenmedicinske forskere var det en utrolig vigtig oplevelse at møde de mange kolleger, som havde tænkt og arbejdet kreativt med deres overvejelser omkring deres eget professionelle liv. De delte modigt med os deres nogle gange svære erfaringer med at arbejde med det, der ikke kan sættes standarder for. Det, der giver usikkerheden, men også udviklingen af faglig professionalisme.

Charlotte Tulinus

Postgraduat Klinisk Lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet, Danmark; Visiting Professor for Research and Faculty Development, The Presbyterian University of East Africa, Kikuyu, Kenya; Senior Member, St Edmund's college, Cambridge, England
tulinus@sund.ku.dk

Arthur Hibble

Professor
Postgraduate Medical Institute, Anglia Ruskin University, Cambridge, England

Per Stensland

Professor, Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Norge; Fylkeslege, Sogn og Fjordane, Norge

Carl-Edvard Rudebeck

Professor
Esplanadens vårdcentral, Kalmar; FoU-kommittén, Kalmar läns landsting; Institutt for samfunnsmedisin, Norges arktiske universitet, Tromsø, Norge

AllmänMedicin informerar

Hur är utsikten genom ditt fönster?

Fler bidrag behövs!
Skicka en högupplöst bild med några förklarande rader till chefredaktor@sfam.se.



Ska SFAM gratulera?

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

Annons



Konstnär och läkare

Jeg er født 1961 og oppvost i Gardabær og har hele livet hatt behov for å skape og lage ting med material fra naturen, i leir, tegninger, og nu mest i aquarell den senere tid, samt små viser jeg lager fleste dager om livet og dagen og været etc. Jeg har studert medicin i Island men tatt spesialiseringen innen allmenn medisin i Norge hvor jeg jobbet først i Trøndelag for 3,5 år og senere i Ski kommune for 9 år.

Under studiet for medicin vart de lite tid for kunst for uten keramik i 1990 og et helg kurs i aquarell i 1996 i Norge. Etter at familien flyttet tilbake til Island 2006 gav jeg meg selv et løfte om at den

kunstneriske siden av meg skulle ikke lenger forsømmes og tok noen kurser i aquarell og har siden gitt ut en bok med dikt og aquareller. Fra 2011 holdt tre privat exhibitioner og utall andre felles exhibitioner med aquarell. Vært formann af foreningen for malere i Gardabær men foreningen har navnet Gróska som betyr vext (har 70 medlemmer). Til høsten er jeg invitert å utstille aquarell bilde i Llánca i Spania med 86 andre malere fra hele Europa men jeg er den eneste fra Island. Neste exhibition er 22. April, seneste vinterdag her i Gardabær.

Jeg jobber som spesialist i allmenn medisin på Heilsugæslan Gardabær med



Lóa (ljungpipare).

flotte kollegar og godt arbeidsmiljø som også kan like kunsten jeg driver med.

Siste år har alle ansatte vært spesielt invitert på mine utstillinger og det gir meg god støtte til å fortsette med kunsten. Men desuten er kunsten min rekreasjon fra travle dager på kontoret, en slags meditasjon. Jeg er engasjert i mitt fag og arbeide og menneskerettigheter og respekt for de som ikke kan forsvare seg ligger nært mitt hjerte. Jeg er meg selv uansett om jeg er på jobben eller hjemme eller blant venner. Jeg ser pasientene som individer på min vandring her i livet og om jeg kan si noe med humor eller rett fra hjertet i den tro at det kan løfte situasjonen en smule fremover mot lyset gjør jeg det. Jeg er gift og mor til tre barn. Min elste sønn har Down's syndrom og livet har gitt meg mange spesielle oppgaver som blir også kraften til kreasjonen av kunst.



Bildet er av naturen jeg er omkringt af her i Gardabær i Island, det er åser med blomstrer og lupiner i blå, gule og røde farger med fjellet Vifilfell i bakgrunn. Det hviler jeg øynene på når jeg går hjem etter en arbeidsdag. En sommerhimmel og en fugl som svever der i sin frihet og sommervarme. Fugler og fjell og blå farger og himmelen og solen gir meg alltid glede i hjertet og kraft til livet. Fjellet Vifilfell er alltid like vakkert i sine vår, sommer, høst og vinterklær og er enslags klokke for årstidene for meg.

Beste bildene skapes tidlig lørdag og søndag morgen i pyjamas i solstuen hvor dagslyset faller inn av vinduet. Da glemmer jeg stund og sted og forsvinner inn i farger og pensilstrøk som kan bli noe og ofte blir ikke noe annet en lek med vann farger og pappir.



Guðrún Hreinsdóttir
Heilsugæslan Gardabær, Island
drugdrun@simnet.is

Nordisk Kongress i Göteborg

De personer som välvilligt bidragit till denna artikel ansvarar själva för de uppgifter i artikeln som rör egna förhållanden.

De kommer att medverka i ett samnordiskt symposium om fortbildning under Nordisk kongress i allmänmedicin i Göteborg, onsdag 17 juni kl. 13.30, rum G3. Där kan man hämta mer kunskap och inspiration från fortbildningssystemen i våra grannländer.

Allmänmedicinsk fortbildning i Norden – en sammanställning

Kan vi lära oss något av andra länder när det gäller formerna för fortbildning? Fortbildningsansvariga kollegor i Norden och Litauen berättar här om vad som gäller för fortbildningen i det egna landet och vilka för- och nackdelar de upplever.

Sverige saknar reglering

Sverige är ett av de få länder inom EU som saknar reglering av läkares fortbildning. En positiv nyhet är därför att EU beslutat att modernisera det så kallade Yrkeskvalifikationsdirektivet. Det innebär att medlemsländerna skall vidta åtgärder för att främja fortbildningen och att dessa åtgärder ska vara genomförda och rapporterade till EU-kommissionen senast i januari 2016 [1].

Utbildningsdepartementet har med anledning av detta föreslagit att Socialstyrelsen bemyndigas att utforma en föreskrift för fortbildning [2]. Både Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet ställer sig bakom detta förslag.

Det pågår också en debatt om hur professionen ska ställa sig till recertifiering. SFAM har för sin del bestämt att inte aktivt verka för en sådan, utan i stället lyfta diskussionen om vilka nationella modeller som skulle kunna användas vid en eventuell recertifiering. Mest intressant är Norges modell med fortbildningspoäng, men det finns många alternativa modeller i våra grannländer [3].

Lärdomar från andra länder

Vi bad allmänläkare som tar del i eller är ansvariga för allmänmedicinsk fortbildning i Norge, Finland, Danmark, Island och Litauen att beskriva hur den bedrivs. En sammanfattning av resultatet redovisas i tabellen på sidan 32.

Man kan konstatera att de allmänmedicinska intresseföreningarna verkar ha en viktig roll för fortbildningen. I Island finns ett avtal med staten om att en del av allmänläkarnas löner ska gå till Allmänläkarförbundets forsknings- och utvecklingsfond, som driver olika fortbildningsprojekt.

Läkemedelsindustrin verkar fortfarande ha ett fast grepp om Finlands, Islands och Litauens allmänläkare, men i Norge och Danmark är dess betydelse relativt liten.

Gemensamt för Norge och Danmark är att de har fonder som delvis finansierar fortbildningsaktiviteterna. Fonderna har tillkommit genom att läkarna avstått en del av sin ersättning samtidigt som staten bidragit med kapital.

I Island och Litauen verkar universiteten vara mer inblandade i fortbildningen än i övriga länder.



Robert Tunestveit

Allmänmedicinsk utdanningsutvalg,
Norsk forening for allmennmedisin, Oslo
robert@tunestveit.no

Norges recertifiering ifrågasätts inte

Man kan konstatera att förlusten av specialistbevis om man inte nått upp till en viss poäng tycks vara helt okontroversiell. Att en liknande "piska" skulle vara möjlig att införa i Sverige är dock inte sannolikt. Piskan, eller moroten, handlar i Norge första hand om ekonomi, man får lägre patientersättning om man inte är specialist.

Idag är endast hälften av de läkare som arbetar i primärvården specialistkompetenta. Därför finns det nu en önskan om krav på specialistbehörighet för alla som vill arbeta som allmänläkare. Man skulle då inte återkalla specialistbeviset, även om man inte lyckas uppfylla recertifieringskravet. Däremot skulle godkända CME-poäng påverka ersättningen.

Norgemodellen värderar varken individuell kompetens eller behovet av fortsatt kompetensutveckling. Den fortbildning man genomgår och registrerar behöver inte nödvändigtvis motsvara behovet. Snarare tenderar läkare att välja utbildningar i ämnen där de redan är kunniga. Här skulle självvärdering av utvecklingsbehovet kunna utgöra ett komplement och troligen

öka fortbildningens effektivitet. Litauens CME-program uppvisar svagheter av samma slag som det norska.



Elise Kosunen
Dept. of General Practice,
University of Tampere, Tampere
elise.kosunen@uta.fi

Finland liknar Sverige

Det är slående hur väl tiden för extern fortbildning i Finland överensstämmer med Sveriges. I båda länderna ligger den strax över fem dagar per år. Liksom i Sverige delas ansvaret för fortbildningen mellan arbetsgivaren och läkarna och styrs av rekommendationer. De väldefinierade strukturer som finns i t.ex. Norge, Storbritannien och Holland saknas. Visserligen finns det en lag i Finland som påtalar vikten av fortbildning för all personal, men den verkar inte följas.



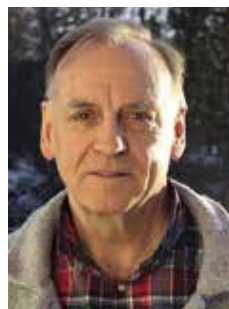
Roar Maagaard
Videreuddannelsesudvalget,
Dansk Selskab for Almen Medicin;
PLO Efteruddannelse, København
roarmaag@post7.tele.dk

Danska allmänläkare har avtal med regionerna

I Danmark driver de flesta allmänläkare själva sina mottagningar och systemet bygger på ett nationellt avtal mellan regionerna och allmänläkarna. Fortbildningen för danska kollegor kommer från i höst att vara av två slag: traditionell, självstyrd fortbildning och systematisk fortbildning. En överenskommelse om systematisk fortbildning ingår i det senaste avtalet med regionerna och man deltar tre dagar per år. Ämnena väljs efter överenskommelse mellan allmänläkarorganisationen och regionerna, täcker in de vanligaste kliniska tillstånden och återkommer i en cykel på 5 år. Den ersättning man kan få för inkomstbortfall är betydligt större för systematisk fortbildning än för självstyrd sådan (4 500 mot 2 600 DKK).

Danska allmänläkare kan glädja sig åt de allmänmedicinska Läkardagarna, en veckolång kongress med 120 kurser som drar mer än en tredjedel av Danmarks 3 600 allmänläkare till Köpenhamn varje år (se artikel på sid 35). Den tid som danska kollegor använder för extern fortbildning är relativt hög, cirka 10,5 dagar per år.

Danska allmänläkarkollegor har sedan länge organiserat sig i tolvmannagrupper, ett forum för interna diskussioner runt allmänmedicinska frågor och patientfall i likhet med de svenska FQ-grupperna.



Johann A Sigurdsson
Dept. of Family Medicine
University of Iceland, Reykjavik
johsig@hi.is

Islands allmänläkare åker utomlands

Island är speciellt med en kår på endast 180 allmänläkare. De anser sig inte behöva lita till nationella initiativ för att fortbildningen ska fungera. En stor del av fortbildningsansvaret vilar därför på den enskilde allmänläkaren och på den isländska Allmänläkarförningen. Det är dessutom tradition att bege sig till andra länder för att få både ST och fortbildning. Man bedriver fortbildning tillsammans med universiteten och Allmänläkarförningen verkar ha ett ansvar för kvalitet och utveckling inklusive fortbildning på vårdcentralerna.



Ida Liseckiene
Dept. of Family Medicine
Lithuanian University of Health Sciences
(LUHS), Kaunas
ida.liseckiene@gmail.com

I Litauen är fortbildningen obligatorisk

Litauen tillhör visserligen inte de nordiska länderna, men dess primärvård har hämtat inspiration från FoU-enheten i Blekinge under ledning av Ingvar Ovhed under den post-sovjetiska uppbyggnaden av primärvård.

I Litauen har man infört ett obligatoriskt CME-poängssystem med reackreditering vart femte år och med särskilda regler för till exempel läkare som forskar.

Kurskostnader verkar vara ett hinder för fortbildningen, man väljer ofta billiga kurser och läkemedelsindustrin har en given plats. Både myndigheter och universitet har en avgörande inverkan på utformningen av fortbildningssystemet.









Gösta Eliasson
Ordförande i SFAM:s utbildningsråd
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

Referenser

1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council.
2. Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande (SOU 2014:19).
3. Allmänläkares fortbildning, utredning. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2014.

Allmänmedicinsk fortbildning i olika länder

	 SVERIGE	 NORGE	 DANMARK	 FINLAND	 ISLAND	 LITAUEN
F O R T B I L D N I N G S M O D E L L	Frivillig. Tiden för fortbildning minskar. Allmänläkare avsätter i genomsnitt 5,3 dagar per år för extern fortbildning och 0,9 timmar per vecka för internutbildning. 22 procent har inte haft internutbildning under senaste året.	Obligatorisk recertifiering. Kravet är ett års allmänmedicinsk tjänstgöring samt 300 poäng från olika fortbildningsaktiviteter under en femårsperiod. 140 poäng skall komma från obligatoriska aktiviteter, bl.a. smågruppsdiskussioner och ömsesidiga praktikbesök. Om poängnivån inte uppnås förloras specialistbeviset. Recertifierade läkare kan ta ut högre patientsättning.	Frivillig. Danska allmänläkare använder i genomsnitt 10,5 dagar per år för fortbildning. 22 procent använder mer än 15 dagar. Fortbildningen innehåller bl.a. e-learning, egna studier, teambaserad fortbildning och lokala, regionala och nationella kurser.	Frivillig. Offentliganställda allmänläkare använder i genomsnitt 5,6 dagar för extern fortbildning.	Frivillig. Staten ger bidrag till allmänläkares fortbildning. Allmänläkarföreningen har ansvar för att organisera fortbildning i nära samarbete med universitetet. Fortbildning förläggas av tradition ofta utomlands.	Obligatorisk reackreditering. 1. Alla praktiserande allmänläkare, måste vart femte år ha genomfört 120 timmars fortbildning bestående av seminarier, föreläsningar, och konferenser. 2. S.k. provisorisk fortbildning krävs för de läkare som arbetar kliniskt mindre än två av fem år, innehållande 36-144 timmar universitetsutbildning bestående av kurser, avhandling eller vetenskapliga artiklar.
A N S V A R	Socialstyrelsen utfärdar bevis om specialistkompetens. Verksamhetschef har ansvar för att verksamheten har kompetent personal. Läkaren och verksamhetschefen anses ha delat ansvar för individens kompetensutveckling.	Helsedirektoratet utfärdar specialistbevis och recertifierar. Den Norske Legeforening är rådgivande till Helsedirektoratet i frågor som rör fortbildning.	En del av fortbildningen regleras i avtal med regionerna (se nedan).	Arbetsgivare är enligt lag "skyldiga att skapa förutsättningar för fortbildning och att kontrollera att personalens utbildning är tillräcklig". Finska Läkarförbundet rekommenderar minst 10 externa utbildningsdagar/år samt 5 timmar/vecka internutbildning.	Staten är arbetsgivare till Islands cirka 180 allmänläkare. Det finns också 25 privatpraktiserande allmänläkare där budgeten för fortbildning varierar.	Hälsoministeriet hanterar re-ackrediteringen och definierar standarder för fortbildning. Akademiska institutioner och specialistföreningar bedriver fortbildning efter godkännande av Hälsoministeriet.
F I N A N S I E R I N G	Merparten fortbildning finansieras av arbetsgivaren. Läkemedelskommittén bedriver regelbundet kostnadsfri utbildning för läkare verksam inom landstinget. Provinsialläkarstiftelsen delfinansierar 6-8 kurser per termin. Läkemedelsindustrins bidrag är idag av liten betydelse.	De flesta allmänläkare är privatpraktiserande och står själva för inkomstbortfall. Anställda läkares utbildningskostnader täcks av arbetsgivaren. Resor och hotell ersätts via en fond, finansierad bl.a. av medel avsatta i löneförhandlingar.	Allmänläkarna har vårdavtal med regionerna, vilket ger tillgång till ett personligt utbildningskonto knutet till en nationell fond som ersätter kursavgifter, resor och viss del av förlorad arbetsinkomst. Läkemedels sponsrade kurser är idag sällsynta och berättigar inte till någon ersättning.	Fortbildningen finansieras till största delen av arbetsgivaren.	Statliga bidrag täcker resa, uppehålle, kurs- och kongressavgifter utomlands i högst 2 veckor. Beroendet av läkemedelsindustrin har minskat och kraven har blivit strängare, men allmänläkarföreningen driver kurser och kongresser i samarbete med läkemedelsindustrin.	Hälsoministeriet bidrar med cirka 60 procent ersättning till enskilda läkares fortbildning under universitetskurserna, som är på 36 timmar. Vetenskapliga konferenser finansieras ofta av läkemedelsindustrin.

	SVERIGE	NORGE	DANMARK	FINLAND	ISLAND	LITAUEN
FÖRDELAR	<p>Reglerad specialutbildning.</p> <p>Frihet att bestämma mängd och innehåll för egen fortbildning.</p> <p>Bra utbud av olika fortbildningsaktiviteter.</p> <p>Fortbildningssamordnare finns i många landsting/regioner.</p> <p>Professionen tillhandahåller modeller för lärande och stödjer kompetensvärdering och kollegiala smågrupper (FQ-grupper).</p>	<p>Erkännande av allmänmedicinen som arena för lärande och brett spektrum av olika godkända fortbildningsaktiviteter.</p> <p>Kravet på recertifiering placerar livslångt lärande i en formell ram och garanterar i allmänhet att allmänläkare håller sig uppdaterade.</p>	<p>Flertalet läkare deltar i gruppbase-rad fortbildning med 10-20 deltagare.</p> <p>Mer än en tredjedel av danska allmänläkare deltar tillsammans med mottagningspersonal i Läkarlagarna i Köpenhamn. (5 dagar, 120 kurser).</p>	<p>Pro Medico (förening för finska läkares professionella utveckling) publicerar rekommendationer om hur fortbildningen bör organiseras.</p> <p>Kalender över nationella fortbildningsaktiviteter.</p> <p>Internetverktyg finns för registrering av genomförd fortbildning och uppdatering av CV.</p>	<p>Goda möjligheter att fortbilda sig utomlands.</p> <p>Medicinsk riksstämman där allmänläkare har en viktig roll.</p> <p>Stora vårdcentraler arrangerar kongresser för personal i primärvården.</p> <p>På de flesta vårdcentraler finns läkare med ansvar för lokal utveckling och utbildning.</p>	<p>Allmänläkarna är fria att välja egna kurser.</p> <p>Det finns en tydlig koppling mellan fortbildning och tillstånd att utöva läkaryrket.</p>
NACKDELAR	<p>Produktionskrav och ekonomiska restriktioner minskar möjligheterna till fortbildning.</p> <p>Strukturer och planering för kompetensutveckling saknas.</p> <p>Möjligheter till reflektion och lärande i patientarbetet tillvaratas ej.</p> <p>Uppföljning av lärandemål och värdering av uppnådd kompetens sker endast undantagsvis.</p>	<p>48 procent av norska allmänläkare saknar specialistbehörighet.</p> <p>Den stora mängden godkända fortbildningsaktiviteter gör att målsättningen blir oklar, liksom de kompetensbehov som kan finnas hos allmänläkarna.</p> <p>Fortbildningsaktiviteterna utvärderas inte med avseende på lärandemål.</p>	<p>Många väljer att gå kurs inom områden där de redan är kompetenta.</p>	<p>Trots lagen är det svårt att få till stånd adekvat fortbildning, främst beroende på dålig ekonomi och underbemanning.</p> <p>Fortbildningen för allmänläkare styrs av sjukhusspecialister och läkemedelsindustri.</p> <p>Fortbildningen är ostrukturerad och baseras inte alltid på lärandebehov.</p>	<p>Fortfarande finns en tendens att specialister från andra discipliner än allmänmedicin utbildar allmänläkare.</p> <p>Det råder brist på metoder för kvalitetsutveckling, vilket påverkar fortbildningen.</p> <p>Bristen på allmänläkare försvårar möjligheterna att delta i kurser.</p> <p>Under längre vistelser utomlands är det svårt att delta i kurser.</p>	<p>Vårdcentralsledning saknar incitament för att ge allmänläkarna möjlighet till fortbildning. Tidsbristen förhindrar fortbildning.</p> <p>Det saknas pengar till kurser och läkarna väljer utefter pris och kursort.</p> <p>Inflytandet från läkemedelsindustrin är stort och konferensämnen utgår ofta från deras intressen.</p> <p>Allmänmedicinskt orienterade kurser (t.ex. prevention, praktiska färdigheter, kommunikation) är få och inte särskilt populära.</p>
FRAMTIDEN	<p>En utredning har med anledning av nytt EU-direktiv föreslagit att Socialstyrelsen ska formulera föreskrift om fortbildning. De professionella föreningarna stöder detta förslag.</p> <p>Lansering av ny modell för granskning av arbetsplatsers förutsättningar att tillhandahålla god fortbildning planeras 2015.</p>	<p>Ändringar som diskuteras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krav på specialistkompetens för alla allmänläkare. • Specialistbeviset får behållas så länge man är legitimerad, men för att erhålla de ekonomiska fördelar som idag är knutna till specialistbeviset krävs recertifiering vart femte år. • Obligatorisk recertifiering införs för alla specialiteter. 	<p>Fr.o.m. 2015 består fortbildning av två separata aktiviteter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Självstyrd fortbildning 2. Systematisk fortbildning som ingår i avtalet med regionerna och ska genomföras tre gånger per år. Ämnena definieras i förhandlingar och täcker vanliga folksjukdomar. <p>Systematisk fortbildning ger högre kompensation för inkomstbortfall än självstyrd fortbildning.</p>	<p>En ny rekommendation 2014 innebär att fortbildningen även tar upp ämnen som kommunikation, samarbete och ledarskap.</p>	<p>Samarbetet med industrin är på väg att omprövas.</p> <p>Det sker en utveckling av metoder för kvalitetsförbättring.</p> <p>Önskemål finns om fler kurser och andra fortbildningsformer inom landet.</p>	<p>Det finns bland allmänläkarna önskemål om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att vårdcentralcheferna ska motivera allmänläkarna till kompetensutveckling. • Utökad samarbete med Hälsoministeriet för reglering av fortbildningen. • Att läkemedelsindustrins medverkan i fortbildningen minskas.



Nordisk tidning för forskare

Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) ägs av Nordic Federation for General Practice (NFGP) där SFAM är medlem. SJPHC har huvudsyftet att publicera originalforskning inom områden som har relevans för allmänmedicin och primärvård. Även ledare, ämnesöversikter och diskussionsartiklar är välkomna.

SJPHC är open access sedan många år och nu enbart elektronisk. Open access betyder att alla läser den gratis. Att den är elektronisk betyder att artiklar med större ordmängd får plats. Det gynnar kvalitativ forskning som växer inom allmänmedicinen. Open access och uteblivna intäkter från prenumeration av papperstidning innebär dock att det kostar 400 euro för SFAM:s medlemmar och 1200 euro för övriga att publicera en artikel i SJPHC.

Sedan 2010 arbetar jag som nationell redaktör. Lön utgår inte från NFGP då redaktörsarbete är pro bono. Region Kronobergs FoU-enhet bjuder på min dagtid även om arbetet till stor del görs på kvällar, nätter och helger – redaktörskap hamnar nog på hobbykontot för fler än mig.

Mitt vardagsarbete i SJPHC handlar om att själv granska manus och hitta expertgranskare till manus, s.k. peer reviewers. Av insända artiklar kommer var fjärde från Sverige. Den danske chefredaktören Peter Vedsted gör först en sällning. Av de manus som hamnar i min inkorg accepteras slutligen nästan två av tre, ibland efter flera revisioner.

Orsaken till att vissa manus har lång handläggningstid beror oftast på att det är svårt att finna expertgranskare. All granskning sker elektroniskt och inbjudan till att vara expertgranskare görs bara via e-post. Många inbjudningar hamnar i skräpfilter och når aldrig mottagaren. Eftersom all review är pro bono och gratisarbete kan det ibland vara svårt att få forskare att ge av sin tid.

Själv säger jag nästan aldrig nej till att granska manus för andra tidskrifter. Man lär sig alltid något och även då expertkunskaper saknas kan jag ofta tillföra viss konstruktiv kritik.

Som redaktör skriver jag en ledare om året. Den senaste handlar om svårigheterna att visa effekter av standardiserade livsstilsinterventioner mot det metabola syndromet i randomi-

serade kontrollerade studier. Två randomiserade kliniska studier med negativt resultat publicerades i SJPHC:s decembernummer 2014. En isländsk intervention med fysisk aktivitet och kostråd för skolbarn [1] och en finsk studie där medelålders män erbjöds hälsoundersökning med eller utan fysisk träning i grupp [2]. Man måste kanske, som visas i en intressant s.k. mixed method-studie i samma nummer, skraddarsy denna typ av insatser för bästa effekt och ta hänsyn till individens motivation, behov och potential [3].



Belöningar

Paper of the Year Award 2013 och 2014 utdelas på nordiska kongressen i Göteborg 16-18 juni.

Pris för 2013 går till en norsk artikel av Holgeir Skjeie om en randomiserad kontrollerad studie i primärvård där man jämfört akupunktur av spädbarn med kolik med sedvanlig kolikbehandling [4]. Studien var liten och man nådde inte det önskade rekryterade antal patienter som krävdes för statistisk kraft (power). Resultaten visade liten men icke signifikant skillnad i skriketid till akupunkturgruppens fördel. Slutsatsen blir ändå att behandlingsmetoden inte kan rekommenderas.

Pris för 2014 går till en finsk artikel av Maarit Nevalainen om en jämförelse mellan yngre och mer erfarna allmänläkares hantering av osäkerhet och misstag och deras copingstrategier [5]. Resultaten visade att mer erfarna allmänläkare tolererade osäkerhet bättre och var mindre rädda för att begå misstag än yngre kollegor. Copingstrategier skilde sig åt med yngre allmänläkare något mer benägna än mer erfarna att använda sig av elektroniska databaser som hjälpmedel för att undvika misstag. Denna artikel uppfattar jag som ett bra exempel på allmänmedicinsk grundforskning.

Hans Thulesius

Docent

VC Strandbjörket, Växjö

FoU Kronoberg

hansthulesius@gmail.com



Holgeir Skjeie, 2013 års pristagare



Hans Thulesius var opponent då Maarit Nevalainen, 2014 års pristagare, disputerade i december 2014.

Referenser

1. Hrafnkelsson H, Magnusson KT, Thorsdottir I, Johannsson E, Sigurdsson EL. Result of school-based intervention on cardiovascular risk factors. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Dec;32(4):149-55.
2. Liira H, Engberg E, Leppävuori J, From S, Kautiainen H, Liira J, Remes-Lyly T, Tikkanen H, Pitkälä K. Exercise intervention and health checks for middle-aged men with elevated cardiovascular risk: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Dec;32(4):156-62.
3. Miettola J, Viljanen AM. A salutogenic approach to prevention of metabolic syndrome: a mixed methods population study. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Dec;32(4):217-25.
4. Skjeie H, Skonnord T, Fetveit A, Brekke M. Acupuncture for infantile colic: A blinding-validated, randomized controlled multicentre trial in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Dec;31(4):190-6.
5. Maarit Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care* 2014 Jun 10;32(2):84-9.

Över hundra kurser under danska läkardagar



Kirsten Talbro Laraignou leder de danska Läkardagarna. Foto: Claus Boesen

Läkardagarna i Köpenhamn pågår under en vecka i november varje år och erbjuder danska allmänläkare ett hundratal kurser och seminarier. I år var deltagarantalet rekordhøgt med 3 000 deltagare, varav 1 300 allmänläkare och

500 utbildningsläkare. Även mottagningspersonalen deltar och har egna kurser.

Kirsten Talbro Laraignou, som leder läkardagarna sedan 13 år, upplever att kvaliteten på kurserna har ökat.

– Vi samarbetar med de tre akademiska institutionerna och vi försöker undvika ”kameraderi”, det vill säga vi rekryterar inte kursledare för att vi råkar känna dem, utan vi väljer efter meriter, pedagogisk förmåga och utvärderingar från tidigare kurser.

Kirsten, som tidigare arbetat i EU-kommissionen, stortrivs med sitt jobb som ledare för Läkardagarna.

– Jag gillar att vara med när det händer saker i PLO, vår fackförening. Jag får en inblick i allmänläkarnas värld. Att planera möten och öppningsceremonier med politiker är en utmaning. Ett projekt som vi jobbar hårt med är WONCA:s Europakongress i Köpenhamn 2016.

Man skulle kunna tro att Läkardagarna lockar en del svenska allmänläkare, men så är inte fallet.

– Vi anstränger oss för att få med svenskarna, men det är inte helt lätt. Det är synd, för jag tror att vi kunde ha mycket glädje av ett utbyte.

Text och foto:

Gösta Eliasson

SFAM:s fortbildningsråd

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Chris Ham från King's Fund, London inledningstalade.



Jesper Lundh, mottagare av årets Mahlerpris.



Välfärden måste hitta balans mellan dilemman

Uppdrag välfärd presenterade sin slutrapport i mars 2015: "Välfärden är värd en bättre debatt – sex ofrånkomliga dilemman som måste balanseras". Slutsatserna var att det finns olösliga inbyggda konflikter i varje välfärdssystem. Systemen måste riggas för att balansera problemen i stället för att undvika dem, och de måste ständigt justeras utifrån de brister som uppstår och upptäcks.

Enligt rapporten är New public management (NPM) inte ett enda tillvägagångssätt utan "ett kluster av idéer hämtade från administrativ praktik i den privata sektorn". Viktiga ingredienser är ledarskap, indirekt styrning och kundbegreppet. Brister i verksamheten leder till förstärkt uppföljning och analys.

En verklig mångfald måste finnas på marknaden för att konkurrens ska ge ökad kvalitet. Detta kräver en upphandling och reglering som inte ger alltför begränsat utrymme. Det krävs också en överkapacitet hos utföraren för att konkurrensen ska fungera.

Kvasimarknaden, den konstruerade marknaden, har tre aktörer: konsument, producent och finansiär. Komplexa tjänster är svåra att upphandla.

Det finns många sorters styrning som interagerar: regelstyrning, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning, styrning via professionella normer mm. Prestationsmål kan vara medicinska, ekonomiska och brukarrelaterade, som ibland motsäger varandra. Kunskapsunderlagen är ofta alltför snäva, styrsystemen endimensionella och styrningen utgår från en förenklad verklighetsbild.

Ett nedifrån-upp-perspektiv visar att den ökade mängden styrning förutsätter en ökad självständig förmåga hos aktörerna som styr och hos dem som ska styras. Olika värden måste balanseras mot varandra.

Man menar att det inte finns några tydliga svar om hur utformning, organisering, styrning och utvärdering av välfärden ska ske. Det finns ett antal dilemman, dvs. olöslbara problem, där man måste hitta en balans. Sex sådana dilemman beskrivs:

- *Central kontra lokal styrning.* Här lyfts för- och nackdelar med de båda systemen fram.
- *Storskaliga kontra småskaliga verksamheter.* Välfärden är stor till budgeten men bedrivs småskaligt, i mötet mellan profession och brukare. Stora system för mångfacetterade individer kan medföra att helhetsansvar för individen inte tas.
- *Jämlikhet kontra individualisering av tjänsteutbudet.* Motsättningar kan finnas mellan enskilda brukares önskemål och mer prioriterade behov om resurserna är begränsade. Individualpassning, t.ex. möjlighet att välja skola eller använda e-tjänster, kan minska likvärdigheten.
- *Generella recept kontra utrymme för lokal innovation.* Kvalitetsstandarder, uppdragsspecifikationer, ersättningssystem och mätningar måste tillåta lokal utveckling. Högre kompetens



Uppdrag välfärd

Uppdrag Välfärd är ett forskningsprogram som initierades 2012 av Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care. Frågeställningen var hur vi ska utföra, organisera, styra och utvärdera framtidens välfärdstjänster. De tre organisationerna representerar var sitt perspektiv: entreprenörskap, nationalekonomi och företagsekonomi.

I referensgruppen finns, förutom producenter och finansiärer, också några representanter för patientorganisationer och professionella organisationer. Läkarna representeras av Svenska läkaresällskapet.

Arbetet har resulterat i åtta olika rapporter som finns på <http://uppdragvalfard.se/>.

hos ansvariga och stöd för lokal verksamhetsutveckling kan behövas. Utveckling kräver frihet att utveckla nya lösningar och mekanismer för att sprida goda exempel. Alltför flexibla system kan missbrukas.

- *Regelstyrning kontra professionellt omdöme.* Utrymme för inslag i arbetet som inte kan specificeras i förväg är en viktig premis för kvalitet, innovation och samverkan. En styrning kan utformas från övergripande mål med utrymme för professionellt omdöme i utförandet samtidigt som verksamheternas utfall följs upp detaljerat.
 - *Informationens kvantitet kontra kvalitet.* Informationen måste vara anpassad för målgruppen. Krav på konformitet med stor mängd snäva indikationer kan förflytta fokus från den övergripande kvaliteten i verksamheten. Bedömning av kvalitet blir en tolkningsfråga som bygger på subjektiva behov. Kvalitetsmått kan manipuleras.
- Avslutningsvis konstaterar man att tre års forskning visar att det inte går att utforma system där allt blir rätt.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Hört: "Det finns tre personer närvarande i mottagningsrummet: patienten, läkaren och beställaren."

Den nya genetiken och allmänmedicinen – utmaningar och möjlig nytta

I den dagliga allmänmedicinska konsultationen kanske man idag inte reflekterar så ofta över genetiska tester och analyser. Andra tekniker och kliniska metoder är mer närliggande och det kan även finnas en skepsis mot genetiska metoder över huvud taget. Detta står i kontrast till den snabba utvecklingen inom vetenskapen vad avser genetiska metoder för att öka förståelsen för biologiska processer samt ge redskap för kliniskt bruk. Därför vill vi här ge en kort översikt av forskningsfältet med just allmänmedicinska aspekter.

Under konsultationen frågas ofta om hereditet för olika sjukdomar, t.ex. typ 2 diabetes, cancer eller hjärtkärlsjukdom, med särskilt intresse för tidiga sjukdomsmanifestationer. Detta är rationellt eftersom det kan finnas anledning till riktade undersökningar, om t.ex. en patient med familjär kolonpolypos söker för förstoppning och oklara buk-symptom. Tyvärr kan just vårt journaluttryck ”hereditet”, med egen rubrik i den traditionella patientjournalen, låsa tanken vid att endast genetiska faktorer spelar roll för familjär ansamling av kronisk sjukdom. Då är det engelska uttrycket ”family history” bättre och skulle kunna introduceras i svenska journaler, eftersom det täcker en rad ytterligare bidragande faktorer, t.ex. delad miljöpåverkan, tidig programmering samt epigenetiska förändringar.

”Paradoxen är att ju mer vi lär oss om gener, desto mer ökar betydelsen av reglerande miljöfaktorer – men även omvänt.”

Sedan det mänskliga genomet kartlades 2003 vet vi att människan har cirka 25 000 aktiva (kodande) gener. Inte särskilt mycket kan man tycka när andra organismer har betydligt fler (tomater har cirka 32 000 gener), men av betydelse för reglering av alla biologiska processer i vår kropp. Det finns ett antal sällsynta sjukdomar som är starkt genetiskt bestämda, men för de flesta vanliga folksjukdomar föreligger både en polygen påverkan och ett betydande inflytande av miljöfaktorer genom gen-miljö-interaktion. Även utvecklade genetiska risk-score kan endast förklara en mindre del av den familjära förekomsten av dessa sjukdomar – mysteriet med ”the missing heritability” [1].

Av detta följer att screening av individer för genetisk prediktion av vanliga sjukdomar vanligtvis har mycket lågt förklaringsvärde och inte kan utgöra den kristallkula av kunskap som en del kommersiella företag som tillhandahåller gentester gärna vill framhålla. Undantag finns. Exempelvis vet man att risken för bröstcancer påverkas av två starka genetiska markörer

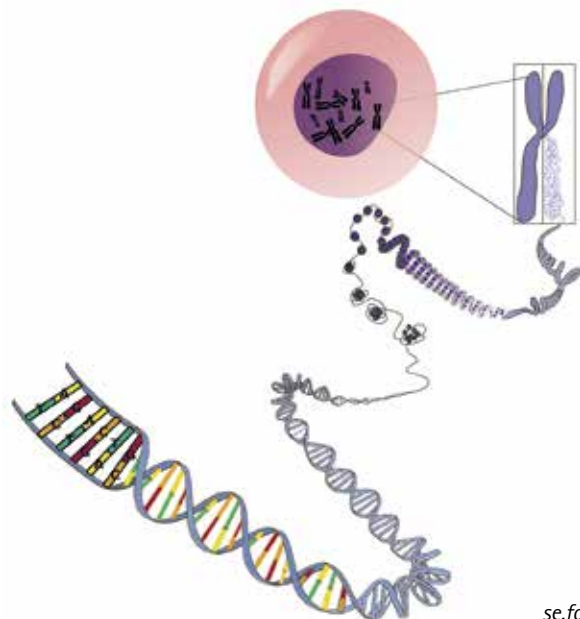
(*BRCA1, BRCA2*) och det kan finnas anledning att använda sådan screening i diagnostiken vid familjär förekomst av bröstcancer, i samarbete med klinisk genetik.

Genetiska metoder för läkemedelsterapi

Trots det låga prediktiva värdet av genetiska tester på individnivå går det att prediktera svar på behandling via genetiska tester. Detta är nyligen visat för statinbehandling, där man kunnat visa i data från Malmö och USA att individer med ett högt genetiskt risk-score för koronar hjärtsjukdom även har proportionellt högre nytta av statinbehandling [2]. På ett motsvarande sätt kan genetisk kartläggning bidra till att man kan selektera patienter för risk att utveckla biverkningar av en viss medicin, något som redan införts i Uppsala för att undvika biverkningar av statiner hos genetiskt känsliga individer [3]. Det finns även förhoppningar om att bättre kunna dosera vissa potentiellt farliga läkemedel, t.ex. antikoagulantia (warfarin), utifrån genetisk profil som kan påverka läkemedlets omsättning och effekter. Ett flertal enzymatiska system på levernivå är kända för inverkan på läkemedelsmetabolism och här föreligger en ärftlig variation som skulle kunna kartläggas med farmakogenetik.

Kartläggning av biologiska samband

Det finns emellertid en helt annan potentiell nytta av nya genetiska metoder. Det handlar om att med hjälp av genetisk kartläggning av riskfaktorer för en viss sjukdom kunna länka denna information till samband med intermediära biomarkörer för att beskriva hela kedjan från genetiskt uttryck via receptorfunktion till genprodukter (biomarkörer) och sedan till sjukdom, vilket kan förstärkas eller försvagas av olika miljö-



se.fotolia.com

faktorer. En sådan kartläggning syftande till att förstå biologisk kausalitet har vunnit terräng under senare år under namn som kausal inferens eller mendelsk randomisering [4]. Detta har en mycket stor betydelse inom epidemiologin där man försöker finna kausala samband i det trask av icke-kausala samband som tyvärr dominerar [5], men det får ännu större betydelse för olika interventioner. Det går utmärkt att använda icke-kausala markörer för riskskattningar, men skall man försöka förebygga eller behandla en viss sjukdomsyttring gäller det att basera skattningen på sant kausala mekanismer, i annat fall händer inget och försöket misslyckas trots stora kostnader. Man har således med dessa metoder kunnat visa att LDL-kolesterol är en kausalt verkande riskmekanism för hjärtinfarkt, och därmed möjlig att intervensera emot, men även att CRP och HDL-kolesterol inte är kausalt relaterade till hjärtinfarkt. Detta kan förklara misslyckande i försök att behandla dessa icke-kausala samband [4].

"Den nya epigenetiken ger oss anledning att i ökad utsträckning studera hur faktorer tidigt i livet samt miljöfaktorer samspelar med genetiken för sjukdomsutveckling."

För allmänmedicinen kan utvecklingen av nya kausalt verkande behandlingar mot viktiga folksjukdomar komma att förändra framtida läkemedelsterapier. Målet bör vara att kunna skraddarsy behandling ("stratified medicine") till rätt individ, som också kan förväntas ha nytta av behandlingen utifrån evidensbaserad medicin. Samtidigt kan man låta bli att behandla icke-kausala mekanismer eller patienter med en ökad genetisk risk för svåra biverkningar.

Läkemedelsutveckling behövs eftersom vi fortfarande inte effektivt kan förebygga, uppskjuta eller kausalt behandla stora folksjukdomar som typ 2 diabetes, hjärtkärlsjukdom eller cancer. Den nya genetiken ger oss här möjliga instrument för en förbättrad sjukdomsklassifikation baserad på kausala mekanismer och inte bara symptom, och för en möjlighet att utveckla kausalt verkande behandlingar.



se.fotolia.com

Betydelsen av faktorer tidigt i livet

Ett flertal studier ger belägg för att programmering av organfunktioner och ämnesomsättning under fosterliv eller tidiga barnår är av betydelse för hälsa eller sjukdom hos vuxna. Det kan handla om fostertillväxt eller tillväxt efter nyföddhetsperioden men även inflytande av s.k. epigenetisk imprinting. Enkelt uttryckt innebär epigenetik att aktiviteten hos vissa gener kan upp- eller nedregleras (imprintas) av olika miljöfaktorer, dels under fosterlivet och dels under den tidiga livsfasen. Ett känt exempel är hur föräldragener för fostrets tillväxt och storlek kan slås på eller av i relation till yttre förutsättningar. En storvuxen man som får barn med en liten kvinna skulle kunna åstadkomma förlossningskomplikationer och ökade risker om fostret växer för mycket. Istället skyddas moderns (och barnets) liv av att tillväxten regleras så att paternella tillväxtgener imprintas för en reglerad tillväxt som inte behöver innebära svår förlossningsträngsel. På ett motsvarande sätt kan gener som styr kortisolregleringen imprintas av att modern har närkontakt med ett barn på samma sätt som en mushona genom att slicka pälsen på sina ungar kan imprinta dessa gener. Om så inte sker kan en felaktig genetisk reglering uppstå med ökad kortisolaktivitet och därmed en ökad stresskänslighet till följd, en skadlig faktor som kan bli negativ under senare livsfaser.

Paradoxen är att ju mer vi lär oss om gener, desto mer ökar betydelsen av reglerande miljöfaktorer – men även omvänt: ju mer vi lär oss om vissa miljöfaktorer, t.ex. i livsstil och beteenden, desto mer ökar betydelsen av hur genetiska faktorer är med och styr beteenden genom hjärnans belöningssystem och reaktioner på abstinens ("behavior genetics"). En fråga som uppkommit är om epigenetiska förändringar även kan vara ärftliga, enligt den klassiska s.k. lamarckismen, något som länge tillbakavisats. Det finns dock indicier, inte minst från botanikens värld, på att så skulle kunna vara fallet.

Ny studie för att kartlägga mekanismer bakom kardiovaskulär sjukdom

SCAPIS står för Swedish CardioPulmonary bioImage Study och är ett världsunikt forskningsprojekt inom hjärta, kärl och lunga lett av en nationell forskargrupp. Studien drivs av Hjärt-Lungfonden i samarbete med de sex universitetssjukhusen i Göteborg, Skåne, Huddinge, Linköping, Uppsala och Umeå.

Huvudmålen med projektet är att hitta bättre sätt att förutsäga vilka som riskerar att drabbas av hjärt-kärl- och lungsjukdomar och att kartlägga de underliggande mekanismerna. Ett delmål är även att kunna studera skillnader mellan olika socioekonomiska grupperns risk för insjuknande. Allt detta ska resultera i mer skraddarsydda behandlingar för att förebygga sjukdom.

Datinsamlingen till SCAPIS kommer att pågå under totalt fem år, men projektet är betydligt mer långsiktigt eftersom att databasen kan generera forskningsresultat i decennier framöver. Aldrig tidigare har det lagrats så stor mängd data, bilder och provresultat i en informationsbank i Sverige. När den storskaliga studien har genomförts blir den dessutom världens mest omfattande informationsbank. Behovet av färsk data är stort, och tack vare ny avancerad bildteknik kan forskarna samla in material på ett sätt som inte har kunnat göras tidigare.

Undersökningarna varar i två dagar i ett slumpmässigt urval av totalt 30 000 individer mellan 50 och 64 års ålder och



se.fotolia.com

innefattar omfattande undersökning av hjärta och lungor i datortomograf och magnetkamera, ultraljudsundersökning av halskärl, blodprover (även DNA) och spirometri. Därutöver registreras bland annat uppgifter om socioekonomi, och graden av fysisk aktivitet kartläggs genom att deltagarna får bära en accelerometer under sju dagar.

SCAPIS är ett projekt där man bryter ny mark för att förstå genesen till kardiovaskulär sjukdom och där man använder biomarkörer, imaging, fenotyper samt genetik för en helhetsbild. I slutänden kan detta ha betydelse för allmänläkare genom att ökad etiologisk kunskap möjliggör att vården utvecklas från generell behandling till skräddarsydd och individanpassad behandling.

Att allmänmedicin medverkar forskningsmässigt i denna unika nationella satsning är synnerligen angeläget, inte minst eftersom patienter med kardiovaskulär sjukdom utgör en stor grupp i det dagliga kliniska arbetet.

Sammanfattning

Nya genetiska metoder ger oss möjlighet att utveckla inte bara basal forskning utan även den kliniska medicinen. Ännu är det inte rimligt att på individnivå rekommendera genetisk screening utom för ett fåtal sjukdomstillstånd, t.ex. ärftlig bröstcancer, men på gruppnivå kan ny kunskap vinnas om kausala mekanismer. För detta behövs befolkningsstudier som SCAPIS (www.scapis.se) eller Malmö Offspring Study (www.med.lus/mos), där man kan kartlägga dels fenotyp (biomarkörer, imaging), livsstil och social bakgrund (frågeformulär), dels genetik (genotyp), för senare registeruppföljning av sjuklighet och dödlighet, på basen av informerat samtycke och etikgodkännande.

I framtiden kan vi få både en förbättrad sjukdomsklassifikation och en mer anpassad kausal behandling vid stora folksjuk-

domar, om genetiska kunskaper kan translateras till kliniska applikationer. Den nya epigenetiken ger oss anledning att i ökad utsträckning studera hur faktorer tidigt i livet samt miljöfaktorer samspekar med genetik för sjukdomsutveckling.



Peter M Nilsson

Professor, överläkare
Institutionen för kliniska vetenskaper samt Klinisk Forskningsenhet,
VO Internmedicin, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
peter.nilsson@med.lu.se



Carl Johan Östgren

Professor
Institutionen för Medicin och hälsa, Allmänmedicin,
Universitetssjukhuset, Linköping

Inga jäv för detta manus finns.

Referenser

1. Eichler EE, Flint J, Gibson G, Kong A, Leal SM, Moore JH, et al. Missing heritability and strategies for finding the underlying causes of complex disease. *Nat Rev Genet.* 2010;11:446-50.
2. Mega JL, Stitzel NO, Smith JG, Chasman DI, Caulfield MJ, Devlin JJ, et al. Genetic risk, coronary heart disease events, and the clinical benefit of statin therapy: an analysis of primary and secondary prevention trials. *Lancet.* 2015 Mar 3. pii: S0140-6736(14)61730-X.
3. Garwicz D, Wadelius M. Farmakogenetisk analys kan avslöja risk för statinbiverkningar. *Läkartidningen* 2013;110:CAET.
4. Nilsson PM. Kausalitet kan påvisas med mendelsk randomisering. *Läkartidningen* 2013; 110:832-835.
5. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med.* 2005;2:e124.

Skriv i AllmänMedicin!

Nr 3-2015: Vårdprogram och läkekonst; blodet.
Manusstopp 10 augusti.

Nr 4-2015: Medicinskt oförklarade symtom; nervsystemet
och hormonerna. **Manusstopp 12 oktober.**

Omslagsbilder sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera
som ger högupplösta bilder.

Skicka till chefredaktor@sfam.se.

Epigenetik – något för allmänläkaren?

Är epigenetiken det som kan ge allmänläkaren det biokemiska substratet för att förstå den hälsopåverkan som olika levnadsvillkor kan ge våra patienter? Är det epigenetiken som kan förklara hur en lång och kontinuerlig trygghetsskapande kontakt med stöd i goda människomöten över tid, hos en kunnig allmänläkare, kan ge avgörande positiva hälsoeffekter? Och förklara varför graden av utbyggnad av primärvården i olika länder så väl korrelerar till folkhälsan? Är epigenetiken kanske det vi behöver för att kunna tala om "helhetssynens biokemi"?

Eller är epigenetiken bara en hjälphypotes hos den nya snabbt växande grupp av forskande epigenetiker som blev besvikna över de få svar som genetiken gav? Som föder nya spännande forskningsmiljöer, men som är ganska fransigt i kanterna när det gäller definitioner? Där forskarna ger sig ut i världen för att få ett biokemiskt tolkningsföreträde för att förklara skeenden som annars ses som samhällseliga, politiska, psykologiska eller sociologiska?

Efter att ha bevistat två intensiva dagar av ett seminarium i Uppsala med namnet "Epigenetics as the meeting point between nature and nurture" vill jag försöka ge er mina intryck, utan ambitionen att vara heltäckande eller i allt korrekt, men kanske skapa en nyfikenhet på detta ganska nya fenomen inom medicinen. Mitt eget intresse kommer från deltagandet i den nordiska allmänläkargruppen Nordic Risk Group (NRG) där diskussionen om att kunna avgränsa allmänläkarens uppdrag fick en vändning i en helt motsatt riktning utifrån perspektivet av epigenetiken.

Epigenetiken kan definieras som studiet av förändringar av DNA-molekylernas uttryck som inte beror på en förändring av basparens ordning. DNA-metylering är den aspekt som mest

studerats. Det finns också histonmodifiering som innebär en påverkan på histonerna, det vill säga det protein kring vilket DNA-molekylerna är packade. Också påverkan på mikro-RNA kan höra hit. Modellerna för vad epigenetiken kan vara kan nog öka med alla nya detektionsmetoder som kan dyka upp. Begreppet regulatorgener berördes hastigt, men tycktes inte ingå i det som definierades som epigenetik.

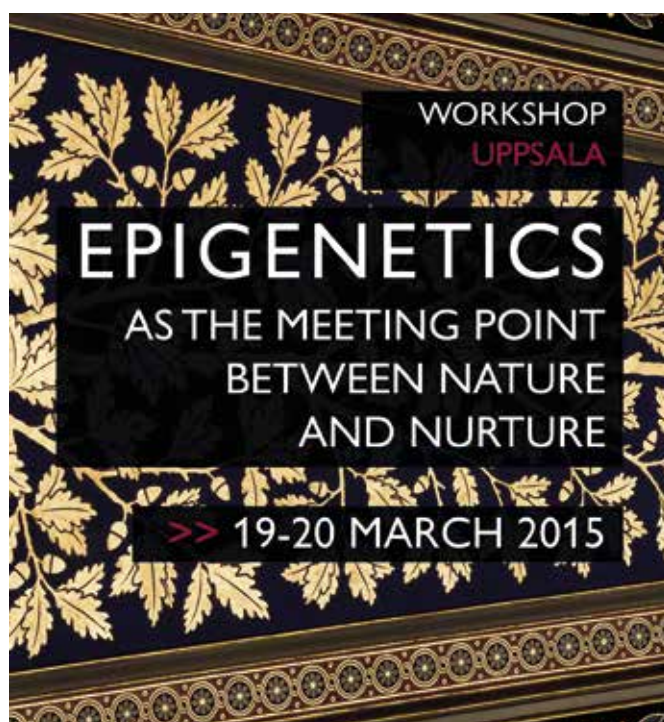
"Frågan som ställdes om epigenetiken var ett sätt att biologisera sociologin eller ett sätt att socialisera biologin kändes också klart motiverad."

Epigenetiken kan ses som ett cellulärt minne. Man talar om en epigenetisk signatur. Kanske kan epigenetiska förändringar till och med över tid finnas kvar över åtminstone några generationsgränser? Sådan epigenetisk ärftlighet definieras som en fenotypisk variation som inte kan förklaras av basparens följd men som ändå förs över till nästa generation.

Hur en påverkan in utero kan förstås som epigenetiska mekanismer är ett vanligt forskningsområde för epigenetikforskare. I vissa fall verkar det finnas bra belägg för att sådana egenskaper som är en följd av påverkan in utero kan föras vidare till nästa generation. För "early life stress" gällde detsamma. Många djärva och invecklade slutsatser fördes fram som tecken på epigenetisk påverkan. Som till exempel att mödrars depression under graviditeten minskade risken för att en depression postpartum hos samma moder inte som annars ökade risken för depressioner senare i livet hos barnet.

Man talar om epigenomet i stället för om genomet. Epigenetiker kallas forskarna och det är tydligt att detta är "cutting-edge" hos de unga forskare som förstått att koppla ihop ett molekylärt kunnande med ett kliniskt. Begreppet är egentligen inte nytt. Redan på 1960-talet hypotetiserade Waddington förekomsten av epigenetiken. Det finns ett nyvaknat intresse då det kommit enklare metoder för att kromosomspecifikt kunna registrera åtminstone metylering. Den vanligaste och enklaste metoden för att studera epigenetiken är metoden som kallas Illumina 450 array som mäter på 450 olika ställen i DNA-molekylen där metylering sker.

Speciellt i studier av neuronala nätverk och av nervcellers plasticitet finns tydliga framsteg när det gäller epigenetikens bidrag till förståelsen av inlärning. När det gäller psykiska sjukdomar är intresset stort för att förstå mer allvarliga sådana som bipolär sjukdom eller schizofreni med hjälp av epigenetiken. Man har också studerat hur behandling med elchocker (ECT) påverkar metyleringen av DNA-baserna. Här har man funnit en god parallellitet mellan de positiva kliniska effekterna av ECT och



graden av epigenetisk påverkan. En finsk forskare hade funnit att farmakologisk behandling med ett visst SSRI-preparat kunde ge bättre resultat när det gällde att öppna för effekten av olika psykoterapeutiska insatser och hur detta kunde ses i studier av epigenomet. Förändringar i lymfocytens mikro-RNA kunde korreleras till förändringar i MADRS-poäng.

Det fattades inte djärva citat bland forskarna: "Ras, kön och klass är relationella fenomen som påverkas genom processer av förkroppsliganden och epigenetisk påverkan. Biologi i denna bredare biosociala betydelse är en människas öde." Frågan som ställdes om epigenetiken var ett sätt att biologisera sociologin eller ett sätt att socialisera biologin kändes också klart motiverad.

Att förvärvade egenskaper skulle kunna ärvas är ingen ny idé. Förkastade och förkättrade forskare som Lamarck och Lysenko kanske kan få en renässans. I den tidiga sovjetstaten talade Lysenko om att man på några generationer kunde fostra en socialistisk människa som inte längre var självisk utan kunde se till kollektivets bästa. När man väl åstadkommit detta goda skulle den sorts genetik man då inte hade något namn på göra att dessa goda egenskaper kunde ärvas vidare. Idag skulle man kanske kalla det som Lysenko trodde på, men aldrig kunde visa, för epigenetik?

De allra flesta epigenetiska studier utförs på försöksdjur. De få som finns på människor är tvärsnittsstudier. Longitudinella

studier som avser att ge bättre förklaringar på vad som är hönan och vad som är ägget är på gång. Svenska epidemiologiska registerstudier, till exempel en långtidsuppföljning av psykisk sjukdom i Överkalix, får plötsligt en ny innebörd med det epigenetiska perspektivet. För de flesta analyser krävs avancerade statistiska metoder för slutsatser. Något intryck av att man, som Linné uttryckte sin upplevelse av genetiken i form av alla de olika arterna, kunde "se Gud på ryggen" fick jag inte.

Med reservationen att jag med mina begränsade kunskaper gick miste om en hel del kunskap som den med bättre förförståelse fick av dagarna är jag inte så imponerad över de slutsatser om mänskligt liv och hälsa man kan dra från epigenetiken. Men befarar samtidigt att jag kanske kommer att ha lika fel som den minister som sa att internet bara är en fluga.



Lars Englund

Allmänläkare, chefsläkare
Vårdcentral Jakobsgårdarna, Borlänge
Transportstyrelsen, Falun
Institutionen för Folkhälso- och
Vårdvetenskap, Uppsala Universitet
englund1@telia.com

Pressmeddelande från Karolinska Institutet 4.3.2015

Gen för tolerans mot miljögift funnen i människan

En ny studie från Karolinska Institutet och Uppsala universitet visar att vissa grupper av ursprungsbefolkningar i Anderna, norra Argentina, har ökat sin motståndskraft mot arsenik. Forskarna har även hittat genen som ligger bakom den förändrade ämnesomsättningen som skyddar mot arseniken. Studien är den första som visar att vissa människor har anpassat sig genetiskt till en förorenad miljö.

Befolkningen i argentinska Anderna har sannolikt exponerats för höga halter av arsenik i dricksvattnet i tusentals år. Den aktuella studien visar att invånarna som lever i regionen idag har en tydligt högre frekvens av en gen-variant som ger effektiv hantering av arsenik i kroppen, med betydligt effektivare metylering och utsöndring av mindre

giftiga arsenikmetaboliter. Andra befolkningsgrupper i närbelägna områden utan samma historiska arsenikexponering har betydligt lägre frekvens av den skyddande gen-varianten. Forskarna har identifierat förändringar i huvudgenen för arsenikmetabolism, AS3MT, som orsak till den förändrade metabolismen. Resultaten tyder på att människor har anpassats till arseniken via en ökning av skyddande genvarianter av AS3MT.

Studien, som publiceras i tidskriften *Molecular Biology & Evolution*, beskriver ett slående exempel på att människor har kunnat anpassa sig till lokala, ibland skadliga, miljöer. De som tålt arsenik har levt längre och fått fler barn vilket har lett till att gen-varianten idag är mycket vanlig i vissa regioner i Anderna. Endast ett fåtal sådana exempel har tidigare beskrivits hos människa.

Citat

"Vad är hälsa annat än ett labilt jämviktstillstånd med dålig prognos?"

Merete Mazzarella (författare, professor i litteraturvetenskap vid Helsingfors universitet),
Allmänmedicin 2/2002 s 215.

Narrativ medicin



Dagens allmänmedicin påverkas av ett växande managementtänkande tillsammans med fragmenterande ekonomiska incitament. Vårdens kvaliteter evalueras med nya metoder som "värdebaserad vård" där värde räknas i kronor och ören. Produktion går före etik, och det intersubjektiva mötet mellan patient och läkare håller på att nedvärderas. Perspektiven från narrativ medicin kan bidra till att visa vad som står på spel. Vilken blir annars berättelsen om allmänmedicinen?

Vi har tidigare beskrivit hur människor på gott och ont skapar, och lever i, en värld av berättelser [1]. Här följer en översikt av ämnet narrativ medicin. Samtidigt presenteras ett tentativt perspektiv på hur människors erfarenheter bidrar till utveckling av både hälsa och sjukdom.

Narrativer i medicinen

Ett narrativ är en berättelse om sammanhängande händelser. En narrativ tolkning av till exempel en "sjukhistoria" lägger vikt vid vem och vad som har vilken roll, vilken handlingen är, vilka metaforer som används och på grundläggande mönster i berättelsen. Beroende på infallsvinkel används begreppsapparaten dock på olika sätt inom narrativ medicin. Här beskrivs några perspektiv av relevans och intresse för allmänläkare.

Narrativ medicin i läkarutbildningen

Narrativ medicin ingår i grundutbildningen vid flera universitet, med Columbia University i New York i spetsen. Där har läkaren Rita Charon och medarbetare beskrivit "narrativ kompetens", det vill säga läkares förmåga att arbeta professionellt med berättelser [2]. Undervisningen i narrativ medicin har här handlat om att få studenterna att förhålla sig uppmärksamt till patientens berättelse. Målet är att främja läkarnas empati och lägga grunden för god och tillitsfull klinisk kommunikation.

Den danska läroboken "Laegers dannelselse" från Aarhus universitet visar på hur skönlitteratur kan användas i läkarutbildningen för en bättre förståelse av läkarrollen och dess utmaningar [3].

I Sverige erbjuds någon form av undervisning med utgångspunkt i skönlitteratur på alla läkarutbildningar. Katarina Bernhardsson har skrivit avhandlingen "Litterära besvär" om skönlitterära sjukdomsskildringar och medverkar i undervisningen i medicinsk humaniora på läkarutbildningen i Lund. Hon efterlyser en mer genomarbetad pedagogisk modell för

undervisning i humanistiska moment, såsom narrativ medicin, i läkarutbildningarna. Med hänvisning till "Laegers dannelselse" och arbetet i Aarhus föreslår hon en nordisk diskussion om att utveckla läkarutbildningens humanistiska moment [4].

"... ett kliniskt samtal om livet är grundläggande i medicinskt arbete."

Ett narrativt förhållningssätt i medicinen

Narrativ medicin utgår från att människor är berättande var-
elser, att berättelser påverkar oss och att alla har möjlighet att
vara medskapande när berättelserna ska skrivas och tolkas [1].
Ett narrativt förhållningssätt kan förväntas få ökad aktualitet
eftersom det stämmer med ett komplext systemtänkande om
hälsa och sjukdom som är under utveckling [5, 6]. Den brittiska
allmänläkaren John Launer är känd för sitt narrativa perspektiv
på allt kliniskt arbete, och har bland annat skrivit boken "Nar-
rative based primary care". [7]

Narrativa terapiformer

I linje med allmän kändedom om människans berättande natur
har narrativa terapiformer utvecklats. De utövas framför allt
av psykologer och psykoterapeuter. I narrativ terapi kan man
fokusera på själva konstruktionen av patientens berättelse, hur
den kom till och hur den med patienten som medförfattare
kan vidareutvecklas och bli lättare att leva med. Myter och
hjeltehistorier kan användas. Patienten bjuds då in till att se sig
själv i rollen som en hjälte som ska övervinna hinder i stället för
ett offer utan kontroll över situationen [8]. Ett annat exempel
är "narrative exposure therapy" efter psykiska traumata som
krigsupplevelser, där personen berättar sin livshistoria under
relativt få sessioner [9].

Ett narrativt perspektiv på människans biologi

Kunskapen om hur narrativer kan sägas bli inskrivna i männ-
iskans biologi ökar. Redan år 2000 dokumenterade psykologen
James Pennebaker att det kan ha positiva effekter på immu-
nsystemet bara att skriva om belastande emotionella erfarenheter
[10]. Idag sker en snabb utveckling av interdisciplinära områ-

"Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 1: Berättelsernas betydelse för sjukdom och hälsa" publicerades i AllmänMedicin 1-2015.

den som psyko-neuro-immunologi, funktionell avbildning av nervsystemet och epigenetik [6, 11, 12].

Därmed kan teorier om kopplingen mellan biografi och biologi börja formuleras och bli till ett vetenskapligt sammanhang för iakttagelser om hur livshistorier påverkar organismen.

Naturvetenskapen fokuserar allt mer på den levande organismen som en målinriktad och meningsökande helhet och samtidigt på komplexiteten i levande system [11]. Detta medför en gradvis uppgörelse med tanken om enkla, linjära och fragmenterade orsakssammanhang. Ett systemorienterat vetenskapligt tänkande baseras på insikterna att kropp och själ inte är åtskilda och att människan i grunden är social och relationell. Det mänskliga genomet och immunsystemet uttrycker svar på de intryck och erfarenheter en person får, och kroppens celler och organ påverkar varandra genom komplexa återkopplings-system [13]. Harvard-epidemiologen Nancy Krieger arbetar med begreppet "embodiment" och beskriver att "bodies tell stories" (kroppar berättar historier) om det levda livet [14]. Inom filosofin finns motsvarigheten i Maurice Merleau Pontys begrepp "the lived body" (den levda kroppen) [15].

Var skulle annars en människas tolkningar manifesteras, skulle en biosemiotiker fråga sig, om inte i den levande upplevande kroppen?"

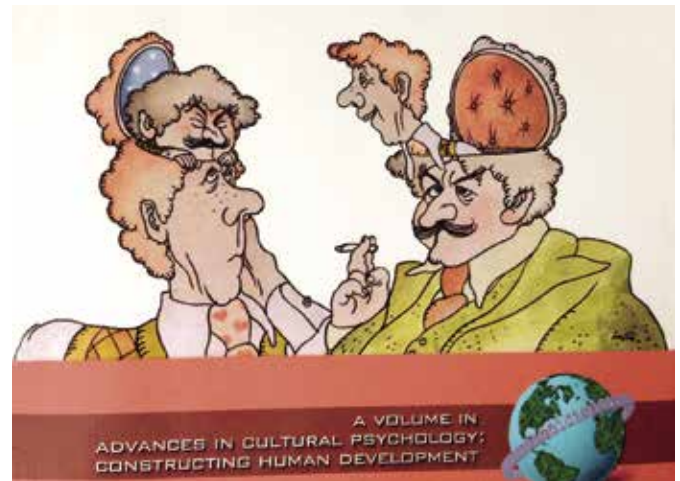
Narrativa tankegångar kan sammanföras med biologin inom ämnesområdet biosemiotik (grekiska: bios = liv, semeion = tecken). Tecken, koder, symboler och tolkning betraktas inom semiotiken som grundläggande fenomen i alla levande system och på alla nivåer [17, 18]. Ett biosemiotiskt perspektiv är kompatibelt med dagens molekylärbiologiska kunskap, men vidgar uppmärksamheten från de materiella aspekterna inom biologin till att också omfatta de relationella och kommunikativa aspekterna av livet och det levande.

En för många läkare okänd tänkare inom detta fält var socialantropologen Gregory Bateson [19].

"A system is any unit structured by and around feedback and made up of interaction parts which mutually influence one and another, forming pattern of behavior and communication. When two or more people interact, they are involved in a joint construction of actions and meanings. This relationship is an evolving one, with each person influencing the other and being in turn influenced by the other's responses and actions. Any action is viewed as a response and any response can be conceptualized as an action."

Gregory Bateson [19]

Forskare inom evolutionsbiologi, kognitionsvetenskap, antropologi och filosofi menar att Batesons fokus på relationella framför materiella aspekter av levande organismer kan medföra



Tage Danielsson och Hasse Alfredsson kommunicerar med varandra i revyn *Under Dubbelgöken*. Här omslag på boken *"Rethinking Language, Mind, and World Dialogically"* av Per Linell.

väsentliga framsteg [20]. Det verkar till exempel som att biosemiotiken kan leda framåt i synen på begreppen placebo och nocebo [21]. Att människors subjektiva tolkning av hjälp eller skada kommer till uttryck i personens biologi är inte något mystiskt. Var skulle annars en människas tolkningar manifesteras, skulle en biosemiotiker fråga sig, om inte i den levande upplevande kroppen?

Narrativt arbete i allmänmedicin – ett praktiskt perspektiv

Från Batesons relationella och semiotiska förståelse av livet åter till den kliniska vardagen i konsultationen. Vad kan narrativ medicin och ovan beskrivna teorier erbjuda här?

Människors biologi och hälsa präglas av deras berättelser. Det gäller de goda erfarenheterna som att bli stöttad, älskad, bekräftad och respekterad, alltså erfarenheter som är närande. Det gäller också de dåliga erfarenheterna som att bli missbrukad, misshandlad och avvisad, alltså det som är tärande [6, 11, 12, 13, 16]. Det kunskapsunderlaget är väsentligt för allmänmedicinskt arbete och utgör de nödvändiga argumenten för att ett kliniskt samtal om livet är grundläggande i medicinskt arbete [22]. Vetenskaplig dokumentation om detta räcker inte, det behövs också ett praktiskt perspektiv.

John Launer har i sin bok "Narrative-based primary care" sammanfattat de centrala budskapen i en lista med "sex C" [7].

Conversations/samtal: I narrativ medicin spelar språket en viktig roll. Språket bär mening. Sådana saker som tro och värderingar visar sig i människors ordval. Ord säger också något om makt. Vem har rätt att säga vad? Vad blir inte sagt? Läkaren bör vara medveten om sitt eget språkbruk. Medicinen präglas av många starka metaforer och berättelser som bör beaktas. I ett vidare perspektiv kan berättelsen om "kriget mot mikroberna" ha bidragit till att det tog lång tid för medicinen att inse att en välfungerande normalflora är av grundläggande betydelse för hälsan. Man kan också fråga sig om en berättelse som avslutas med orden "hon förlorade kampen mot cancer" är den mest meningsfulla om en människas sista dagar i livet.

Curiosity/nyfikenhet: Engagemang och nyfikenhet är grundförutsättningar om man vill lyssna på en berättelse, sär-



Illustration: Katarina Liliequist

skilt om man vill delta och ge alternativa tolkningar. Narrativ kompetens kan handla om att se mönster både i det som sägs och i det som inte blir sagt.

Circularity/cirkularitet: Detta ska förstås som motsatsen till linjärt tänkande, eftersom mänskligt meningsskapande sker i ständiga cirklar av återkoppling. Idéer speglas och testas i relation till andra, liksom attityder och beteenden ändras och påverkas av de egna erfarenheterna.

Context/sammanhang: Inte bara innehållet i ett samtal och hur saker sägs bygger upp berättelsen utan sammanhanget som ett samtal sker i har också stor betydelse. Ett fysiskt symptom fungerar till exempel ofta som en inträdesbiljett till läkaren, med konsekvenser för vilka berättelser som tar form.

Co-creation/medskapande: Patientens/klientens roll som medredaktör av berättelsen är avgörande i narrativ medicin. Det medför att terapeuten inte längre har positionen som allvetande expert, utan måste gå in i en mer jämlik roll som medskapare. Den norska allmänläkaren Eli Berg har skrivit fint om detta i boken "Det skapande mellomrommet i møtet mellom pasient og lege" [23].

Caution/försiktighet: Alla metoder kan ha biverkningar, om de används okritiskt. Några punkter som det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på:

- Ett narrativt närmande till hälsa och sjukdom är ingen enkel teknik utan förutsätter känslighet, kunskaper och färdigheter.

- Att ta del av patientens bördor kräver ödmjukhet. Att granska människors värsta livserfarenheter, deras grundläggande attityder och meningsskapande konstruktioner, och i synnerhet att ifrågasätta dem genom att sätta dem i relation till aktuell

sjukdom, kräver ett respektfullt förhållningsätt för att inte vara gränsöverskridande.

- Det medicinska narrativet är kraftfullt i sig självt. Om läkaren utgår från en uppfattning om vad som är det rätta för patienten kan det kväva försynta försök från patientens sida att skapa en meningsfull berättelse.

- Slutligen kan läkaren missa allvarlig behandlingskrävande sjukdom genom att fokusera för mycket på berättelsen och den mening som symtomen verkar ha i patientens liv. En människa med en belastande livsberättelse har inte bara mer sannolikt så kallade psykiska och funktionella symtom, utan ökad risk för sjukdom generellt [24]. Narrativ medicin kompletterar, men ersätter självklart inte en konventionell medicinsk utredning.

Avslutning

Detta är den andra av två artiklar om begreppet narrativ medicin med särskild referens till allmänmedicin. En del av det vi har beskrivit överensstämmer förmodligen med arbetssätt som många kollegor redan tillämpar. Förhoppningsvis kan de väcka ny inspiration och bidra med några nya idéer om hur läkare är medskapare till människors berättelser på gott och ont. Läkaren kan som vittne och professionell medtänkare hjälpa patienter att finna nya och mer välfungerande berättelser med positiva hälsoeffekter.



Lotte Hvas

Specialist i allmänmedicin, med dr. Forskningsenheden for almen praksis, Københavns universitet



Linn Getz

Professor, Allmenmedisinsk forskningsenhet, Institutt for Samfunnsmedisin, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)



Ursprungligen publicerad i Månedsskrift for almen praksis november 2013. Översatt och bearbetad av Josabeth Hultberg i samråd med författarna. Kontakt josabeth.hultberg@gmail.com

Referenser

1. Hvas L, Getz L, Hultberg, J. Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken. Del 1: Berättelsernas betydelse för sjukdom och hälsa. *AllmänMedicin*. 2015;36(1):15-17.
2. Charon R. *Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University press; 2006.
3. Vestergaard P, Gormsen LK, Christiansen K (red). *Lägers dannelselse – en antologi om skönlitteratur som element i lægeuddannelsen*. Aarhus: Philosophia; 2013.
4. Bernhardsson K. *Medicinsk humaniora*. I: Sigurdson O (red). *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*. Göteborg: Institutionen för litteratur, idéhistoria och Religion, Göteborgs universitet; 2014. s. 91-135.
5. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*. 1999;318:48-50.
6. Tomasdottir MO, Getz L, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen BS, Hetlevik I. Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: Cross-sectional analysis based on the HUNT study and theoretical reflections concerning basic medical models. *Eur J Person Centered Healthcare*. 2014;2(3):335-45.
7. Launer, J. *Narrative-based primary care. A practical guide*. London: Radcliffe Medical Press; 2002.
8. Mehl-Madrona L. *Narrative medicine. The use of history and story in the healing process*. Rochester, Vermont: InnerTraditions/Bear and Co.; 2007.
9. Gwozdziwycz N, Mehl-Madrona L. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *Perm J*. 2013 Winter;17(1):70-6.
10. Pennebaker JW. Telling stories: The health benefit of a narrative. *Literature and Medicine*. Spring 2000;19(1):3-18.
11. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. *Menneskets biologi – mätt med erfaring*. Månadsskr. Almen Praksis. 2011;89:975-83.
12. Karlén J. *Early stress, cortisol in hair and health among children in different psychosocial environments*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations, No. 1419; 2014.
13. McEwen BS, Getz L. Lifetime Experiences, the Brain and Personalized Medicine: An Integrative Perspective. *Metabolism* 2013;62, Suppl 1:20-26.
14. Krieger N. Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:350-5.
15. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. Oxford: Routledge, 1989.
16. Kirkengen AL, Thornquist E. The lived body as a medical topic: An argument for an ethically informed epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18:1095-101.
17. Barbieri M. *Biosemiotics: A new understanding of life*. *Naturwissenschaften*. 2008;95:577-99. doi: 10.1007/s00114-008-0368-x.
18. Jesper Hoffmeyer (red). *A legacy for living systems. Gregory Bateson as precursor to biosemiotics*. Dordrecht: Springer Science + Business Media B.V.; 2008.
19. Bateson G. *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago: University of Chicago press; 1972.
20. Steier F, Jorgenson J. Patterns that connect patterns that connect. In: Gregory Bateson – essays for an ecology of ideas. *Cybernetics and human knowing* 2005;12(1-2):5-10.
21. Ekeland T-J. *Placebofenomenet – hvordan kan det forstås?* *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:3017-20.
22. Getz L, Kirkengen AL, Petursson H, Sigurdsson JA. The royal road to healing. A bit of a saga. *BMJ*. 2011;343:d7826. doi: 10.1136/bmj.d7826.
23. Berg E. *Det skapende mellomrommet – i møtet mellom pasient og lege*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
24. Kirkengen AL. *The lived experience of violation: How abused children become unhealthy adults*. Bucharest: Zeta Books, 2010.

Sjukvårdsministern:

Tillvarata läkarnas kunskap och erfarenhet bättre!

Gabriel Wikström har Olof Palme som den goda förebilden och har inte mycket till övers för politiker som saknar vilja. Han vill se mer tillit till professionen och statligt medansvar för kompetensförsörjningen. New public management-ideologin verkar ha nått vägs ände. Det säger vår nye folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister i en intervju för AllmänMedicin.

Intervjun sker på Socialdepartementet, som ligger på Fredsgatan 12 i Stockholm och numera är ett så kallat skyddsobjekt. Det betyder beväpnad vakt på gatan och uppvisande av legitimation innan ytterdörren öppnas.

Väl inne möter en vänlig pressekreterare upp och intervjun kan börja. Ansvarssamrådet för denne minister är ganska omfattande, och idag hinner vi varken prata folkhälsa eller idrott utan bara sjukvård, närmare bestämt primärvård.

Gabriel Wikström ger intryck av att vara en lyssnande och reflekterande person, påläst, diskussionsvillig och öppen om sig själv. Han lever som folk gör mest. Är skild, har barn, tränar på gym, gillar att se film på bio och äter ofta ute med goda vänner.

Han verkar föredra samtal framför att svara på frågor. Ändå blir det en fråga:

”När trivs du som bäst i livet?” Jag får ett ovanligt svar.

– Jag trivs bäst när jag befinner mig i nuet. Jag vill låta mig uppslukas av det. Det är en buddistisk tanke, även om jag inte är någon buddist. Men det är inte alldeles lätt, för man har så sällan möjlighet att stanna upp och njuta av stunden.

”...de (allmänläkarna) förhindras att använda sina förvärvade kunskaper och erfarenheter på rätt sätt.”

Han förtydligar genom att berätta om hur det kändes att delta i valrörelsen 2014:

– Som SSU-ordförande innebar det fyra veckors ständigt resande och krav på prestation varje vaken minut. Jag tänkte: gud, så jobbigt! När ska jag hinna träffa familjen, när ska jag hinna vila, hur ska jag hålla mig på topp ända fram till valdagen?

– Men så kom en annan tanke: Jag vet faktiskt inte vad jag gör efter det här. Jag kanske slutar som SSU-ordförande, och kanske med politik också. Att här och nu



Namn: Gabriel Wikström
Född: 21 februari 1985
Bor i: Västerås
Bakgrund: Läst nationalekonomi och statskunskap vid Uppsala Universitet. Skolpolitiker i Västerås. SSU-ordförande 2011-14.
Arbete: Utsågs den 3 oktober 2014 till statsråd med ansvar för folkhälso-, sjukvårds- och idrottsfrågor.

få delta i en valrörelse, jamen, det är ju en fantastisk chans!

– Det här sättet att tänka gjorde mig mer uppmärksam på det som händer i min omgivning. Vilken publik står jag inför? Hur tänker de? Hur uppfattar dom det jag säger?

Att göra bra ifrån sig har alltid varit viktigt för Gabriel Wikström. Tidigare bar han på en ständig känsla av att inte räckta till. Av det mår man dåligt. Under en period i livet fick han prestationsångest av nästan allt, även när det var helt obefogat. Men den är borta nu.

– Det låter som en klyscha, men för mig har det faktiskt fungerat att släppa alla ”måsten”. Visst finns det tillfällen då jag känner mig otillräcklig, men då är det befogat.

Har du någon politisk förebild?

– Olof Palme. Han sa: ”Politik är att vilja”. Och precis så är det. Min erfarenhet är att det idag finns alldeles för många politiker som inte vill någonting. I alla fall uttrycker de inte någon vilja.

Man blir väl politiker för att man vill något?

– Jovisst, från början vill man mycket, men sen riskerar man att bli inlemmad i ett system som får en att tro att det man vill aldrig kommer att kunna genomföras. Då sänker man ambitionsnivån och till slut vill man ingenting. En del kallar det brist på handlingskraft. Jag tror att den grundläggande bristen är att man inte vågar visa sin vilja. Olof Palme hade både mod och vilja.

Har du fler förebilder?

– Dag Hammarskjöld. Hans roll var generalsekreterarens. På papperet handlar det inte om särskilt mycket makt, så ämbetet är helt beroende av den person som innehar det. Genom att verka i sin roll och med hjälp av sin eleganta filosofi satte han en standard som få har kunnat leva upp till.

Nu måste vi lämna förebilderna, intervjun skulle ju handla om dagens sjukvård. Första frågan: har en sjukvårdsminister anledning att känna sig stolt över dagens primärvård?

– Ja, jag känner mig stolt över de människor som arbetar i primärvården. Jag upplever dem som genuint intresserade av andra människor. Och att de vill göra ett bra jobb.

Finns det saker som du är mindre stolt över?

– Ja, den frustration jag upplever hos många allmänläkare jag träffar. Den

handlar om att de förhindras att använda sina förvärvade kunskaper och erfarenheter på rätt sätt. Hos läkarna handlar missnöjet om det, inte om lönenivåer eller förmåner som hos andra yrkesgrupper.

” ...man jagar pinnar och extra ersättningar i stället för att fokusera på det viktigaste: mötet med patienten.”

Kan situationen bli bättre?

– Jag tycker staten ska axla det ansvar den redan har i att stötta landstingen, stödet kan bli bättre. Vilket problem eller vilken utmaning man än pratar om så kommer man förr eller senare fram till att det är kompetensförsörjningen som är problemet.

– Under alldeles för många år har vi sagt att detta är landstingens ansvar eftersom de är arbetsgivare. Men kompetensförsörjningen är idag en utmaning för alla landsting, och då kan man inte säga att lösningen är en sak för varje enskilt landsting. Staten har ett medansvar och kan göra mycket mer när det gäller kompetensförsörjningen. Vi tänker till exempel börja det här året med att genomföra ordentliga behovsanalyser.

Hur gör man en behovsanalys?

– Ett sätt är att samla aktörerna: arbetsgivarsidan, professionerna och staten till ett gemensamt kompetensråd. Hur ser behoven ut på kort och lång sikt? Och vad behövs för att lösa problemen?

Det fattas 1 400 allmänläkare, vad tänker du om det?

– Vårdcentraler som fungerar bra och där alla känner att de kan utvecklas har sällan svårt att rekrytera. Det handlar till syvende och sist om organisation och de villkor man arbetar under. Vi borde organisera sjukvården på ett helt annat sätt än idag. Till exempel är det bra att diskussionen om storregioner kommit igång. Många landsting är för små för att klara dagens, och inte minst morgondagens utmaningar. Större och färre regioner skulle underlätta samarbetet med staten.

Menar du att regionalisering är en lösning på allmänläkarbristen?

– Nej, jag menar att större regioner är en förutsättning för den fortsatta utvecklingen, men det löser inte underbemanningen i primärvården. Där handlar det om planering, organisation och ledarskap, det som sammantaget definierar en kultur. Hur åstadkommer man en kulturförändring? Ett sätt är att se över styrningen. I dag verkar det som om man jagar pinnar och extra ersättningar i stället för att fokusera på det viktigaste: mötet med patienten. Det kan kanske vara en anledning till att unga läkare tvekar att söka sig till primärvården.

Vilken sorts styrning vill du ha?

– New public management-filosofin verkar ha kommit till vägs ände och andra begrepp som värdebaserad vård dyker upp. Därför vill vi utreda vad som ska ersätta den nuvarande modellen. Den här frågan ligger även hos civilministern och vill vi tillsammans försöka skapa ett system som tillvaratar professionernas kunskap och erfarenhet på ett bättre sätt än idag.

Vilket budskap vill du ge till allmänläkarkåren?

– Jag skulle vilja säga så här: Ni är jätteviktiga. Ni har stora förhoppningar lagda på er, både från nationell och regional nivå. Men om ni ska kunna infria förhoppningarna, så måste vi politiker se till att förändra hälso- och sjukvården och ge er rätta förutsättningar.

Politik är ju att vilja. Och nog finns det vilja finns hos Gabriel Wikström. Många av hans tankegångar verkar också överensstämna med det som professionen vill. Det finns alltså anledning att ha förväntningar – inte bara på allmänläkarna, utan även på den regering Gabriel Wikström representerar.



Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Skåne:

Sammanhållen forskning, utbildning och utveckling

All forskning, kompetensutveckling, utbildning och STIAT-samarordning inom Skånes primärvård samlas i dag inom två producent- och konkurrensneutrala verksamheter: Centrum för primärvårdsforskning, CPF och Kompetenscentrum Primärvården Skåne, KCP, med professor Jan Sundquist som gemensam verksamhetschef.

– Det gör att vi nu har sammanhållande plattform för forskning, utbildning och utveckling i framkant för såväl privat som offentligt driven primärvård, säger Jan Sundquist.

Primärvårdsforskning i medvind

Möjlighet att forska och arbeta samtidigt, handfast stöd, ta hem externa anslag och bygga nätverk. Så vill professor Jan Sundquist göra forskningen i Skånes primärvård mer intressant och professionell.

– Det är en både rimlig och nödvändig satsning, eftersom det är här de flesta patienterna faktiskt finns. Forskningen ger oss en unik kunskap som kan leda till påtagliga förbättringar av vården och gynna både patienter och samhället som helhet.

Tänk nytt och omsätt kunskap och resultat i klinisk vardag i primärvården! Den uppmaningen fick professor Jan Sundquist av Region Skåne och Lunds universitet för sex år sedan när Centrum för primärvårdsforskning skulle bildas.

Det som började i blygsam skala omfattar i dag ett 70-tal medarbetare, runt 750 publicerade vetenskapliga artiklar i ansedda tidskrifter, databaser, eget laboratorium och, inte minst, nio allmänmedicinska kunskapscentra, AKC, som stöttar och uppmuntrar till forskning och utvecklingsarbete i primärvården.

Från kliniska projekt till grundforskning

Vad ligger bakom framstegen? Flera saker, enligt Jan Sundquist. Den första är förtroendet från Region Skåne och Lunds universitet, som ansåg att primärvårdsanknuten forskning hal-kade efter och behövde stärkas. De ville satsa på en dynamisk miljö och beslöt att skjuta till både tjänster och extra medel.

– Vi använder anslaget från Region Skåne bland annat till att ge personalen i primärvården utrymme att forska. Det är där idéerna föds och där projekten ska förverkligas, förklarar Jan Sundquist.



Forskningen som bedrivs överbryggar kliniska projekt i primärvården och grundforskning.

– Frågeställningarna hämtas ur den kliniska myllan och molekylära mekanismer studeras för vanliga folksjukdomar i primärvården som exempelvis ångest, depression, hjärtflimmer, trombos och diabetes, säger Jan Sundquist.

Att de seniora forskarna är bra på att dra in externa medel och bygga nätverk i och utanför Sveriges gränser är andra framgångsfaktorer. Kontakter som är värda mycket.

– Vi har primärvården i blickfånget, men som forskare måste man utbyta influenser och vetande och fördjupa sig med andra discipliner. Forskningen och vårdkvaliteten blir bättre och möjligheterna att få medel ökar betydligt, menar Jan Sundquist, som tillsammans med övriga forskare drog in drygt 30 miljoner kronor i externa medel förra året.

Våga sticka ut

Man måste också våga vara djärv. Som exempel tar Jan forskningslaboratoriet med primärvård som bas. Få trodde på idén när den lanserades.

– Med hjälp av externa anslag har vi nu byggt det första laboratoriet i Norden där kliniskt verksamma i primärvården kan forska tillsammans med translationella forskare. Det har redan mynnat ut i flera studier, säger Jan.

Han framhåller att en stark infrastruktur med exempelvis databaser, hjälp med att tolka resultat samt stöd för att vässa ansökningar och göra forskningen tillgänglig är strategiskt viktigt för att lyckas.

– Därför har vi lagt ner mycket resurser på det, säger han. ►►

► Trots att många i primärvården brottas med hög arbetsbelastning och svårigheter att rekrytera personal är Jan Sundquist ändå hoppfull.

– Jag tycker att nyfikenheten för forskning har ökat. Många ser det som en fin möjlighet att göra skillnad, fördjupa sig inom ett område och att själv växa och utvecklas.

Ökad risk för blodpropp om familjen är drabbad

Han upptäckte att om du har ett syskon som drabbats av blodpropp ökar din egen risk att få det kraftigt och ännu värre är det om flera i familjen tidigare insjuknat. Möt distriktsläkaren och docenten Bengt Zöller på CPF.



Var försiktig med vissa p-piller och rökning är råd man ofta hör när det gäller att minska risken för blodproppar. Övervikt och inaktivitet är andra riskfaktorer som ofta uppmärksammas.

Nu visar det sig att det finns en annan minst lika stor riskfaktor som sällan diskuteras - din familjs sjukdomshistoria. Att ha ett, eller ännu värre flera, syskon som drabbats tidigare.

– För första gången har vi kunnat visa att familjens sjukdomshistoria är en minst lika stor riskfaktor som bör vägas in i den kliniska sjukhistorien och utredningen. Det kan vara särskilt viktigt att tänka på när en patient ska opereras, menar distriktsläkaren och docenten Bengt Zöller.

Forskarlaget har samkört flera nationella register och studerat 45 362 personer som haft venösa blodproppar.

Av resultaten framgår att ärftliga faktorer har störst betydelse i åldern 10-50 år. Har syskonet drabbats i 10-19-årsåldern ökade risken att själv drabbas fem gånger och hade man fler än ett drabbat syskon ökade risken med hela 50 gånger. Att ha en eller två drabbade föräldrar medförde även det ökad risk. Efter 50 års ålder verkar det vara andra faktorer som påverkar mer än ärftlighet.

Bengt Zöller har i andra studier även visat att åderbräck hos föräldrar eller syskon och att vara för tidigt född är riskfaktorer för venös blodpropp.

Mer från CPF

Mindfulness i grupp lika bra som individuell KBT

Gruppträning i mindfulness kan lindra ångest och depression lika bra som individuell KBT-behandling hos en psykoterapeut. Det visar en studie med skånska vårdcentralspatienter. Patienter från 16 olika vårdcentraler, som sökt för depression och ångest, behandlades med antingen kognitiv beteendeterapi eller mindfulness.

ADHD-medicin ökar inte risk för drogmissbruk

Det är större risk att hamna i drogberoende om man har

ADHD. Men det är tillståndet i sig, inte eventuell medicinering, som innebär en risk.

Laktosfritt kan minska cancerrisk

Mindre laktos i maten tycks ge en lägre risk att drabbas av lung-, bröst-, och äggstockscancer, visar nya rön. Ett lägre kaloriintag, på grund av intoleransen kan också spela roll.

Centrum för primärvårdsforskning (CPF) omfattar i dag fyra professorer i allmänmedicin, tre lektorer och fem forskningsledare. Tre professorer i resp. socialmedicin, folkhälsa och ekonomi ingår också samt ett 30-tal forskare, ett 30-tal doktorander samt statistiker, databashanterare med flera.

2014 publicerades 132 artiklar i ansedda vetenskapliga tidskrifter. Totalt är cirka 750 artiklar publicerade. CPF drog in hela 30 miljoner kronor i externa medel förra året från bland annat Hjärt- och lungfonden och National Institutes of Health.

FIRST ska förebygga stroke orsakad av förmaksflimmer

Varje år drabbas drygt 6 000 svenskar med förmaksflimmer av stroke. Med rätt medicinering hade många aldrig drabbats.

I nya forskningsprojektet FIRST är målet att fler patienter med förmaksflimmer ska få bra och rätt blodförtunnande behandling enligt nationella riktlinjer och på så sätt minska stroke och rädda liv. I projektet deltar 25 ofentliga och privata vårdcentraler.

– Projektet som vi hoppas ska leda till en förbättring för patienterna är unikt i Sverige, säger Kristina Sundquist, professor och projektledare.

Hon har dessutom beviljats cirka 18 miljoner kronor från amerikanska NIH för att fördjupa kunskaperna kring kopplingen mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och hjärt-kärlsjukdomar.



Från ord till handling... Förnyelsekrafter på Laröds AKC

AKC Laröd kommer att ligga i framkant när det gäller att ha koll på metoder för att främja levnadsvanor, läkemedelsbehandling för äldre och att minska fallskador. Det hoppas distriktsläkaren och nya AKC-koordinatören Veronica Milos Nymberg.

– Det känns som när jag lärde mig köra bil. Roligt, spännande och full fart framåt. Jag hoppas kunna bidra med kunskap och uppmuntra till att forskning blir en självklar del av vardagen i primärvården.



Det säger distriktsläkaren och forskaren Veronica Milos Nymberg. Hon är nyligen tillträdd som så kallad koordinator på Laröd Allmänmedicinska kunskapscentrum, AKC.

Själv tycker hon det är lika roligt att arbeta kliniskt med patienter, som med forskning och coaching.

– För mig hör det ihop. Både patienter, kollegor och jag själv har viktiga kunskaper, erfarenheter och upplevelser av problem att förmedla. Det gör att vi bättre kan ringa in kunskapsluckor och även sälja in forskningsidéer, anser Veronica Milos Nymberg.

Knyta ihop akademi och klinik

Som koordinator fungerar hon som ett slags sambandscentral för forskningsintresserad personal inom ett geografiskt område.

Det omfattar inte bara den egna vårdcentralen – en av de nio så kallade Allmänmedicinska kunskapscentrum som är knutna till CPF – utan också ett större nätverk av ett 40-tal offentliga och privata vårdcentraler. Kontakterna innebär besök, handledning av uppsatser och projekt, arrangera utbildningar och att vara bollplank. I nya satsningen ”Beställ ett seminarium” kan vårdcentralerna beställa föreläsningar i ämnen som övervikt och fysisk aktivitet, tarmen, hjärtkärlsjukdom och en guidad tur i kostjungeln.

– Alla delar är bra forum för att knyta ihop akademi och

klinik, utbyta kunskap och fånga upp goda idéer – som ibland ger uppslag till ny forskning, menar Veronica. Hon ger ett exempel: Det finns ett stort intresse i AKC-nätverket att hjälpa patienter att främja goda levnadsvanor. Men vilken metod är bäst? Det finns en uppsjö, men liten kunskap om vilken som är mest effektiv och fungerar i praktiken.

– Det är komplext och behövs mer forskning från ”golvet”. Därför planerar vi en egen studie, säger Veronica.

Hon är även starkt engagerad i att förbättra läkemedelsbedömningar för äldre patienter.

– Att skriva ut läkemedel är en av de vanligaste medicinska åtgärderna, men också den främsta orsaken till patientskador och patientsäkerhetsproblem. Det gäller inte minst multisjuka äldre personer, säger Veronica.

I ett forskningsprojekt undersökte hon och hennes kollegor effekten av apotekarledda läkemedelsgenomgångar i primärvården bland 400 multisjuka äldre. Vid genomgång med sjuksköterska, apotekare och distriktsläkare fann man att upp till 30 procent av läkemedlen varit onödiga och att en del patienter hade fått fel doser.

Veronica jämförde även antalet fallolyckor med de äldres läkemedelslistor och fann en tydlig koppling mellan psykofarmaka (antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel) och fallolyckor. ▶▶

Annons

- – Forskningen har lett till färre patienter med potentiellt olämpliga läkemedel och fler än tio läkemedel. Vi strävar också att göra läkemedelsgenomgångar i samband med varje ny inskrivning till äldreboende, säger Veronica Milos Nymberg.

Även närmare patienterna

Att flytta forskning till primärvården tar inte bara forskningen närmare personalen utan också patienterna.

– Jag ser stora fördelar för våra listade patienter. De får vara med att utveckla den framtida primärvården och mer tillgång till ny och effektiv behandling, avslutar Veronica Milos Nymberg.

Nio AKC i region Skåne: Capio Citykliniken Helsingborg Söder, Vårdcentralen Sorgenfri, Malmö, Vårdcentralen Bokskogen, Bara, Vårdcentralen Näsby, Kristianstad, Vårdcentralen Norra Fäladen, Lund, Vårdcentralen Sankt Lars, Lund, Vårdcentralen Täbelund, Eslöv, Vårdcentralen Centrum, Landskrona, Vårdcentralen Ystad och Vårdcentralen Laröd.

Andra exempel på AKC projekt är SHADES, en omfattande studie av sjukhempatienter i Eslöv, Jönköping och Linköping. Grain Exercise Trial är en studie i primärvården där man undersöker effekten av en spannmålsfri diet med och utan träningsprogram hos personer med bukfetma och risk för hjärt-kärlsjukdom.

KCP – allt i ett med bredd och djup

Sedan två år tillbaka ryms även Kompetenscentrum Primärvården Skåne (KCP) i organisationen. Där ingår allmänläkarkonsultverksamhet, AT- och ST-utbildning, kunskapscentrum för barnhälsovård, expertgrupp för mödrhälsovård, verksamhetsförlagd utbildning och fortbildning.

– Vår gemensamma plattform har medfört stora samordningsvinster, såväl inom KCP som mellan KCP och CPF, säger enhetschef Eva Pulverer-Marat.

Verksamhetsförlagd utbildning i primärvård (VFU) arbetar för att skapa praktikplatser för studenter, i privat och offentlig primärvård – under förra året 2 300 praktikplatser. Ett stort nätverk av handledarutbildade allmänläkare medverkar till att göra handledningen på vårdcentralerna till en av de mest uppskattade kliniska delarna på läkarutbildningen.

Fortbildningsenheten arrangerar, samordnar och utvärderar utbildning för alla medarbetare i primärvården, både i offentlig och privat regi. Målet är att skapa förutsättningar för en evidensbaserad vård. Under förra året erbjöds totalt 184 utbildningsaktiviteter för cirka 4 000 deltagare med bredd och djup inom många ämnesområden.

Allmän och specialisttjänstgöring, AT-/ST primärvård, planerar, kvalitetssäkrar och ansvarar för läkares allmän- och specialistutbildning inom allmänmedicin. 17 studierektorer stödjer 300 ST-läkare inom privata och offentliga hälsovalsenheter och 126 AT-läkare som är placerade i Skånes primärvård.

Tillsammans med CPF har enheten erbjudit regionens ST-läkare som måste göra ett vetenskapligt arbete en introduktionskurs i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete och handledning. Kursen mynnade ut i 72 godkända projektplaner under 2014.

Allmänläkarkonsulter, AKO Skåne Basen i AKO-arbetet är ny eller bättre samverkan mellan primärvårdens Hälsoval och specialiserad sjukvård, att ta fram enhetliga och lättillgängliga riktlinjer och arrangera lokal och regional fortbildning för allmänläkarna. Här finns också satsningen Videoteket – ett digitalt, lättillgängligt komplement till traditionell fortbildning, se text strax intill.

Kunskapscentrum för barnhälsovård arbetar med flera olika regionövergripande uppdrag som gäller barns hälsa. Det handlar bland annat om stöd till medarbetare inom barnhälsovården i form av fortbildning, arbete med riktlinjer och rådgivning och workshops som stöd i arbetet med att främja amning, barnsäkerhet, föräldragrupper och förebygga psykisk ohälsa. Enheten tar även fram statistik och utvärderar insatser. Stöd till mödrhälsovården är ett eget kunskapsområde.

Satsningen på att vässa personalens kompetens för att kunna utföra hörselscreening på Skånes fyraåringar har gett resultat.

– Andelen hörselkontroller ökar stadigt. För två år sedan var det bara 64 procent av fyraåringarna som kontrollerades, senaste mätningen visade ungefär 87 procent, säger Ylva Thor, distriktssköterska och vårdutvecklare.

Enheten arbetar även med ett antal projekt.

Knäpunktion, yrsel och ländryggsmärta – nu på film

Hur görs knäpunktion på bästa sätt? Hur tolkar man en spirometrimätning? I nya videoteket finns en mängd instruktionsfilmer om lilla kirurgin och olika undersökningstekniker för distriktsläkare, ST-läkare och studenter.



Satsningen från KCP kallad Videoteket permanentades under 2014. Syftet med filmerna är att de ska kunna ses i läkargruppen och i handledningssituationen för att väcka diskussioner kring olika frågeställningar och hjälpa till att skapa rutiner, exempelvis kring vårdprogram. Upplägget är ”doktorfrågar doktorn”, vilket innebär att en läkare från primärvården diskuterar med en organspecialist.

Totalt finns nu 23 filmer om allt från knäpunktion och yrsel till ländryggsmärta, spirometritolkning och sjukskrivning.

– Under året väckte filmerna om basal läkemedelsgenomgång, subakut ländryggsmärta, cancer och alarmsymtom samt osteoporos stort intresse. Vi är även på gång med webbaserade seminarier om olika ämnen, säger AKO-koordinator Cecilia Erwander, som är en av de ansvariga för Videoteket.

Jan Sundqvist
med medarbetare
Centrum för Primärvårdsforskning (CPF)
Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö (IKVM)
Lund University/Region Skåne
jan.sundquist@med.lu.se

Snabbanalys PK(INR) ger en mer patientsäker vård

För att förkorta och förenkla processflödet för Warandoseringsarna på Boo vårdcentral infördes snabbanalys av PK(INR) på vårdcentralen. Processen kortades från 28 steg och 9 inblandade parter till 9 steg och 4 inblandade parter, och patientsäkerheten ökade.

Warandoseringsarna sköts olika över landet. På många håll är det centraliserat till antikoagulationsmottagningar och sköts av sjuksköterskor. I Stockholm är det ofta distriktsläkarna som ordinerar. Det finns också möjlighet för patienterna att gå utbildning för att självtesta och själva dosera sitt Waran. Ökad delaktighet ger ofta en högre patientsäkerhet. Självdosering är också smidigt om man reser mycket eller är yrkesverksam och har svårt att ta sig till vårdcentralen.

Boo Vårdcentral i Nacka sköter warfarindoseringen för ungefär 245 patienter och det är distriktsläkarna som ordinerar. En riskanalys kring warfarinordinationerna visade att provtagning och dosering innehöll många olika steg (28) och många inblandade parter (9) vilket gav en hög risk för fel. Vårdcentralen och laboratoriet är två olika enheter inom landstinget vilket också gav fler riskmoment. Tid från provtagning till att patienten fått sin ordination per post var 1-3 dagar.

Pilotprojektet

Ett pilotprojekt i form av ett samarbete mellan vårdcentralen

och Karolinska Universitetslaboratoriet genomfördes under 6 månader 2014 för att testa införandet av snabbanalys av PK(INR). Syftet var att förkorta och förenkla processflödet för att öka patientsäkerheten, samt att utvärdera kvalitet, tidsåtgång och kostnader för det nya processflödet.

Initialt hade Karolinska Universitetslaboratoriet invändningar kring metodens precision eftersom snabbanalysmetoden CoaguCheck har något större spridning än standardmetoden Owren.

Före piloten använde det lokala laboratoriet metoden Owren, samma som används på centrallaboratoriet och som är standard i Sverige. Apparater för snabbanalys införskaffades i form av två CoaguChek-apparater och processflödet gjordes om. CoaguChek är en utvärderad och godkänd metod som dock är känsligare för interferenser då provet inte späds. Metoden kallas också för torr Quick-metod.

Innan en patient kan börja med CoaguChek behöver man ta minst två dubbelprover för att jämföra med metoden Owren på centrallaboratoriet. Proverna får inte avvika mer än 0,3 för att patienten ska kunna gå över till snabbanalysmetoden. Om patienten t.ex. har lupusantikoagulan så interfererar det med metoden. Om patienten avviker konstant lika mycket kan man anpassa intervallet individuellt. När dubbelproverna var klara visade det sig att 8 % inte var lämpade att direkt gå över till

Processflödet Waran: 28 steg och 9 inblandade parter...

(patienten, kassan, lab, läkare – flera olika, usk – flera olika, sekr, posten, brevbäraren, elektronisk kommunikation/datasystemet)



...blir 9 steg och 4 inblandade parter.

(patienten, kassan, lab, läkaren – endast en)



Figur 1

den nya metoden. En del av dessa fick ett eget intervall, en del övergick från Waran till NOAK (Nya Orala Antikoagulantia) och några blev godkända efter ytterligare dubbelprover.

Patienterna fick bokade tider för provtagning istället för att som tidigare ta könummer till lab. Tiderna var i femminutersmoduler två timmar per dag vilket var lagom för den patientvolym som vårdcentralen har. Ett rum på laboratoriet gjordes om så att läkaren fick en arbetsplats i samma rum som provtagningen gjordes. Patienten fick sitt värde direkt och läkaren gav patienten ordinationen samt tid för nästa prov i anslutning till provtagningen. Vid behov av att boka om sin tid så hade patienterna ett direktnummer till en undersköterska.

TTR (Time in Therapeutic Range) samt kostnader och avvikelser registrerades. Utvärdering gjordes även i form av enkäter till patienter, läkare, undersköterskor och laboratoriepersonal.

Nytt processflöde

Processen kortades från 28 steg och 9 inblandade parter till 9 steg och 4 inblandade parter (fig 1 på föregående sida). Tidsåtgången för patienten minskade till mindre än 10 minuter från att de kom till vårdcentralen till att de fått sin ordination och kunde gå hem.

Time in Therapeutic Range (TTR) förbättrades från 75 % till 81 %. Avvikelser minskade något och det var ingen patient som inte fått sin ordination vilket hade förekommit tidigare.

Initialt förelåg ett motstånd i läkargruppen, eftersom uppfattningen fanns att undersköterskorna kunde göra vissa moment samt att man helst inte ville vara schemalagd för ännu ett åtagande. När pilotförsöket pågått några månader var de flesta läkare nöjda med upplägget. Patienterna var till övervägande del mycket nöjda. Det var endast en patient som önskade fortsätta enligt den gamla rutinen. Tidsåtgång för personalen minskade för alla inblandade personalgrupper inklusive laboratoriepersonalen. De löpande kostnaderna sjönk från ca 76000 kr/mån till ca 59000 kr/mån men väntas stiga något p.g.a. planerad prishöjning av provtagningen från laboratoriet.

Införskaffandet av snabbanalysmetod möjliggjorde ett helt annat processflöde vilket gav en ökad patientsäkerhet. Som mest effektiv och säker blir en process när det är få inblandade och få steg. Ju färre steg desto färre möjligheter till fel. Det ska vara "svårt att göra fel". Förändringarna ledde även till ökad kvalitet, minskad tidsåtgång för såväl patienter som personal samt minskade löpande kostnader. Såväl patienter som personal var nöjda med förändringarna.

Patientens medverkan ökade

En analys nära patienten med ordination i samband med besöket ger förutsättningar för en individuell dosering av warfarin med hög säkerhet gällande doseringsinstruktionen till patienten, även om snabbmetoden har lite mer spridning än Owren-metoden. En patient som ser sitt INR-värde blir också mer involverad och engagerad i sin vård.

Att TTR förbättrades skulle kunna bero på att patienterna nu kunde förmedla direkt till läkaren om de trodde att en svängning berodde på någon tillfällig händelse, t.ex. glömd tablett, ändrad kost eller tillfällig antibiotikakur. Då behöver man eventuellt inte ändra patientens veckodos. Vid behov av t.ex. Fragmin p.g.a. lågt INR kan man ordna det direkt på plats istället att som förut försöka få tag i patienten på telefon när

AllmänMedicin gratulerar



Rita Fernholm och **Carolina Moulto Heijler**, Boo vårdcentral, vann Stockholms läns landstings patientsäkerhetspris 2015 med sitt förbättringsarbete "Införande av snabbanalys PK/INR på vårdcentralen – ett samarbete mellan Boo vårdcentral och Karolinska Universitetslaboratoriet."

Juryns motivering: "Arbetet visar på tydlig patientnytta i form av både säkrare provtagnings- och ordinationsprocess och mindre tidsåtgång vid Waran-behandling. Dessutom är både patienter och personal nöjda med förändringen, som gör patientens väg i vården säkrare med färre inblandade parter. Dessutom har pristagarna åskådliggjort arbetet på ett förtjänstfullt sätt."

svaret kom. Allt detta ger en hög kvalitet och trygga patienter.

För 8 % av patienterna kunde snabbmetoden inte tillämpas direkt då avvikelserna mellan standardmetod och snabbmetod överskred gällande gräns. Ett sätt att hantera detta är att patienter med konstant avvikelse kan få ett eget intervall för sin dosering och vissa patienter kanske föredrar nya orala antikoagulantia. Om gränserna för godkännande ändras framöver, vilket verkar vara fallet, kan fler patienter komma att inkluderas. Andra snabbanalysmetoder kommer på sikt att komma till marknaden och kanske kan de inkludera fler patienter. Det finns även en Owrenmetod på marknaden som ger svar inom två minuter (Simple Simon PT) som i framtiden kanske kommer att få större spridning.

Vi hoppas att andra kan bli inspirerade att göra om sina flöden för ökad patientsäkerhet. Nu när piloten fallit väl ut är Karolinska Universitetslaboratoriet positiva till att snabbanalysmetod kan användas på deras lokala laboratorier.



Rita Fernholm
med. lic.

Boo vårdcentral, Nacka
rita.fernholm@gmail.com

Jäv saknas.

Bertil Hagström: Aktivist på flera plan

Första gången jag träffade Bertil var på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg på 90-talet. Vi gjorde något gemensamt arbete och hade väldigt roligt. Sedan gick det många år då vi stötte på varandra sporadiskt. Rätt som det var fanns han inte bara i kollektivhuskretsar utan också i styrelsen för Läkare för Miljön (LfM). Här är han mycket aktiv i Göteborgs lokalgrupp som bland annat ordnar seminarier på Ekocentrum och symposier på läkarstämman. Det han engagerat sig mest i är hormonstörande kemikalier, läkemedel och att förhindra avloppsslam på åkrarna.

Hur började ditt miljöengagemang?

– Varför man under sitt tidiga vuxenliv blir intresserad av miljöfrågor kan man undra länge över. Nånstans handlar det om livet och dess överlevnad med prägling från barndomen. Rachel Carsons ”Tyst vår” (1963), Georg Borgströms ”Mat för miljarder” (1962), ”Gränser för vår tillvaro” (1964) samt inte minst Hans Palmstiernas ”Plundring, svält, förgiftning” (1968) läste jag. Sen dess är jag miljöengagerad – så till den grad att jag på marginalen var med på FN:s första miljökonferens i Stockholm 1972. Sedan var jag nog miljöpartist långt innan det partiet fanns.

Vad driver dig?

– Djupt rotat är det en önskan om att barn och barnbarn ska få uppleva en framtid som blir så god som den jag fått uppleva. Det finns en fäfång förhoppning om att klimat- och miljöproblemen ska kunna hanteras på ett klokt sätt av världens ledare, även om jag inser att maktens människor och de ekonomiska systemen lever egna oansvariga liv.

Hur påverkar det ditt sätt att leva?

– Alla vet ju att det är svårt att leva som man lär eller vill leva när det gäller miljön, men man får göra så gott man kan. Jag har slutat att flyga i oträngt läge och tar tåget istället. Är det ett trängt läge betalar jag koldioxidskatt (fungerar det... egentligen?!). Jag har definitivt bestämt mig för att inte äta kött från idisslare (nöt och får, framförallt det sistnämnda i konflikt med naturvårdande aspekter). Komposterar allt inklusive toans produkter vid sommarstugan. Gasbil sedan 15 år (enkelt med många tappar i Göteborgsområdet!!). Använder mig av en egen livsregel: i stället för 10-faktorn (man kan använda alla saker 10 gånger längre än vad man tror) kör jag med faktor 100 (till en del personers förundran eller förtvivlan). Odlar, eller det är faktiskt mer min hustru, men jag gräver och gödslar innan. Ibland, för att inte säga ofta, halkar jag snett och betar mig som en miljöbov. Ibland njuter jag i smyg av en del som är onyttigt både för mig och för min hälsa.

Hur kopplar du ihop miljöfrågorna med allmänmedicinen?

– Inte alls svårt, eftersom miljö- och klimatproblematiken i ett större globalt sammanhang kräver genuint preventivt tänkande och handlande. Gör vi inget tidigare, så kommer klimatet att bli etter värre senare, så är det bara, tyvärr... Vad gäller miljön i allmänhet finns mycket att fundera över. Bara medikaliseringen



Namn: Bertil Hagström hagstrom.bertil@gmail.com

Ålder: 68

Bor: I kollektivhuset Majbacken i Göteborg, som han och hans hustru startade 2004, samt sommarstuga med odlingar i Horred (5 mil söder Borås) med bonustraktor.

Familj: Elisabeth livspartner sedan 50 år, folkhälsoplanerare. Fyra barn och strax 10 barnbarn.

Allmänmedicinsk karriär: Medicinstudier i Göteborg 1967 – 73. AT/FV(ST) i Mölndal 1973–1979. Bydoktor i Storvik 1979–2002. Hälsocentralchef 1982–93 samt chefläkare i Sandvikens sjukvårdsdistrikt 1982–1987. Ordförande i Gästriklands kvalitetskommitté 1994–97. Läkare vid Sätilla vårdcentral 2002–2009. Lärare i epidemiologi/hälsoekonomi 1996–2002 Högskolan i Gävle. Lärare vid Allmänmedicin, Göteborgs universitet 2000–2002. Handledare vid vårdcentraler 1980 – 2009. Diploma in Public Health 1998. Med. dr 2007. Medlem i SFAM sedan 1981. Ordförande SFAM Södra Älvsborg 2008–2009. Styrelsemedlem i SFAM 2009–2012. Knuten till Primärvårdens FoU-enhet Borås 2003 – t.v. Korta uppdrag i Sierra Leone, Zanzibar, Kenya samt Pakistan. Diverse skrivelser i forsknings- och allmänmedicinska frågor. Deltagit i kongresser och konferenser som åhörare och föreläsare, hemmavid och utomlands.

Miljökarriär: Medlem i Miljöpartiet 1982, kommunalt parti-aktiv 1980–1990-tal. Landstingsledamot (Gävleborg) 1988–1991 och 1998–1999. Ersättare i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Södra Älvsborg, VG-region 2012–2014. Medlem i Mp Göteborgs klimätätverk. Styrelsemedlem i Läkare för Miljön 2009–tv.

Aktiviteter som senior: Mobbar och fabbar (= morfar/farfar som vabbar) barnbarnen. Hyrläkeri någon vecka per månad. Enstaka handledning av FoU. Aktivt arbete i vårt gemenskapsboende. Läkare för Miljön tar en del tid med seminarier, möten, debattartiklar, remissvar. Sommarstugan med odlingar och huspyssel. Hugga, kapa, klyva och stapla ved som rogivare. Motion i form av löpning (vilket innebär att jag nu springer för att kunna gå lika fort som jag tidigare gick).



Läkare för Miljön (LfM) är en politiskt oberoende och ideell förening för läkare och övriga verksamma inom sjukdomen. Föreningen bildades 1991 och har ca 250 medlemmar. Föreningen vilar på vetenskaplig grund. Att vända samhällsutvecklingen mot ett ut hålligt kretsloppssamhälle är vår viktigaste överlevnadsfråga.
www.lakareformiljon.se

med hormonpåverkade fiskar, antibiotikaresistens och alltför glada fiskar av SSRI etc. som följd, är sådant som vi är påtagligt delaktiga i. Allvarligt är misstankarna om hormonstörande kemikaliers påverkan på barn. Mödra- och barnhälsovården borde vara mer proaktiva och diskutera mjukgörare och annat i hemmiljön t.ex. (alla dessa mjukisdjur, starkt färgade plastleksaker etc, har de en vettig märkning?)

Vad tycker du är de viktigaste miljöfrågorna just nu?

– Så många frågor är viktigast just nu. Enklast och alldeles uppenbar är ”försiktighetsprincipen” som måste tillämpas i all kemikalie miljö. Efter att ha lyssnat till bland annat professor och barnendokrinolog Olle Söder om just detta har jag blivit övertygad om ftalater, bisfenol A, flamskyddsmedel och andra hormonstörare faktiskt kan ha en del i könsmissbildningar, ADHD, obesitas, allergier och en del annat. Maten är en annan fråga som är starkt värdeladdad. Idisslande djur som nöt och får har en påtaglig klimatpåverkan samtidigt som sådan föda inte är särskilt bra för hälsan.

– Att säga att klimatfrågan och temperaturökning på vår jord är ett stort hotande helvete är kanske svårt att ta emot, men så tror jag tyvärr att det är. Detta är något vi alla måste ta till oss och agera utifrån, alla utifrån sina personliga förutsättningar, mer kan man inte begära...

Borde allmänläkare vara mer aktiva i miljöfrågor?

– Ja, dom också.



Traktorsläpet efter granfällning med Minna, Joel, Vilmer och Siri.



Majbackens bogemenskap är ett åttavåningshus med 31 lägenheter och drygt 200 kvadratmeter gemensamma utrymmen. Föreningen vänder sig till personer i mogen ålder som inte har hemmavarande barn. Man eftersträvar ett boende med nära kamrater, gemenskap och omtanke.
www.majbacken.org



Bertil Hagström från 1982...

...och idag.

Bo i kollektivhus – vad betyder det för dig?

– Få nya vänner på äldre då, vilket annars inte är så enkelt. Gemenskap och intellektuellt utbyte. Tanken på att vi faktiskt kan vara till hjälp för varandra. Alltid någon i närheten och ensamheten kan därmed minimeras. Vända på argumenten och ibland behöva ändra sig, vilket är lärande.

Borde allmänläkare stödja kampen för fler kollektivhus?

– Nja, kanske inte specifikt för allmänläkare. Det är väl ett samhällsmässigt agerande som borde till för att befrämja gemenskap och minska ensamhet och ensamboende på äldre då. Sådana initiativ torde nog komma med tanke på att den tidigare demografiska pyramiden nu snarare ser ut som ett torn och innebär en orimligt stor försörjningsbörda för den yrkesverksamma delen av befolkningen.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



David Brown 1961 med Bertil och barnbarnet Malte.



Läkarförbundets fortbildningsöversyn testad på Ängsgårdens vårdcentral

Ängsgårdens vårdcentral i Surahammar har testat Läkarförbundets nya modell för fortbildningsöversyn. Där tyckte man det borde vara lika naturligt att se över fortbildningen som att granska ST-utbildningen.

Läkarförbundet lanserar nu en metod som förväntas förbättra förutsättningarna för läkarnas fortbildning. En webbenkät skickas till specialistläkarna vid enheten. En tid därefter besöker en kollega, ”moderatoren”, enheten, redovisar enkätresultatet och leder en gruppdiskussion om fortbildningen. Förslag till förbättringar noteras.

Så långt liknar granskningsmodellen SPUR-inspektion av ST. Men fortbildningen för färdiga specialister är oreglerad och några föreskrifter finns inte. Fortbildningsöversynen handlar därför om stöd till de enheter som vill få hjälp att förbättra fortbildningen.

Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, har medverkat i utvecklingen av modellen. Hon hoppas att den ska få fart på fortbildningen.

– På många håll saknas en genomtänkt



Möte på Ängsgårdens vårdcentral.

Foto: Gösta Eliasson

struktur för kompetensutveckling. Om chefen och läkarna sätter sig ner och klargör vilken typ och vilken mängd fortbildning som behövs blir det enklare att planera, avsätta budgetmedel och formulera handlingsplaner. Det är just den sortens dialog vi tror att fortbildningsöversynen uppmuntrar till.

Under våren har fortbildningsöversynen testats på ett antal kliniker och vårdcentraler. En av dessa är Ängsgårdens vårdcentral i Surahammar.

Marie Sundt, fortbildningssamordnare i Västmanland, har deltagit i en förberedande utbildning på Läkarförbundet och var moderator vid testningen på Ängsgårdens vårdcentral.

– Det bästa var att man kunde slappna av från patienter en stund och tänka på sin egen kompetensutveckling. Det hjälpte oss att strukturera vår fortbildning, något som ofta glöms bort. Till exempel bestämde vi oss för att minska antalet bokade patienter för övriga kollegor då någon av oss är på kurs.

”Det bästa var att man kunde slappna av från patienter en stund och tänka på sin egen kompetensutveckling.”

Så här går en fortbildningsöversyn till

- En webbenkät skickas till specialisterna några veckor i förväg.
- Besöket av moderatoren tar 3–4 timmar, fördelat på:
10 min introduktion
45–60 min presentation av enkätresultatet
45–60 min grupparbete
45–60 min gemensam diskussion och åtgärdsplan
30 min avslutande samtal med verksamhetschef
- Översynen följs upp med en ny enkät, men utan platsbesök, efter ett år.

Hur upplevde du metoden?

– Det kändes verkligen som om besöket utifrån hjälpte läkarna att komma igång med sin fortbildning och hjälpte dem att skapa bättre rutiner.

Hur fungerade enkäten?

– Enkäten är jätteviktig. Deltagarna måste ju först få en chans att fundera över hur de har det med sin fortbildning. När enkätsvaren presenterades visade det sig att de hade tolkat frågorna på olika sätt, och då kan man ju uppfatta enkäten som opålitlig. Men det viktigaste är trots allt inte svaren, utan den diskussion som frågorna väcker till liv.

Catherine San Filippo är verksamhetschef och har gjort sin ST på Ängsgårdens vårdcentral. Hon tycker att översynen var värdefull.

Skulle fortbildningsöversynen vara värd kostnaden, dvs. runt 10 000 kronor?

– Absolut! Finansieringen tror jag inte är något problem. Man får troligen tillbaka det genom mer kostnadseffektiv fortbildning. Det borde vara lika naturligt med fortbildningsöversyn som med SPUR-inspektion av ST.

Om ett år kommer vårdcentralen att få en uppmaning att följa upp om de förbättringar som man beslutat om blivit verklighet.

Gösta Eliasson

Ordförande i fortbildningsrådet
gosta.eliasson@sfam.se



Läkarstudenter vill gärna bli allmänläkare

Andelen allmänläkare i Sverige är lågt i jämförelse med andra länder. Stora resurser är bundna till sjukhusen. Vakanser bidrar till en alltför stor arbetsbelastning för allmänläkarna. I två studier från Göteborg hade studenterna en positiv uppfattning om allmänläkarens arbete och arbetsmiljö. Två tredjedelar kunde tänka sig att bli allmänläkare. Med rimlig arbetsbelastning och en stödjande organisation bör många av dessa kunna rekryteras till primärvården.

Sveriges fåtaliga allmänläkare

Att vara allmänläkare är att ha ett yrke som är likartat över hela världen. Man tillbringar en stor del av tiden med att sitta ensam med en patient, lyssna och fråga och försöka förstå patientens medicinska besvär, utreda och kanske behandla. Det är ett yrke som lockar många. Andelen allmänläkare av totalantalet läkare ligger i många länder mellan 25 och 40 %.

I Sverige är andelen 16 %, vakanserna har i decennier varit många och den ekonomiska utvecklingen inom primärvården motsvarar inte den ekonomiska ökningen som kommit sekundärvården (sjukhus) till del. Sverige är av tradition ett sjukhuscentrerat land, allmänmedicinen har fått kämpa sig fram till en position av åtminstone ett visst erkännande från 1970-talet och framåt.

Återkommande ställs frågan om hur Sverige ska få fler allmänläkare. Lösningssöket har varit halvdana och har inte förmått göra något åt de två stora problemen arbetsmiljön – enkelt uttryckt som alltför stor arbetsbelastning – och obalansen av antal läkare i primär- och sekundärvård.

Göteborgs läkarstudenter

Jag och medarbetare har gjort två studier med läkarstudenter för att ta reda på hur de ser på allmänläkarens arbete och om de själva kan tänka sig att bli allmänläkare.

I den första studien [1] fick läkarstudenter i Göteborg som gick sista året skriftligt redovisa sina uppfattningar om allmänläkarens kompetens. De har då under utbildningen haft totalt sex veckors allmänmedicin. Vi frågade om situationer eller patientproblem där allmänläkaren hade särskilda förutsättningar (jämfört med andra specialister) att ta sig an problemet. Totalt skrev 49 studenter 1-2 A4-sidor ("reflective writing"). Med så kallad innehållsanalys (analysmetod av texter) fick vi ur studenternas texter fram ett antal särdrag för allmänläkarens arbete. Studenterna var överlag positiva till allmänmedicin.

Allmänläkaren har **speciella förutsättningar** för sitt arbete: Personkännedom, möjligheterna till nära samarbete med vårdcentralens sjuksköterskor samt lättillgängligheten (vårdvalets stora slagnummer!). På den negativa sidan noterades bristen på professionell inspiration: "...sjuksjukpersonal har fördelen av att träffa och utbilda varandra".

Patienternas problem möts på en oorganiserad nivå. Oron kan ofta bemötas med en översiktlig diagnostik, man skrev att

allmänläkarna närmar sig orsaken stegvis. I sin negativa form tyckte man att allmänläkaren inte hade så mycket att tillföra: "...läkaren som en sorteringsmaskin". En vanligare åsikt var att allmänläkaren var speciellt lämpad att ta sig an patienter med sjukdomar från olika organsystem: "sjukdomar inte så allvarliga var och en för sig men som tillsammans inskränker patientens vardag".

"Den gamla myten om distriktsläkeriets banalitet får inget stöd i den här studien. I stället verkar här finnas en god grund för att det ska komma fler nya insiktsfulla allmänläkare."

Allmänläkarens kliniska bedömningsförmåga bestod av konsultationskompetens, bredd, helhetssyn och kontinuitet. Allmänläkaren kunde kombinera ett fast grepp om själva mötet med öppenhet inför överraskningar och förmåga till spontanitet. Begreppet bredd hade flera facetter. Det beskrevs som en förmåga att känna igen komplexa mönster inom hälsa, arbeta med fler frihetsgrader som ger möjlighet att byta fokus och vara mer individuell i bedömningen. Bredd handlar också om erfarenhet om hur *vardagliga* (i vid mening) åkommor kan te sig, som t.ex.: "ont i halsen", "skrubbsår". En speciell förmåga beskrevs som när allvarlig sjukdom avskrevs genom en mindre utredning: "...halvscreening sker".

Begreppet helhetssyn beskrevs också ha flera facetter, en humanistisk förmåga att se hela människan, "behandlar människan snarare än sjukdomen" och en förmåga att tänka i vidare banor, "undvika tunnelseende". Kontinuiteten beskrevs träffande som: "patienten ena dagen, nästa dag kommer hennes make och då förstod vi mera".

Läkarstudenterna skriver om allmänläkarens arbete med nästan förvånande stor insikt. Man kan undra om det är läroboks- och föreläsningkunskaper som de vidarebefordrar, men formuleringarna i det skrivna talar för att deras egen erfarenhet av vårdcentralsplaceringen varit viktig vid reflektionen. Inte mycket i studien handlar om att arbetet skulle vara tråkigt, enformigt, okvalificerat eller meningslöst. Den gamla myten om distriktsläkeriets banalitet får inget stöd i den här studien och inte heller det härskartekniska omdömet från den, inom det här området något fördomsfullt, ortopedprofessor som skrev om distriktsläkarens "kontemplativa arbetssätt". I stället verkar här finnas en god grund för att det ska komma fler nya insiktsfulla allmänläkare.



I den andra studentstudien [2] lät vi läkarstudenter som kommit olika långt i Göteborg besvara en enkät (tio frågor som vi tagit fram från en engelsk enkät [3] och tidigare studier som vi gjort om allmänläkares kompetens). Ett av syftena med den studien var att undersöka synsätt på allmänmedicinskt arbete kopplat till avsikter att utbilda sig till allmänläkare.

Allmänmedicinens arbetsmiljö bedömdes som positiv av studenterna. Att **känna till patientens levnadsomständigheter** ansågs nödvändigt liksom att ha en **medicinsk bredd** i sin kompetens.

Allmänmedicinens status bedömdes inte som hög men ändå svarade två tredjedelar att de kunde tänka sig en framtid som allmänläkare.

Två av påståendena i enkäten hade ett statistiskt samband (logistisk regression) med tanken att bli allmänläkare: "Allmänläkararbetet erbjuder en bra arbetsmiljö" och "Allmänmedicin bör ha en stor plats i grundutbildningen".

Bra arbetsmiljö?

Det kan tyckas lite märkligt att studenterna tycker att allmänläkare har en bra arbetsmiljö när vi vet hur omfattande bristen på allmänläkare är och hur många allmänläkare som arbetar deltid för att orka med sina arbetsuppgifter. Jag kan tänka mig flera förklaringar.

Det finns många vårdcentraler där arbetsmiljön är bra, kollegorna samarbetar både med varandra och med övrig personal, utbildning bedrivs, forskning uppmuntras och patienterna för in världen och gör mottagningen till en spännande plats där mänskliga möten sker, diagnostik bedrivs och människor får hjälp. På sådana vårdcentraler praktiserar studenter i större utsträckning än på undermåligt fungerande vårdcentraler med läkarbrist och dålig kontinuitet.

"Ha förtröstan att allmänmedicin och dess patienter är tillräckligt attraktiva som rekryterare om bara arbetsbelastningen är rimlig och organisationen stödjande."

En annan förklaring kan vara att studenterna också kan se att dessa "osorterade" möten med patienter blir mer jämlika i en mer vardaglig struktur än sjukhusets och konstruerar och idealiserar en **potentiellt bra arbetsmiljö**. I bästa fall skulle man kunna säga att studenterna ser hur det skulle kunna vara.

Det är slående hur väl studenternas uppfattningar om allmänmedicin stämmer överens med den bild av specialiteten som ges under den allmänmedicinska utbildningen. Man skulle kunna invända att studenterna helt enkelt övertagit professionens syn på saken. Mot detta talar att studenter även på tidiga nivåer i utbildningen med bara mer begränsad (men inte obefintlig) erfarenhet av allmänmedicin och knappast någon teoretisk undervisning har en likartad uppfattning. I enkäten kunde man ändå se hur de studenter som nyligen gått allmänmedicinkursen

och varit två veckor på vårdcentral (termin 9) betydligt oftare var positiva till att bli allmänläkare. Verklighetens, erfarenhetens, starka incitament är allmänmedicinens stora möjlighet till rekrytering men också stora hot med tilltagande upplösning. Vi vet att patienter uppskattar en bra fungerande primärvård men drar till sjukhusets akutmottagningar om primärvården är i förfall.

De senaste tjugo åren har det skett förändringar av läkarutbildningarna med mer av allmänmedicin såväl i Sverige som internationellt [4, 5]. I Göteborg startades konsultationskursen ledd av allmänmedicin inom Sahlgrenska akademien 1993. Dessa förändringar har gett en grund för en starkare primärvård, en utveckling som stöds av läkarstudenterna. Jag tror att mobiliseringen av praktiskt verksamma allmänläkare som handledare börjar ge resultat.

Vad bör göras?

Av allmänläkare: Använd befintliga fakta om den skeva fördelningen mellan primärvård och sjukhusvård och argumentera i media, på seminarier, konferenser och i andra möten med sjukvårdens företrädare

Av akademiernas allmänmedicinska avdelningar: Fortsätt mobilisera och utbilda allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin som läkarstudenthandledare. Verka för att bli en större del av grundutbildningen eftersom en så stor andel av sjukvården sköts av allmänläkare.

Ha förtröstan att allmänmedicin och dess patienter är tillräckligt attraktiva som rekryterare om bara arbetsbelastningen är rimlig och organisationen stödjande.

Referenser

1. Landström B, Mattsson B, Rudebeck CE. A qualitative study of final-year medical students' perspectives of general practitioners' competencies. *Int J Med Educ* 2011; 2: 102-109. doi: 10.5116/ijme.4e79.b49a
2. Landström B, Mattsson B, Nordin P, Rudebeck CE. The characteristics of general practice and the attractiveness of working as a GP: medical students' views. *Int J Medl Educ* 2014;5:51-55 ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.530e.3e4e 51
3. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 359-363
4. Basak O, Yaphe J, Spiegel W et al. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview. *Europ J Gen Pract* 2009; 15: 4-10.
5. Rosenthal T, James P, Newton W. The current status of medical student education in family medicine. *Ann Fam Med* 2005; 3: 559-60.



Björn Landström

Tidans vårdcentral, Skövde
Medlem i gruppen för professionell utveckling, läkarutbildningen,
Sahlgrenska akademien
bjorn.landstrom@vgregion.se

Jäv saknas.



Allan Pelch – läkaren som ordnar konferensresan

Han har under de senaste trettio åren ägnat sig åt att hjälpa nordiska allmänläkarkollegor att resa till konferenser och kongresser i olika delar av världen. Allan Pelch är idag pensionerad, bor i Svendborg på Fyn men fortsätter att ordna resor, åtminstone något år till.

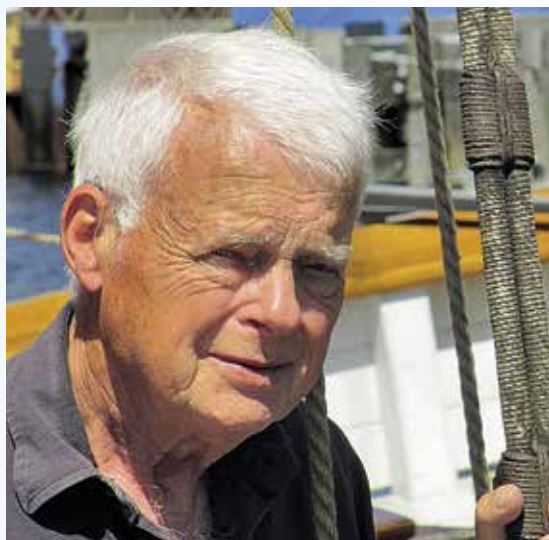
Det hela började med Wonca World Conference i New Orleans 1988. Allan Pelch fick idén sig att arrangera resan till USA för en delegation danska allmänläkare. Snart upptäckte även svenska och norska läkare att det var praktiskt att anlita Allan Pelch som researrangör när man skulle på konferens. Sedan dess har det rullat på.

Är det viktigt för allmänläkare att åka på kongress utomlands?

– Ja, det tycker jag. Man berikas både kunskapsmässigt, intellektuellt och socialt. På konferenser lär man sig mycket om hur sjukvården bedrivs i andra länder. Samtidigt ser man att de patienter och problem vi möter här hemma är ungefär likadana överallt, men att lösningarna skiljer. Det vidgar horisonten och ökar kreativiteten. Sociala aktiviteter som välkomstmöten, banketter och utflykter skapar värdefulla kontakter, och för de som så önskar ordnas rundresor, så att man får en större upplevelse av värdlandet.

Har det varit några ovanliga resmål?

– Förra året reste vi till Malaysia, Borneo och Turtle Island



Namn: Allan Pelch
Ålder: 80 år
Bor: I Svendborg på Fyn i Danmark tillsammans med hustrun, som är präst
Webbsida: www.scandiaviandelegation.dk
Email: apelch@dadlnet.dk

med avslutning i Bangkok, där vi gjorde ett studiebesök på ett thailändskt sjukhus. Vi har varit i Tasilaq på Grönland, vi har besökt Kapstaden, Filippinerna, Beijing, Ljubljana, Taiwan och inte minst Kyoto. I år blir det Montevideo i Uruguay och nästa år Rio de Janeiro.

Hur många resenärer har du haft genom åren?

– Mellan 1 500 och 2 000. Flitigast är de norska läkarna, därefter kommer de danska. Svenska läkare har inte samma möjlighet att åka till utländska kongresser eftersom de saknar något som både danska och norska allmänläkare har: fortbildningsfonder.

"Flitigast är de norska läkarna, därefter kommer de danska. Svenska läkare har inte samma möjlighet att åka..."

Varför arrangerar du alla dessa resor?

– För att jag tycker det är spännande och för att jag får så mycket positiv feedback, inte minst från kollegor som annars inte skulle kommit iväg på konferens. Och många återkommer år efter år, det ser jag som ett förtroende.

Tjänar du något själv på resorna?

– "Non-profit" skriver jag på hemsidan, och det stämmer mer än väl. Det förekommer inga penningtransaktioner mellan mig och deltagarna. Det jag måste ha ekonomisk kompensation för är kostnaden för webbsidan och för mina egna resekostnader. Jag försöker förhandla ner priset med de resebyråer jag anlitar men det är svårt, i praktiken blir det underskott.

Du är ju pensionär och åttio fyllda, tänker du trappa ner?

– Jag hade tänkt lägga av efter konferensen i Rio nästa år. Jag letar efter en kollega som kan ta över. Kanske den här intervjun kan få någon att nappa!

Vad vill du säga till dina svenska kollegor?

– Gå gärna in på min hemsida! Där finns bra information om kommande kongresser. Man kan också maila, jag brukar vara snabb med svar. Förresten, vi ses väl på Wonca Europe Regional Conference i Köpenhamn 2016?



Gösta Eliasson
 Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se



WONCA EUROPE CONFERENCE COPENHAGEN - DENMARK

15 - 18 JUNE 2016



SCIENTIFIC PROGRAMME

Family Doctors with heads and hearts

- The aging Europe
- Making health care affordable
- Future consultations - the doctor-patient relation
- Diagnosing - one task for family medicine
- Inequality in health care and specific patient groups

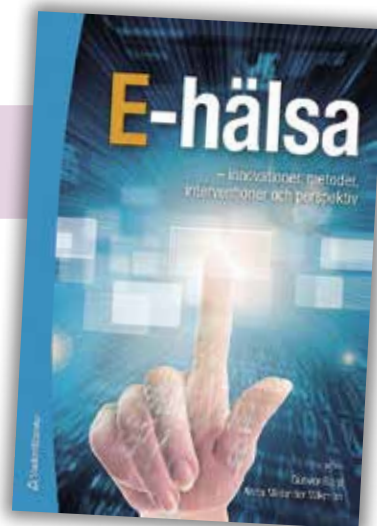
Welcome to Copenhagen and enjoy the Nordic summer light



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

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





Dåligt uppdaterad bok om e-hälsa

Den här boken riktar sig enligt baksidestexten "...till studenter samt till samhällsaktörer, forskare och företag som arbetar med innovation och implementering inom området e-hälsa. Förhoppningen är att den även ska inspirera till utveckling och möjliggöra samarbete mellan olika professioner inom området". – Man borde ha sagt stopp efter studenter.

"E-hälsa – innovationer, metoder, interventioner och perspektiv" (E-hälsa) är närmare 300 sidor tjock men innehållet är betydligt tunnare än så. Den långa rubriken ingav mig förhoppningar om ett gediget och heltäckande arbete. Tyvärr når inte författarna ända fram. Boken känns spretig trots att redaktörerna Gard/Melander Wikman hållit ihop bokens röda tråd på ett föredömligt sätt. Det blir ett skummande på ytan och man upprepar sig i kapitlen. Samma sak sägs flera gånger, men med olika ord.

Boken inleds med "Det finns en potential för utveckling av vård och rehabilitering genom informations- och kommunikationsteknik (IKT) ... När IKT används inom hälso- och sjukvård kallas det ofta för e-hälsa" (sid 17). Vidare fortsätter man att "E-hälsa kan kort beskrivas som utveckling av informations- och kommunikationsteknologierna med tillämpningar för att förbättra och utveckla vårdsektorn."

Så långt är jag med och har förhoppningar om att boken ska visa på all den potential som finns och hjälpa mig att skapa en bild av hur framtiden inom e-hälsa kan se ut. Hur ska all fantastisk teknik kunna nyttjas? Men den bilden växer inte fram. Man redovisar projekt, studier och rapporter, ibland mer än tio år gamla. Man redovisar omständligt och med detaljer hur man gått till väga men inte vad resultatet blev av de olika projekten, studierna och rapporterna. Man berättar sällan hur man rent tekniskt gått till väga, inte ens på en övergripande nivå. Man berättar bara att ITK använts.

Att ITK används är en självklarhet redan när man börjar läsa boken. Man, eller åtminstone jag, törstar efter mer. Jag vill veta på vilket sätt använder man ITK. Hur ser det ut för den som har funktionsnedsättning? Hur ser det ut för seniorerna? Man berättar man faktiskt lite mer om seniorerna än om andra grupper. Som ett exempel tar man upp trygghetslarmet – det där gråaktiga textilarmbandet med en stor plastknapp på som gamla som är anslutna till tjänsten kan trycka på om de faller. När man talar om designen av trygghetslarmet och hur det

borde ha sett ut känns boken genomtänkt och djup. Sådana exempel hade jag önskat mig genom hela boken.

Som blivande allmänläkare i en större tätort ser jag inte hur jag ska kunna dra nytta av boken i mitt arbete. Hade jag varit allmänläkare i glesbygd hade jag nog haft lättare att se poängen, men den är inte särskilt inspirerande och innovativ.

Som gammal systemvetare hade jag velat se vad som blivit av tekniken och lösningarna sedan 2004 då jag lämnade IT-branschen för att bli läkare. Men nej, då får jag gå till en annan bok. Här pratar man mest historik. T.ex. pratar man om Checklands systemutvecklingsmodell. Checkland var systemvetarnas i Lund "husgud" när jag läste hans teorier senast, runt 1991. Det är ett gott betyg åt Checkland att hans modell stått sig, men både vården och IT-branschen har utvecklats sedan dess. Den utvecklingen hade jag velat läsa om i E-hälsa.

Jag önskar mig mer av boken, och till nästa upplaga hoppas jag att det kommer. Grunden finns där, men jag vill ha någonting som sticker ut, någonting nytt. Jag hade önskat mig ett innehåll som matchar rubrikens längd. Innovationer, metoder, interventioner och perspektiv. Författarna lovar runt men håller tunt.

Kanske är det så att målgruppen är snäv? Studenter på universitetet som läser en viss kurs i e-hälsa? Vill man nå fler behöver man fördjupa och modernisera innehållet. Dessutom bör man säkra att någon korrekturläser. En bok med stavfel och bitvis många särskrivningar är inte vad jag förväntar mig av en bok från Studentlitteratur. De brukar hålla fanan högre än så.

Johanna Hellberg
Systemvetare
ST-läkare
Flogsta Vårdcentral
Elektronisk patientjournal, Landstinget
Uppsala län
hellberg.doktor@gmail.com





SFMP:s skrivartävling 2014

Svensk förening för medicinsk psykologi (SFMP) utlyser vartannat år en skrivartävling. Se <http://www.sfmpl.se>.

Olle Hellström, distriktsläkare i Dalarna sedan 1971, vann den allmänna tävlingen 2014 för bidraget "Liv i Brasilien": "En spännande och gripande berättelse från ett land med annorlunda seder och resurser. Författaren balanserar religion och vetenskap väl i en skildring av vad som kan hända när ett spädbarn läggs till moderns bröst. Han ställer många frågor men levererar inte svaren."



Cecilia Verdinelli, med bakgrund inom journalistiken och som precis tagit läkarexamen efter att ha slitit Sahlgrenskas kulvertar rätt många terminer, blev vinnare i student-/AT-tävlingen 2014 för bidraget "Ingen drömpatient": "En realistisk och välskriven berättelse om att vara student och anhörig. Tänkvärt om klasskillnader, självorsakade sjukdomar och om läkares sätt att skapa distans till patienten, särskilt när patienten är 'besvärlig' eller inte faller in i mallen. Den handlar också om svår sjukdom och hur svårt det kan vara för personal att tala om döden när patienten bjuder in till det. Denna historia ger många uppslag till diskussion."



AT-rosen i Västerås

AT-läkarna i Västmanland delar ut det pedagogiska priset "AT-rosen" för visat extra stort engagemang och stöd. Av de tre pristagarna hösten 2014 var två allmänläkare.

Mikael Sars, Servicehälsan: "En kompetent och empatisk allmänläkare som med sitt stora lugn lotsar oss AT-läkare och patienter genom en uppsjö av symtom och provsvar. Mikael tar alla patienter på allvar och utreder på ett sakligt och relevant sätt för patientens skull. Han finns till hands när vi AT-läkare behöver honom, har alltid tid för en fråga."

Jasmina Zlatarac Kujundzic, Läkargruppen: "Jasmina leder med stort engagemang och visar ett genuint intresse för att ge så bra utbildning som möjligt. Hon tar sig tid även i ett tajt schema, ger tydliga svar och ställer alltid upp. Hon inger stor trygghet med sitt öppna och varma sätt att vara och visar att ingen fråga är för liten för att diskutera. Hon är dessutom en bra förebild och en entusiasmerande kollega."



Oavbruten god handledning i Skåne

Brahehälsan i Löberöd har av termin II vid Lunds universitet i mars 2015 tilldelats en utmärkelse för "oavbruten god handledning" på grundval av "läkarstudenternas sammanlagda bedömning under fem år".



PRESSTOPP: Årets allmänläkarvän

Cecilia Björkelund, professor i Göteborg, har av Svenska Distriktsläkarföreningen utsetts till Årets allmänläkarvän.

"Cecilia har med själ och hjärta förädlad allmänmedicinen genom sitt arbete som kliniker, lärare, handledare, chef, forskare och opinionsbildare. Hon har tydliggjort allmänmedicinen inom läkarutbildningen och fört fram allmänläkarperspektivet överallt där det saknats. För oss alla inom allmänmedicinen och för alla hon arbetat med har hon sist men inte minst varit en stor och viktig förebild."



Årets allmänläkare i Nordvästskåne

Veronica Milos Nymberg har av Svensk förening för allmänmedicin i Nordvästra Skåne (SFAM-NvS) utsetts till Årets Allmänläkare 2014 med motiveringen:

"Veronica Milos Nymberg är en ambitiös läkare som ständigt söker nya utmaningar och entusiastiskt tar sig an uppgifter även utöver sitt grundåtagande som allmänläkare. Förutom att delta i arbetet med lokala STRAMA, planering av allmänläkarnas fortbildning, AKO-verksamhet och framtagande av receptmallar i Primärvården Skånes nya journalsystem PMO, allt till stor nytta för oss kollegor, har hon även ägnat sig åt vetenskapliga studier och under det gångna året disputerat i allmänmedicin. Hon har i sin forskning intresserat sig för bl.a. läkemedelsbehandling av äldre, antibiotikaförskrivning i primärvården och läkares attityder till lokala riktlinjer, ämnen som är väsentliga för hela primärvården.

Vi som i olika sammanhang haft förmånen att samarbeta med Veronica ser i henne en seriös, omdömesgill pålitlig, pigg, glad och inspirerande kollega. Hennes inställning till yrket är ett föredöme för oss alla!





Kultur-spalten

De oläsbara

Senvintersol genom fönsterrutor som väntar på vårtvätt i februari 1984. Sittande vid köksbordet knäcker jag läskoden när jag stavar mig igenom orden BIL BOK KLOCKA RADIO som mamma skrivit ner åt mig i en ljusgul anteckningsbok.

Minnet är fortfarande starkt. Jag har aldrig slutat läsa sedan dess. Jag kan fortfarande inte gå förbi en bokhandel utan att åtminstone kasta längtansfulla blickar genom fönstren. Går jag in är jag fast i en timme eller mer.

Nu vinter 2015. Samma sol, andra fönster. En lätt suck i tystnaden. Kommer den från mig eller henne? Hon som jag träffat några gånger om året i flera år nu. Ärvd av en kollega som slutat. Ni kan historien, den delas av många: Åratal av sjuk-skrivning, krystade intyg med nästan och kanske, dålig progress, låg rehabpotential. Värk, oro, frustration och uppgivenhet. Varje signal från kroppen ett hot. Alla mediciner prövade. Alla specialismottagningar besökta. Utförsäkrad sedan några år, intygen skrivs nu för ekonomiskt bistånd. Arbetsförmedlingen har ingen plats för någon mellan 60 och pensionen.

"Jag får inte själv välja vilka berättelser jag ska ta del av, men i gengäld går en del utanpå allt jag tidigare hört."

Och nu sucken. Plötsligt: "Ibland tänker jag att det är så meningslöst, allting. Att det är nog nu." Jag tittar på henne. Det här är något nytt. "Hur menar du då?" Ögonkontakt. När hade vi det senast? På riktigt alltså? "Nä jag skulle ju aldrig göra det förstås. Inte efter att jag hittade pappa när jag var liten." Paus. "Han hängde sig."

Nu trillar orden ur denna tidigare så tystlåtna människa. En lång tråd av ord, en berättelse som aldrig tvinnats samman förut. En historia om övergrepp, rättslösa barn, frånvarande vuxna, våldsamma relationer. Ett livsöde som, under de få minuter det tar för henne att berätta för mig, gör att jag glömmer varför hon har räknats till en av de påfrestande i min lilla patientstock. Det är ju ett mirakel att hon alls lever, har haft jobb och familj innan allt krackelerade på nytt. För kroppar orkar bara så mycket av umbäranden och elände.

"Jag skulle kanske skriva en bok." mumlar hon till sist, som om hon ville be om ursäkt för alla orden som nu svävar fritt i rummet.

På kvällen hänger orden kvar i mig. Berättelsen som inte yppats i sin helhet för någon på så många år, och som mest av en slump tycks ha slunkit ur henne just idag. Boken som aldrig blivit. Jag funderar över hur många berättelser jag aldrig får höra. Hur många privata små helveten får jag bara se som smärta, trötthet, stressintolerans? Som önskan om sjukskrivning, eller som långa tröstlösa samtal om sömntabletter, när det förra receptet borde räcka i minst två veckor till? Hur många böcker blir aldrig skrivna av dem som inte är förmögna att berätta?

Det slår mig att jag nu står inför en helt annan sorts bibliotek än barndomens lite dammiga och varma skolbibliotek med sin bruna nålfiltsmatta. Jag får inte själv välja vilka berättelser jag ska ta del av, men i gengäld går en del utanpå allt jag tidigare hört. En del är välredigerade och med blanka omslag, alltid lika trevliga och lättillgängliga. Andra är slitna, ibland saknas sidor, de är medfarna trots att de inte blivit lästa ordentligt på många år. En del går knappt att öppna, några tycks bara innehålla en enda mening som upprepas sida upp och sida ner. Och ändå måste jag försöka hitta och lyssna på deras historier. Måste för att det är mitt jobb, och måste för att jag vill. För att varje människas historia är värd att lyssnas på.

Jag tänker på Holden Caulfield, Merricat Blackwood, Maj Olausson, Ignatius J Reilly och så många andra jag mött sen den där vinterdagen för över trettio år sedan när jag lärde mig läsa. Alla fiktiva karaktärer med ett gemensamt: De är inte perfekta. Ibland är de motbjudande eller sorgliga, ibland roligare än någon annan man träffat. Ibland saknar man dem långt efter att man skilts åt. De är mänskliga. Precis som mina patienter. Precis som jag.

Jag tänker aldrig sluta läsa.



Anna Axelman
Hornstulls vårdcentral, Stockholm
anna.axelman@gmail.com

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande

Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

Facklig sekreterare

Kenneth Widang
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare

Olof Cronberg
olof.cronberg@sfam.se

Övriga ledamöter

Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Marit Lindberg
marit.lindberg@sfam.se

Knut Meidell
knut.meidell@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedelsterapirådet SFAM-L

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

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Lennart Holmquist
l.holmquist@telia.com

ST-rådet

Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin
sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor

Mette Barth
m.barth@halsomedicinscenter.se

IT-rådet

Anne Björk
annebj@bredband.net

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

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

Balintgrupper

Tina Nyström Rönnäs
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Gastroprima

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

NäSTa

– nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Kontakt:
Maria Lüttkerman
marialuttkerman@hotmail.com

Studierektorskollegiet

Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

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

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin

Jens Wiethage
jens.wiethage@lio.se

Infektioner i primärvården

Sigvard Mølstad
sigvard.molstad@med.lu.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

Euract

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

Equip

www.equip.ch
Eva Arvidsson
eva.arvidsson@ltkalmar.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Monica Löfvander
monica.lofvander@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

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

VÄSTERBOTTEN

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Christina Ledin
christina.ledin@liv.se

VÄSTMANLAND

Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA

Göran Sohlgren
goran.sohlgren@iul.se

SÖRMLAND

Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM

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

GOTLAND

Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Magnus Falk
magnus.falk@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

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

BLEKINGE

Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG

Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
 Postgiro: 65 59 74-4
 Bankgiro: 5459-4866
 Organisationsnummer: 802 009-5397
 Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med 4 nummer per år. Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
 ISSN 0281-3513 (Print)
 ISSN 2001-8169 (Online)

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

Redaktion
 Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
 karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
 p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
 gosta.eliasson@sfam.se

David Svaninger
 david.svaninger@dlf.se

Illustratör
 Katarina Liliequist
 katli@telia.com

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

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

Tryck
 ÅkessonBerg, 2015
 www.akessonberg.se

Hemsida: www.sfam.se
 Redaktör: Johanna Johansson
 webmaster@sfam.se



Kalendarium

Länkar via www.sfam.se/kalendarium

2015

Juni
 Nordisk allmänmedicinsk kongress
 16-18.6 Göteborg

Oktober
 Wonca Europe, 22-25.10, Istanbul

November
 Nationella kvalitetsdagen
 26.11 Stockholm

2016

Kompetensvärderingskurs
 18-20.1 Nyköping

SFAM pre-kongress (preliminärt)
 14.6 Malmö

Wonca Europe
 15-18.6 Köpenhamn

ST-dagarna
 14-16.9 Kalmar

2017

Kompetensvärderingskurs
 18-20.1 Nyköping

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 Island

Internationellt

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

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu
 Kursdoktorns utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/ för allmänläkare.



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

Utgivningsplan för 2015

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	10.8	14.9	12.10	Vårdprogram och läkekonst Blodet
4	12.10	16.11	14.12	Medicinskt oförklarade symtom Nervsystemet och hormonerna

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
 Gör din beställning av extra nummer i god tid.

Beställningsformulär på www.sfam.se/allmanmedicin "för kursgivare"

SFAMs kansli

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

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

Eva Norell, utbildningschef
eva.norell@sfam.se,
 Tel: 0708-52 39 56

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

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

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Annons