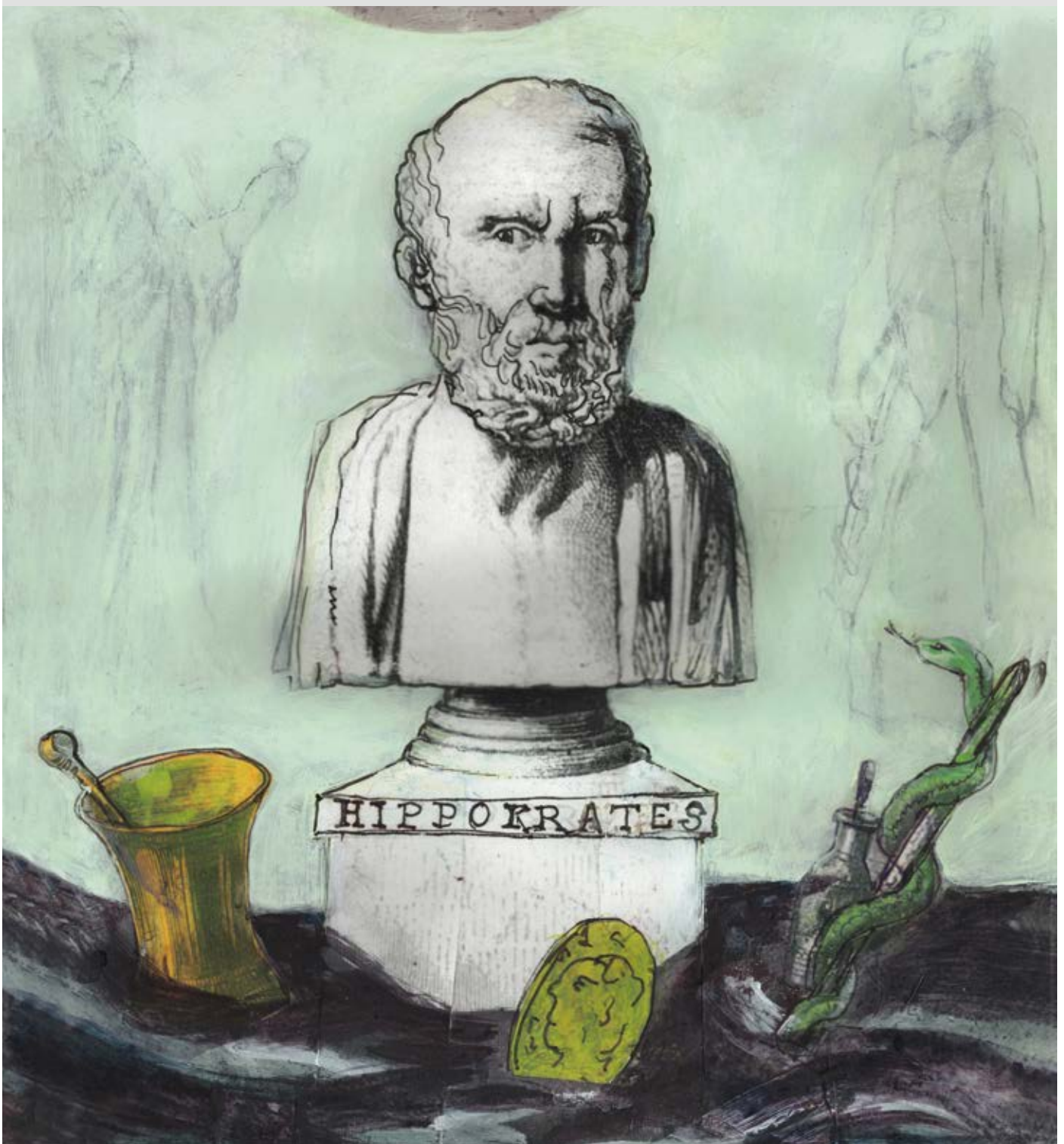


# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2014 ÅRGÅNG 35



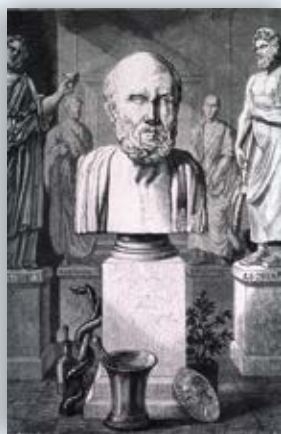
## Tema: Allmänmedicinens historia, luftvägar – infektion

Patientjournalen före och efter datorrevolutionen sid 22

Luftvägsinfektionerna, medicinen och folkhälsan i Sverige - historiska nedslag sid 35

- 2 **Ledare: Drömmen om svensk primärvård**  
*Karin Träff Nordström*
- 2 **SFAM diskuterar recertifiering**  
*Ingrid Eckerman*
- 3 **Chefredaktören: Gammal och full av historia**  
*Ingrid Eckerman*
- 4 **Nordiskt fackligt och vetenskapligt seminarium 2014**  
*Karin Träff Nordström och Ulf Österstad*
- 5 **SFAM – ett viktigt remissorgan**  
*Kenneth Widäng och Marit Lindberg*
- 6 **Nytt från fortbildningsenheten: Rekommendation om fortbildning på gång**  
*Eva Norell*
- 9 **Ur Ordbytesfloden: Får de utvecklingsstörda adekvat vård?**  
*Ingrid Eckerman, Robert Svartholm, Andreas Kasemo och Eva Nordin-Olson*
- 11 **Levnadsvanerådet bemöter "Onödiga gruppen"**  
*Mette Barth*
- 13 **Varför tas inte våra IT-initiativ till vara?**  
*Martin Fredriksson*
- 15 **Tema allmänmedicinens historia**  
*Karin Lindhagen*
- 16 **Leden leder adept in i en Ny värld**  
*Inge Carlsson*
- 18 **Provinsialläkarnas arbetsförhållanden i historisk belysning**  
*Peter M Nilsson och Ulf Jakobsson*
- 21 **Att bygga upp primärvård – en resa att med glädje se tillbaka på**  
*Ingrid Eckerman*
- 22 **Patientjournalen före och efter datorrevolutionen**  
*Bengt Dahlin*
- 25 **SFAM Q Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet**  
*Lennart Holmquist*
- 28 **Pelle Swartling – en mångsidig människodoktor**  
*Gösta Eliasson*
- 30 **Varför blev det sånt drag i Norrbotten? En allmänmedicinsk historia att begrunda**  
*Inge Carlsson*
- 35 **Luftvägsinfektionerna, medicinen och folkhälsan i Sverige – historiska nedslag**  
*Hedvig Gröndal*
- 37 **Henry Egidius – ideolog med allmänmedicinen som arbetsfält**  
*Gösta Eliasson*
- 40 **Kvinnor av alla specialiteter – förena er!**  
*Eva Oskarsson, Anna-Karin Brändström och Elizabeth Lorraine Lichtenstein*
- 41 **Vem är Bengt Järhult, distriktsläkare i Ryd?**  
*Ingrid Eckerman och Bengt Järhult*
- 44 **Utlandsutbildade läkare i fokus på årets studierektorskonferens**  
*Karin Lindhagen och Gösta Eliasson*
- 46 **Att vara examinator**  
*Gunilla Byström*
- 47 **En kongress- och reserapport från Hamburg**  
*Markus Beland*
- 50 **Glesbygd som utmanar – fördomarna**  
*Christer Wiklund*
- 52 **Nationella forskarskolan startar upp**  
*Ingrid Eckerman*
- 55 **Allmänmedicin deltar i hjärt-lungforskning**  
*Carl Johan Östgren*
- 56 **Recension: Utflykt med Christer Peterssons "Kunskap och läkekonst"**  
*Torsten Green-Petersen*
- 57 **Recension: Medicinskt oförklarade symtom belysta**  
*Erlend Svensson*
- 58 **Recension: Psykosomatik i den kliniska vardagen**  
*Tina Nyström Rönnås*
- 59 **Recension: 30 års välfärdshistoria**  
*Ingrid Eckerman*
- 61 **AllmänMedicin gratulerar**
- 62 **Kulturspalten**  
*Leila Tamaddon*
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**  
*SFAMS råd och nätverk, kontaktpersoner*

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



## Omslagsbild – Historia

Omslagsbilden är en parafra på en bild hämtad från hemsidan för U.S. National Library of Medicine (NLM). Man har där publicerat bilder ur sina arkiv. Denna baseras på ett negativ av en gravyr med titeln "Hippokrates von Kos", "believed to be in the public domain", men tyvärr inga uppgifter på av vem och när den gjordes.

Filosofen flankeras av Hygiea och Asklepios och flera symboler för läkekonst där väl staven med ormen är den mest kända. Notera även penningen... vet någon mer om denna symbol i detta sammanhang?

Collage är kul!

Katarina Liliequist, Uddevalla. SFAMmedlem och illustratör. [katli@telia.com](mailto:katli@telia.com)



# Drömmen om svensk primärvård

I september 2015 anordnas Svensk primärvårdskonferens i Jönköping under temat "Drömmen om svensk primärvård". På [www.pvkonferens2015.se](http://www.pvkonferens2015.se) kan du redan nu läsa bloggar och drömmar.

## Hur ser min dröm ut?

Jag drömmer om en primärvård dit man naturligt vänder sig när man är sjuk eller orolig för att bli sjuk, oavsett hur gammal man är, var man är född eller var man bor. En primärvård som är flexibel och anpassar sig till befolkningens behov, såväl de medicinska som hur man vill kontakta vården – per telefon, gå till vårdcentralen eller via olika IT-lösningar.

En primärvård där man förstår att de flesta människor har roligare saker för sig än att ringa till sin vårdcentral. När man väl ringer är det för att man är orolig för att man drabbats av något allvarligt eller för att man just nu inte står ut längre med sina besvär. Även om vi tycker de är bagatellartade.

En primärvård byggd på kontinuitet. Där man känner sina patienter, vare sig man är doktor, sjuksköterska eller fysioterapeut. Där man vågar vänta, vågar låta bli att utreda och behandla. Förstår att det mesta går över av sig självt och att det är OK att vi inte riktigt förstod vad det var. Men som också reagerar och har bra stöd i beslutsprocesser där det är mer bråttom och viktigt att utredning och behandling sker snabbt.

Jag drömmer också om en närhet mellan primärvården och övrig hälso- och sjukvård. Ibland drömmer jag om den sömlösa sjukvården – den där patienten får den vård som behövs utan

att behöva slussas mellan olika nivåer och organisationer. Där vi lätt kan kommunicera med och kring patienten och komma fram till den bästa lösningen på dennes problem. Där väntetiderna till utredning och bedömning hos andra specialistläkare är korta och där vi har stor förståelse och respekt för varandras olika kompetenser.

Drömmen om teamarbetet med kommunens sjuksköterskor känns inte så svår att uppnå även om den också har sina utmaningar, främst i att vi faktiskt ska prioritera de patienter som behöver oss bäst. Trots att andra skriker högre om att de behöver vår tid.

När jag tar i riktigt drömmer jag om ett äkta samarbete mellan vårdens aktörer – med patienternas bästa för ögonen och utan revirpinkande, oavsett om vi är allmänläkare eller thoraxkirurger, sjuksköterskor eller dietister. Det finns såväl patienter som arbetsuppgifter så att de räcker till oss alla utan att vi behöver slåss om dem.

Och jag tror att drömmen är möjlig att uppnå. Trots att vi inte är en på femtonhundra. Trots att IT-systemen oftare står i vår väg än hjälper oss. Trots oförstående politiker och detaljstyrande landstingstjänstemän. Trots alla omöjlighetsgränser vi bygger upp åt oss själva.

Börja i det lilla. Börja där du är. Nu.

*Vi ses på vägen!*

Karin Träff Nordström

Ordförande

[ktn@sfam.se](mailto:ktn@sfam.se)

# SFAM diskuterar recertifiering

Vid fullmäktigemötet 2014 fick styrelsen i uppdrag att utreda ett recertifieringssystem. Till styrelsemötet i september bjöds in representanter för utbildningsrådet, ASK-gruppen, kompetensvärderingsrådet, utbildnings- och samordningsnätverket och Distriktsläkarförbundet. Den nya utbildningsenheten deltog också.

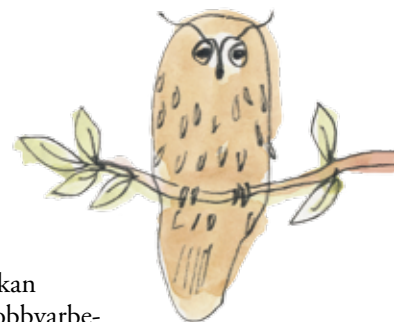
## Slutsatserna från mötet blev:

- I nuläget ska SFAM inte driva frågan om obligatorisk recertifiering men är principiellt positiv om frågan väcks av andra.
- På kort sikt gäller fortsatt arbete med utbildningswebben

på ett sätt som gör den användbar vid en eventuell framtida obligatorisk recertifiering.

- När utbildningswebben är klar kan den användas som underlag för lobbyarbete lokalt hos arbetsgivare och beställare.
- Vi behöver sträva efter att skapa en norm för utbildning.

Läs mer på hemsidan: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)



Ingrid Eckerman

[chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)

## SFAM informerar

### Rekrytera medlemmar och vinn fribiljett!

Den lokalförening som under 2014 lyckas rekrytera störst antal nya medlemmar vinner en fribiljett till den Nordiska kongressen i Göteborg 16-18 juni 2015.



# Gammal och full av historia

**”Men du är väl inte gammal!” är kommentaren när jag säger att som 70+ måste man räknas som ”gammal”.**

Min definition på ”gammal” handlar inte om kroppens eller sinnenas skröplighet. Den handlar om rikedom på minnen och erfarenheter.

Jag är född under kriget. ”Kriget” var en erfarenhet som präglade 40- och 50-talen. Den bär jag med mig, liksom 60- och 70-talens framtidstro.

Jag har minnen från en äldre sjukvård: distriktssköterskan som gav mig dyrbara penicillininjektioner när jag hade kikhosta, de stora patientsalarna på Sabbatsberg och Serafen där de nyopererade skrattade upp sina operationssår, de stora poliklinikrummen på SöS där alla hörde allt.

Jag minns hur vi kandidater sade du till läkarna och sjuksköterskorna, medan de fick tilltala varandra med ”doktorn” och ”syster”. Jag minns hur jag med en kurskamrat hämtade långbyxor i det manliga omklädningsrummet – vi kände oss väldigt modiga när vi som de första kvinnorna på hela SöS bar långbyxor.

När jag började läsa medicin fanns hel rad små sjukhus i Stockholms stad, förutom de stora med akutmottagningar. Patienter i min ålder togs inte emot, de var för gamla. Ambulanserna åkte runt för att bli av med sina patienter. Var det fullt så var det.

Överläkarna överlämnade tidigt på eftermiddagen sjukhuset åt kandidater och underläkare för att hinna med sina ”privatlådor”. Underläkarna, liksom provinsial- och stadsläkarna, fick behålla patientavgifterna på polikliniken – det blev många snabba besök.

Dessa erfarenheter gör det förstäligt att man slog ihop läns- och stadssjukvård till ett landsting, införde områdesansvar för sjukhusen och månadslön för läkarna. När patientens sjukrona fick gå till sjukhusets kassa ändrades indikationerna för otitbehandling. Nu var punktion onödigt och distriktsläkarna kunde sköta penicillinförskrivningen.

När jag tänker på utvecklingen under mina femtio år i sjukvården känner jag mig vis av erfarenheter. Jag har andra refe-

rensramar än dem som är födda tjugo år senare än jag. Jag är gammal.

Ni kan läsa mer om andras minnen i detta nummer av AllmänMedicin. Då blir det förstäligt varför unga allmänläkare på 70- och 80-talen kämpade för godkännande av specialiteten, en utbildning anpassad till våra behov och forskning utifrån från vår verklighet.

Det som saknas är den långsamma revolutionens historia – den som började på 80-talet och som vi börjat göra uppror mot först nyligen.

Man borde läsa historia baklänges. ”Voffor e’ det på detta viset?” Söka svaren genom att gräva sig allt längre bakåt. Kanske man då kan undvika att gå i gamla fällor.

**Tomten från min barndom brukade få hötta näven mot nissarna som åkte kälke utanför pepparkakshuset. Idag ser jag honom som en ”yngre” allmänläkare som inspirerats av sina föregångare och hötter mot dagens NPM-indoktrinerade överhet. Kämpa på! Ge inte upp!**

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

[chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)



## Tack Annika!

Tycker du att AllmänMedicin blivit inbjudande att bläddra i? Detta är det femte numret med vår sättnare Annika Cederlund. Hon lägger ner mycket tid på varje nummer: rubriker, färger, bildplaceringar, spalter etc. Tack vare Annika har tidningen fått sin tilltalande form!



## Tack Karin!

Temat "Allmänmedicinens historia" var Karin Lindhagens idé. Hon har också tagit hand om hela den delen av tidningen: kontaktat kollegor, påmint dem, kommunicerat om deras bidrag, sett till att de bidragit med bilder etc. Utan Karin hade vi inte fått detta historiespäckade nummer!

# Nordiskt fackligt och vetenskapligt seminarium 2014

*Sedan många år träffas de nordiska fackliga och vetenskapliga föreningarna för allmänläkare vartannat år för ett gemensamt seminarium. I år var det Islands tur. Ett trettiotal företrädare för allmänläkare samlades i Reykjavik den 5-6 september. Från Sverige deltog för DLF Ove Andersson, Agneta Sikvall och Marina Tuutma och för SFAM Karin Träff Nordström och Ulf Österstad.*

## Fackliga och vetenskapliga går i takt!

I flera av länderna är ordföranden i de fackliga respektive vetenskapliga föreningarna styrelsemedlem i den andra föreningen. Såväl i de enskilda länderna som i det nordiska samarbetet närmar sig de olika föreningarna varandra, vilket detta möte är ett bra exempel på. Tills vidare behövs båda i sina olika roller.

## Nordiska policydokument

Samtliga ordföranden skrev på det nordiska policydokumentet kring Preventive medicine.

Initiativ togs från Danmark om ett policydokument kring primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet, grundat i Barbara Starfields forskning. Dokumentet ska nu processas fram med målsättning att vi signerar det vid Nordiska kongressen 2015.

## Grönare gräs på andra sidan?

Även om Danmark och Norge i stort är nöjda med sin situation har alla sina egna problem och tittar gärna över gränsen till grannen efter inspiration.

I Norge fungerar fortbildningen väl men inte specialistutbildningen. Då alla fastlege driver egen praktik beräknar de kostnaden för att bli specialist till ca 1 miljon NOK. Den extra ersättningen till specialistkompetenta fastlege är ca 200 tusen NOK per år. Då recertifieringssystemet ställer krav på kontinuerlig fortbildning räknar de med att det tar 10-15 år innan det "lönat sig" att bli specialist. Det saknas också strukturerade utbildningsprogram.



*Två svenska ordföranden i buss på Island 2014: Ove Andersson, DLF, och Karin Träff Nordström, SFAM.*

I Norge finns idag cirka 1 000 FQ-grupper vilket delvis beror på att deltagande ger poäng i landets recertifieringssystem.

## Ersättningsystemen

I Danmark och Norge, där alla praktiserande leger/fastlege är egna företagare och själva anställer den personal som de tycker behövs, är allmänläkarna och politikerna i stort nöjda. Man får mycket vård för relativt lite pengar. Mer pengar går till den enskilde doktorn, men denna behöver i gengäld ta större ansvar.

Det finns en förståelse för att politiker och tjänstemän behöver få någon form av resultatåterkoppling. Flera länders politiker vill ha målrelaterade ersättningar. SFAM redovisade vårt policydokument och den evidens som finns mot detta. Intresset var stort för de svenska ersättningsmodellerna liksom fascinationen över att vi har 21 olika system. Danmark ska nu göra simuleringar med en vidareutveckling av ACG från USA som heter Archimedes.

## Sjukhusen remitterar ut uppgifter men ej resurser

*Task dropping*, att arbetsuppgifter ensidigt remitteras ut från den specialiserade vården till primärvården, sker i alla länder, oftast utan dialog och motsvarande resursförflyttning. Allmänläkarna upplever sig ibland som sjukhusens "sekreterare" eller "underläkare". I Norge finns ett uttryck: "Vi skickar in patienten med taxi och de kommer tillbaka med ambulans". Å andra sidan är sjukhusen i Norge skyldiga att acceptera alla remisser oavsett frågeställning, vilket ger fastlegene bättre tillgång till den hjälp de behöver.

## Brist på specialister i allmänmedicin

*Task dropping*, en åldrande befolkning samt den mer eller mindre uttalade bristen på allmänläkare i de olika länderna gör att man överallt diskuterar task shifting. Vi diskuterade vilka arbetsuppgifter som kan föras över till andra yrkesgrupper. Viktigt är att arbetet sker koordinerat kring patienten och att ansvarsfördelningen är tydlig.

## Siffror som inte går att jämföra

I Danmark rapporteras ett besök till en sköterska på läkarmottagningen som ett läkarbesök. I Norge är bara hälften av fastlegene utbildade specialister i allmänmedicin. Officiella siffror av bemanning och produktion är därför inte jämförbara.

## Patientens eget ansvar

Trenden där ansvar överlämnas från allmänläkaren till patienten finns överallt. Det råder delade meningar kring hur långt man kan och bör gå och vilket ansvar man som läkare alltid har. Diskussionens vågor gick höga kring patientens rätt till sin journal, apotekens roll i sjukvården och möjligheter att beställa egna undersökningar.

**Karin Träff Nordström, ordförande**  
**Ulf Österstad, vice ordförande**  
 ulf.osterstad@sfam.se

# SFAM – ett viktigt remissorgan

**S**FAM utgör den största sektionen i Svenska läkaresällskapet och den största specialistföreningen i Sveriges läkarförbund.

Till SFAM kommer remisser från flera olika instanser, t.ex. Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Remissen kommer direkt till SFAM eller via Svenska läkaresällskapet eller Sveriges läkarförbund. I de senare fallen redovisas ofta, men inte alltid, SFAM:s synpunkter i organisationernas remissvar. Vi skickar därför vårt svar också till den ursprungliga remissgivaren.

Inkomna remisser bedöms av den fackliga sekreteraren som ger styrelsen förslag om hanteringen. En bedömning kan vara: "Verkar perifert. Vi avstår och använder vår energi till något viktigare." En annan bedömning kan vara: "Vi ber ett av råden att lämna synpunkter på denna remiss då detta råd är mycket insatt i den aktuella frågeställningen". En tredje bedömning: "Denna remiss är av stort intresse för SFAM:s medlemmar. Vi måste få in så många synpunkter som möjligt". I den sistnämnda situationen skickas information via brev till samtliga råd och lokalföreningar för vidare spridning till medlemmarna.

Innan remissvaret skickas iväg hanteras det av Heléne Swärd på SFAM:s kansli så att layouten på svaret överensstämmer med föreningens policy. Det undertecknas oftast av den som stått för största arbetsinsatsen. När remissen bedöms som extra viktig och många varit inblandade i att formulera svaret skriver vår ordförande under.

Vi publicerar alla remisser vi besvarar på vår hemsida. Om du söker på ordet "Remiss" finner du dem. När remissvaret är färdigt kopplas det till aktuell remiss.

## Målbeskrivningen för ST

En remiss som behandlades extra omsorgsfullt var förslaget till ny målbeskrivning för ST i allmänmedicin. Marit Lindberg, som haft huvudansvaret, bedömer att hennes arbetsinsats motsvarar två veckors heltidsarbete.

Nuvarande målbeskrivning från 2008 är svår att använda då den är svårtolkad och leder till omfattande och svårhanterlig dokumentation. Förhoppningar finns att den nya målbeskrivningen ska medföra förbättringar på flera plan.

Remissen anlände mitt i sommaren. SFAM:s medlemmar inbjöds via hemsidan samt råd och lokalföreningar att lämna synpunkter före 10 september. 20-30 personer hörde av sig. Flera företrädde större grupper av engagerade kollegor, varför ett mycket stort antal medlemmar av kåren framförde sina åsikter. I vissa frågor fanns total enighet, som t.ex. vikten av att ST-utbildningen genomgår extern granskning, att det ställs tydliga och höga krav på kurser som ingår i ST-utbildningen samt att verksamhetens (sjukvårdsorganisationens/vårdenhetens) ansvar bör beaktas om ST-läkarens kompetensutveckling brister. (I förslaget fokuseras endast på ST-läkarens eget ansvar.)

För andra områden fanns företrädare med diametralt olika

åsikter, t.ex. om studierektorns roll och ansvarsområde samt utformningen av de olika specifika delmålen.

Arbetet inleddes med studier av hela materialet och jämförelse med den nuvarande målbeskrivningen. Därefter följde genomgång av bidragen från SFAM:s medlemmar och värdering av vilka synpunkter som var mest representativa för gruppen i sin helhet. Även synpunkter som kommit in efter deadline vägdes in i det slutgiltiga dokumentet. Omarbetning skedde in i det sista.

Inför styrelseinternatet den 26-27 september hade alla noggrant läst igenom det senaste förslaget och nu gick vi igenom svaret i dess helhet. Den slutgiltiga versionen var Socialstyrelsen tillhanda den 30 september.

## Hur förankra?

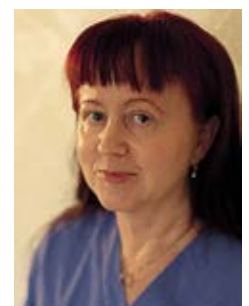
Hur ska vi säkra att synpunkterna i SFAM:s remissvar är väl förankrade bland medlemmarna? Vi gör utskick med brev till alla råd och alla lokalföreningar endast vid de remisser som berör frågor av central betydelse för många medlemmar. Vi vill inte "dränka" medlemmarna i oviktig information.

Medlemmarna hör sällan av sig med synpunkter när vi publicerar remisser på hemsidan. Vi avser att fortsätta och hoppas att det ska ge resultat.

Det är sannolikt omöjligt att formulera ett remissvar som överensstämmer med samtliga medlemmars åsikter och värderingar. När det gällde målbeskrivningen för ST bidrog SFAM:s medlemmar med många goda idéer och uppslag. Allt kunde inte användas i remissvaret då de inte var kompatibla med frågeställningarna. Vi hoppas att de kan användas i andra sammanhang.



**Kenneth Widäng**  
Styrelseledamot  
[kenneth.widang@sfam.se](mailto:kenneth.widang@sfam.se)



**Marit Lindberg**  
Styrelseledamot

Nytt från fortbildningsenheten:

## Rekommendation om fortbildning på gång

**F**ortbildningsenheten tar fram en rekommendation för vad som är tillräcklig fortbildning för specialister i allmänmedicin. Rekommendationen ska vara ett stöd för allmänläkare, chefer och andra beslutsfattare för att planera och genomföra fortbildning.

Joakim Lindqvist ansvarar för arbetet.

– Det är viktigt att involvera så många som möjligt i arbetet och få in mycket synpunkter. Jag tror att öppenhet, diskussion och förankring är förutsättningar för att få fram ett bra förslag.

Joakim besöker lokala SFAM-föreningar för att diskutera vad som bör ingå i en allmänläkares fortbildning. Det handlar både om kvalitet, form och ämnen.

– Utgångspunkten är att allmänläkare är engagerade, kompetenta och att de vill fortbilda sig, säger Joakim. Det blir ett stöd för allmänläkarna när de planerar sin fortbildning. Vi vill lyfta fram fortbildning som inte syns; handledning, FQ-grupper, kollegial dialog och egen inläsning. Man måste inte åka på kurs!

Fortbildningsenheten jobbar parallellt med att utveckla en webbblösning med ett verktyg för planering av fortbildning, en katalog med fortbildningsaktiviteter och ett system för dokumentation och uppföljning av fortbildning. Den nya webben beräknas vara klar för ett pilotförsök våren 2015 och i full drift augusti 2015.

### Växande intresse för utbildningsprenumerationen

Intresset för SFAM:s utbildningsprenumeration är stort. I Gävleborg har studierektorerna tecknat prenumeration för samtliga ST-läkare.

– Genom utbildningsprenumerationen kan vi förse ST-läkarna med Medibas. Rabatten på Mitt-i-ST är värdefull när vi har gjort det obligatoriskt, säger Anna-Karin Svensson, ST-studierektor i Gävle.

Andreas Koro och Martin Häggberg, ST-läkare i Örnsköldsvik, har tackat ja till att vara referenspersoner. De blir bollplank för nya erbjudanden och ska fånga upp bra idéer.

### Vi välkomnar fler ST-läkare som referenspersoner!

På [www.sfam.se/utbildningsprenumeration](http://www.sfam.se/utbildningsprenumeration) finns aktuella erbjudanden från våra samarbetspartners.

**Eva Norell**  
Fortbildningschef  
[eva.norell@sfam.se](mailto:eva.norell@sfam.se)



En ny folder om Utbildningsprenumerationen kan beställas från SFAM:s kansli [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se).

För frågor om Utbildningsprenumerationen eller offert för en grupp, kontakta Eva Norell via mail [eva.norell@sfam.se](mailto:eva.norell@sfam.se) altivt via telefon 0708-52 39 56.

SFAM:s Utbildningsprenumeration



## Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på: [www.sfam.se/utbildningsprenumeration](http://www.sfam.se/utbildningsprenumeration)

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

**SFAM** SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEICIN  
SWEDISH ASSOCIATION OF GENERAL PRACTICE

sfam.se



## ST-dagarna i allmänmedicin 21-23 januari, 2015

Scandic hotell, Triangeln, Malmö  
All information om program, föreläsare och  
anmälan finns på [www.st-dagarna.se](http://www.st-dagarna.se)

Välkommen med din anmälan!

Sista anmälningsdag  
är 25 december!





16-18 JUNE 2015 | GOTHENBURG, SWEDEN

## 19<sup>th</sup> Nordic Congress of General Practice

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

### KEYNOTE SPEAKERS

Prof. Gordon Guyatt, Prof. Linn Getz, Prof. Simon Griffin  
Ass. Prof. John Brodersen, MD Margrét Ólafía Tómasdóttir

### CALL FOR ABSTRACTS

Opens: 1 Sep 2014

Deadline: 18 Dec 2014

REGISTRATION OPENS 1 DECEMBER 2014

[www.nordicgp2015.se](http://www.nordicgp2015.se)



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEDICIN



UNIVERSITY OF GOTHENBURG



**Annons**



Ur Ordbytesfloden:

# Får de utvecklingsstörda adekvat vård?

I Läkartidningen 39-2014 kritiserar några läkare återigen att vuxna med utvecklingsstörning inte får en hälso- och sjukvård på verkligt lika villkor [1]. Detta ledde till en diskussion på Ordbyte, SFAM:s debattforum.

När vi på 80-talet ålades att ta över det medicinska ansvaret för omsorgspatienterna insåg jag att detta var den allra sjukaste gruppen bland våra patienter. Konstiga syndrom som ingen visste mycket om, dåliga kunskaper om hur syndromen yttrar sig hos vuxna. Ung personal som inte kunde skilja banala från allvarliga symtom. Det fungerade så länge som det fanns en omsorgssjuksköterska, men sen blev det svårare.

Vad är era erfarenheter?



Ingrid Eckerman  
chefredaktor@sfam.se

**Denna "patientgrupp"** (inte särskilt homogen) behöver kunliga, kontinuerliga läkare – men det är en uppenbar brist på denna typ av läkare, samtidigt som trycket "på oss" som uppfyller denna definition är alldeles för stort och inte gynnsamt för en högkvalitativ vård för utvecklingsstörda.

Det finns gott om "ännu ej diagnostiserade" eller helt enkelt folk med IQ 71 som inte klarar att ta för sig eller passera triageringens nålsöga – att uppge "riktiga sökorsaker" eller knappa rätt i datoriserade telefoner.

Själv har jag en handfull utvecklingsstörda där jag släpper allt jag har för händer om de dyker upp i mitt synfält. På grund av rådande arbetsmarknad och hyfsat stabila politiska förhållanden har vi en ganska stabil omvårdnadspersonal så att vi hyfsat kan få till en hyfsat god vårdkvalitet utifrån deras relativt begränsade sjukdomspanorama.



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

## Läs mer

Socialstyrelsens kunskapsbas om ovanliga diagnoser  
<http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser>

Läkemedel hos personer med utvecklingsstörning.  
Läkemedelsboken 2014

**De här personerna** tillhör en grupp som behöver någon som tillvaratar deras intressen. Vårdvalsreformen har i många fall inte gynnat dem. I Halland har vi nästan bara kapitationsersättning, och det har en direkt inverkan på hur dessa individer tas om hand. När särskilda boenden eller andra enheter för funktionshindrade tidigare hade en läkartillsyn som var upphandlad eller överenskommen skall nu dessa personer göra ett "vårdval".

Boendet kräver dagliga telefonkontakter och tillsyn nästan varje vecka. De boende behöver planerade ronder och de är alla dosdispenserade. De kräver monitorering pga epilepsi mm, mer röntgen, mer läkemedel, mer provtagningar än andra patienter.

En duktig kommunal distriktssköterska (KDSK) med hjärtat på rätt ställe ser till att personerna som hen ansvarar för samlas på en enhet. Det är bra för patienterna, och det underlättar för KDSK att ha en läkare att ringa till. Läkaren lär känna KDSK:s egenheter, och hen läkarens. För mig är det roligare och tryggare att arbeta under kontinuitet i stället för blixervisiter med kluriga, sjuka och ibland synnerligen eljest personer. Men....

Eftersom vi har kapitering som princip för ersättningen är dessa personer Svarte-Petter i budgeten. Hembesök, som jag ofta måste göra, är olönsamt i Halland. Den vård som är bäst för de patienterna är sämst för vår budget.

Att ta ett samlat grepp och ett helhetsansvar för hela vård-enhetens boende är för den ekonomiskt sinnade verksamhetschefen närmast idiotiskt dumt. Det ligger ett tungt ansvar på respektive vård-enhet att ha patientens bästa för ögonen, inte budgeten. Man har lagt ut fördelningspolitiken på entreprenad.

Upphandling av läkartillsynen för sådana enheter vore bra men lär vara en olaglig lösning sedan vårdvalslagen trätt i kraft.



Andreas Kasemo  
Söndrumskliniken, Halmstad  
andreas.kasemo@gmail.com



**Det var en värdig och humanistisk process** vi hade i Sverige från slutet av 60-talet och framåt. Personer med utvecklingsstörning gick från att vara objekt till subjekt. Som andra land i världen (efter Norge) stängde vi institutionerna för utvecklingsstörda. I stället utvecklades små familjelika boenden med 4-6 individer och personlig assistans, utifrån normaliseringsprincipen och lilla gruppens princip.

Det var mycket kritik mot oetiska medicinska insatser (forskning, medicinering, tvångsåtgärder) på institutionerna. Behovet av en "avmedikaliserings" av omsorgerna för personer med utvecklingsstörning fick så stort gehör att de medicinska behoven helt tappades bort. Specialistläkarna (omsorgsöverläkare och vårdhems läkare) försvann och personer med utvecklingsstörning skulle gå till den vanliga vården precis som alla andra, i en feltolkad normaliseringsprincips anda!

Ingen fick gehör för att det krävs särskild läarkompetens för målgruppen. Inga satsningar på fortbildning gjordes. Kunskap om "utvecklingsstörningsmedicin" har inte ingått i någon specialistutbildning, inte i allmänmedicin, inte i psykiatri, inte i invärtes medicin/neurologi eller något annat.

I Mora hade vi ett litet vårdhem där distriktsläkare hade läkaransvaret. Kanske bidrog det till att vi redan i mitten av 90-talet byggde upp ett hälso- och sjukvårdsteam i samverkan med kommunen. Jag arbetar fortfarande med detta.

Teamet består av distriktsläkare, två LSS-sköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och specialpedagog för vuxna.

Som läkare får jag bra stöd och underlag i mina bedömningar. Mycket är gjort av andra före läkarbesöket på mottagningen eller i hemmet. Det stöd för kommunikation som används i vardagen används vid besök i vården. Individuella visualiserade instruktioner inför besök används när det behövs. Arbetsterapeut och specialpedagog kan med kunskapsstöd från mig göra individualiserade bilderböcker för att visa och förklara sjukdomar och hälsoproblem.

För de tolv gruppboendena i vår kommun har vi har fast tid en eftermiddag i veckan för sittronder, vårdplaneringar, handledningar, mottagningsbesök, hembesök mm. Dessutom har jag hög tillgänglighet mot sköterskorna, ofta via sms.

Teamet jobbar förebyggande med livsstil. Kommunens sköterskor och arbetsterapeuter ger stöd till boendepersonal

Vill du följa debatten på Ordbyte?  
Gå in på [www.sfam.se](http://www.sfam.se) och klicka på Ordbyte.

hur de kan använda pedagogiska verktyg. Sköterskorna och arbetsterapeuten gör årskontroller på bl.a. Downs syndrom, där checklista för kognitiv bedömning ingår för att fånga demensutveckling mm.

I målgruppen har 25 % epilepsi, oftast svårare sådan. I stället för att skicka varje individ till ett besök hos neurolog där de själva inte kan kommunicera, inte förstår något av vad som görs, har vi sittronder med neurolog en gång per 1-2 år där vi går igenom aktuell anfallssituation, medicinering, behov av utredningar osv. Sköterskorna har tillsammans med boendepersonal gjort årssammanställningar inför dessa ronder.

Hur har vi tid med detta? Det går åt mindre tid. Kontinuitet och kvalitet har ökat, medicinering med psykofarmaka har mer än halverats.

En viktig framgångsfaktor är att inga detaljerade direktiv i utformning av modellen utgick utan vi professionella från kommun och primärvård fick ett gemensamt ansvar att forma modellen.

Arbetsättet i modellen använder vi också i stor utsträckning till dem som bor i eget boende med personlig assistans, med det är svårare att för den gruppen få till ett kontinuerligt sköterskestöd.



**Eva Nordin-Olson**

Mora vårdcentral

Ordförande Autism & Aspergerförbundet

[eva.nordin-olsson@ltdalarna.se](mailto:eva.nordin-olsson@ltdalarna.se)

**Referenser**

1. Nylander L, Fernell E, Björkman M. Vuxna med utvecklingsstörning en eftersatt grupp i sjukvården. Läkartidningen. 2014;111:CU49.

## Historia

- 1624** Hospitalsförordningen.
- 1686** års kyrkolag.
- 1847** års fattigvårdsförordning.
- 1850-talet** Privata vårdhem och statliga sinnesslöanstalter började byggas upp.
- ca1910-1950** Rashygieniskt tänkande hade stort inflytande. Sinnesslöa skulle skiljas från samhället.
- 1955** fick landstingen ansvaret för undervisning och vård av utvecklingsstörda. Varje landsting hade en omsorgsöverläkare. Staten fick ansvaret för dem med grava funktionshinder.
- 1967** Omsorgslagen. "Normalisering". Vuxna fick rätt till eget eller gruppboende och daglig verksamhet. Barn fick rätt till skolgång och elevhem.
- 1985** Intagningsstopp till vårdhem och specialistsjukhus.
- 1993-1994** Ansvaret överfördes till kommunerna via LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- 2000** Alla vårdhem och specialistsjukhus var avvecklade. Förbud mot tvångsintagning pga begåvningshandikapp.



# Levnadsvanerådet bemöter "Onödiga gruppen"

## Kommentar till "Onödiga eller skadliga åtgärder inom svensk allmänmedicin – ett diskussionsunderlag"



*Arbetet med levnadsvanor i vården skall vara patientcentrerat, individanpassat och hälsofrämjande [1]. Det innebär inte att man "alltid skall fråga alla om allt", men man skall diskutera levnadsvanor där det är relevant för patientens situation och journalföra levnadsvanor med samma utgångspunkt. Ekonomiska incitament skall inte styra vad som journalförs.*

Levnadsvanerådets arbetsområde berörs av tre av de sju punkterna i diskussionsunderlaget: Att man skall avstå från hälsoundersökningar av friska, att man ska undvika att journalföra levnadsvanor, och att FaR är paternalistiskt och onödigt. Då vi tar onödiga gruppens arbete på allvar önskar vi lämna några kommentarer.

En generell kommentar är att det inte någonstans framgår hur Onödiga gruppen har kommit fram till att det är just dessa sju åtgärder som är de mest onödiga åtgärder vi ägnar oss åt i vårt dagliga arbete. Rapporten får större trovärdighet med transparens kring denna prioriteringsprocess.

**"Det är en tydlig del av vårt uppdrag att arbeta förbyggande. I linje med att vi journalför andra åtgärder bör även förbyggande åtgärder journalföras."**

I Allmänmedicin 3-2014 uttrycker SBU intresse för att i samarbete med specialistföreningarna ta fram prioriteringsstöd för åtgärder inom vården som kan vara aktuella för utrangering [2]. Tanken är att specialistföreningen tar fram förslag till åtgärder och SBU går igenom evidensen för åtgärden etiskt, ekonomiskt och medicinskt. En utmärkt idé, men den ställer krav på grundarbetet, bland annat med en spårbar prioriteringsprocess av åtgärderna som föreslås utmönstras.

### Fysisk aktivitet på recept

Framför allt påståendet om att fysisk aktivitet på recept (FaR) är en onödig åtgärd har skapat mycket debatt i olika kanaler. Vi noterar att man i den reviderade rapporten diskuterar mer utfyllande bakgrunden till påståendet. En del av de studier som har lyfts i diskussionerna har tagits upp, även om vi inte

drar samma slutsatser av det vetenskapliga underlaget. Det hela kokar ned till att Onödiga gruppen kritiserar "obalansen mellan den föregivna och den faktiska effekten" och inte att metoden inte har effekt.

En annan invändning mot FaR är att metoden är paternalistisk. Någon evidens för detta redovisas inte. Ett debattinlägg i Läkartidningen lämnas okommenterat. Beteendet lyfter där fram FaR:s potential att utvecklas till ett autonomistöd inom främjandet av fysisk aktivitet och motion [3] och således tvärt om vara ett verktyg som kan stötta patienter i att uppleva att de kan ta kontroll över sitt liv.

Ett förskrivande av FaR bör vara fullt ut baserat på lyhördhet och respekt för patienten. Att bara skriva ut FaR är inte tillräckligt, inte heller att bara förse patienten med en stegräknare; det är kombinationen som fungerar. Vissa landstings ersättningssystem har lyft ut själva receptet från helheten och gett ekonomisk ersättning enbart för förskrivandet. Det bäddar för en praxis där både det rådgivande samtalet och uppföljningen negligeras.

### Hälsoundersökningar

Rapporten om onödiga åtgärder definierar inte vad en "generell hälsoundersökning" är. Cochrane-rapporten från 2012 [4] innefattar framförallt biomedicinskt orienterade undersökningar från 1960- och 70-talet. Den innehåller också några "andra generationens" undersökningar av lite nyare dato.

Enligt vår mening ska en "hälsoundersökning" innefatta en undersökning av individens hälsa. Man ska alltså fråga individen om hur de mår, eftersom hälsa är en subjektiv upplevelse. Mer-

Vid SFAM:s fullmäktigesammanträde i maj 2013 tillstyrktes en motion att efter förebild från andra länder ta fram en "evidensbaserad fempunktslista över onödiga eller skadliga åtgärder inom vår specialitet". Resultatet blev en lista på sju punkter, framtagen av "Onödiga gruppen". Styrelsen beslöt att rapporten var ett diskussionsunderlag för fortsatt vetenskaplig värdering.

En kompletterande version har publicerats på AllmänMedicins hemsida [www.sfam.se/allmanmedicin](http://www.sfam.se/allmanmedicin) 13.10.2014. Där finns länkar till andra kommenterande artiklar.



parten av de fjorton undersökningarna i Cochrane-rapporten är "biomedicinska kontroller" snarare än hälsoundersökningar.

Cochrane-rapporten visar att de fjorton undersökningarna sammanslagna inte hade effekt på sjuklighet och dödlighet. Däremot hade två av de fyra undersökningar som mätte hälsa en positiv effekt på hälsan. För en allmänmedicinare är väl hälsa det viktigaste utfallsmåttet för en hälsoundersökning?

Det finns nu "tredje generationens" undersökningar, där svenska allmänläkare varit drivande i utvecklingen. De bör kallas för "hälsosamtal" för att inte blanda ihop dem med tidigare metoder. "Hälsokurvan" och Västerbottens Hälsoprogram är två bra exempel. Hälsosamtal är inte en screening, utan alla får en individuell hälsoprofil efter en dialog med en specialutbildad sjuksköterska. Det finns inga randomiserade studier publicerade från de svenska exemplen, men kontrollerade studier visar på positiva effekter på bland annat matvanor och blodtryck. Vi menar att det är en evidensbaserad metod som framför allt bör erbjudas riskgrupper som vi identifierat på vårdcentralen (hypertoni, fetma, rökare osv).

**"Att bara skriva ut FaR är inte tillräckligt, inte heller att bara förse patienten med en stegräknare; det är kombinationen som fungerar."**

Vår bedömning är att man måste skilja på moderna hälsosamtal och biomedicinska hälsokontroller. Vi bör vända oss emot olika screeningprogram där man letar efter biomedicinska markörer och glömmer det essentiella: dialogen med patienten. Screeningprogram bedrivs dock i huvudsak utanför primärvården.

#### Journalföring av levnadsvanor

Gruppens utgångspunkt är att landsting har infört ett obligatorium för utfrågning och registrering av olika parametrar som kan förknippas med patienternas levnadsvanor. Rapporten beskriver detta som opportunistisk screening. Levnadsvanerådet ställer sig frågande till att det i aktuella regelböcker i vårdvalen finns den typen av obligatoriska frågor och registreringar.

Anamnesupptagning med fokus på levnadsvanor i relation till hälsotillstånd kan svårligen kallas för "opportunistisk screening". För att skapa sig en bild av patientens risk- och friskfaktorer måste man i någon grad inventera hur patienten lever. I vissa situationer är det en fråga om patientsäkerhet att ta reda om patienten till exempel röker eller har en hög konsumtion av alkohol, då risken för komplikationer kan påverkas genom att ändra dessa vanor. Lika mycket som man journalför blodtrycket, oberoende av om det är normalt eller inte, är det rimligt att beskriva patientens tobaksvanor, rökare eller inte.

Arbetet med levnadsvanor kan vara i förebyggande syfte, men även vara behandling av sjukdom. För att kunna följa och utvärdera behandlingen är det en fråga om säkerhet för patienten att journalföra relevant information om patientens levnadsvanor och hur de förändras.

#### Förebyggande ingår i vårt uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) definierar hälso- och sjukvård som "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador" (1 §). Från årsskiftet skärps formuleringen om förebyggande arbete till "Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa." (Lag, 2014:822). I den nya patientlagen som också träder i kraft 1 januari 2015 slås det fast att patienten ska få information om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap, 1 §). Det är en tydlig del av vårt uppdrag att arbeta förbyggande. I linje med att vi journalför andra åtgärder bör även förbyggande åtgärder journalföras.

#### Referenser

1. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen 2011
2. Heintz E, Lintamo L, Mowafi F et al. Glöm inte etiken – om etisk vägledning och prioriteringsstöd. Allmänmedicin 3-2014
3. Weman-Josefsson K, Jonsson L, Johansson G. FaR har stor utvecklingspotential. Läkartidningen. 2014;111:CZ77
4. Krogsböll LT, Jörgensen KJ, Grönhøj Larsen C et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012

För SFAM:s levnadsvaneråd

**Mette Barth**

Ordförande

[m.barth@halsomedicinsktcenter.se](mailto:m.barth@halsomedicinsktcenter.se)



#### AllmänMedicin informerar

**Känner du en redaktör?**



Kanske du kan tipsa redaktionen om någon lämplig redaktörskandidat under 60 år? Eller kanske du själv är en? Hör av dig till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se) eller någon annan i redaktionen (se [www.sfam.se/allmanmedicin](http://www.sfam.se/allmanmedicin)).



# Varför tas inte våra IT-initiativ till vara?

De arbetsredskap som vi i primärvården har är av skiftande kvalitet och nytta. Detta är särskilt tydligt inom IT-stödssfären. Det finns tyvärr många IT-stöd som passerat revy utan att det inneburit någon egentlig hjälp för den kliniskt aktiva läkaren, utan tvärtom inneburit allt mindre tid för patienten. Många av de olika systemen som vi arbetar i tvingar oss att anpassa vårt sätt att arbeta till hur systemen fungerar när det omvända är det helt naturliga och eftersträvarvärda; system som är anpassade efter vårdens arbetssätt. Utifrån dessa tankar har jag själv utvecklat [www.remittera.nu](http://www.remittera.nu).

Redan när jag började i primärvården 2005 förstod jag att det inte fanns någon bra samlad information kring vilka mottagningar jag som kliniskt aktiv läkare kan remittera till. Särskilt i storstadsregionen finns det många att välja på. Om den informationen inte finns samlad för alla läkare finns inte möjlighet att erbjuda vård på lika villkor för våra patienter.

Före [remittera.nu](http://remittera.nu) (och hos dem som i dagsläget inte har tillgång till tjänsten) var det för patienten en slump var man hamnar, beroende på vilken läkare man träffar och vilka mottagningar denne känner till. För patienten är det av stor vikt att redan när man remitteras få reda på väntetiden för undersökningen eller konsultationen.

Jag har utvecklat systemet utifrån ett kliniskt verkligt problem. Initialt försökte jag få min egen region att själva utveckla detta. Detta möttes av glada tillrop om att det är en utmärkt idé, men sen hände ingenting. Organisationen klarade inte av att utveckla en idé som kom nedifrån och inifrån, det gick inte i linjeorganisationen. Därför tog jag beslutet att investera egna pengar och egen tid för att få till en bra lösning.

En del av utmaningen blev att göra ett hjälpmedel som var anpassat efter läkarnas arbetssätt. Min målbild av användaren är en utmärkt duktigt kollega som tycker att datorer är mest besvärliga. Om jag lyckats få kollegan att använda systemet och dessutom att klara att använda systemet utan utbildning, dvs. på intuition, skulle jag bli övertygad om att jag skapat ett bra och lättanvänt system. Och så blev det till min glädje!

Sedan utvecklingen 2008/2009 har jag ägnat stor tid och kraft att försöka få min egen region (VGR) att centralt ta in systemet så att alla kollegor får tillgång till samma information. Jag har visat det för de högst ansvariga politikerna i VGR och ett flertal andra politiker. Alla har varit glada men förvånade att ett sådant stöd inte redan fanns. Sedan har frågan skickats vidare till tjänstemännen i regionen. Där har jag visat det för ett stort antal tjänstemän på såväl högsta som mittennivåer och mötts av samma positiva gensvar. Sedan händer ingenting.

För mer info kring [remittera.nu](http://remittera.nu) se

Distriktsläkaren nummer 2 2014 sid 20-21.



Skärmdump av hemsidan [remittera.nu](http://remittera.nu)

Frågan bollas runt mellan olika grupperingar, men eftersom den inte kommit in via den normala linjevägen verkar ingen kunna klura ut hur man skall hantera slutsteget att införa det så alla läkare får tillgång till samma information.

I nuläget får varje vårdcentral separat teckna en prenumeration till en mycket låg kostnad för att täcka drift och viss vidareutveckling. Fler och fler ansluter sig, men det går långsamt eftersom kunskapen bara sprids från mun till mun.

Även en låg kostnad kan avskräcka en verksamhetschef på en enhet med krasslig ekonomi. [Remittera.nu](http://remittera.nu) på systemnivå skulle kunna korta väntetider genom att sprida ut patienterna till befintliga mottagningar. Alla skulle komma fram fortare, vilket i sin tur skulle ge snabbare utredning och förhoppningsvis minskat lidande. Men den moroten blir för liten för många verksamhetschefer.

Behovet för ett dylikt IT-stöd finns i hela landet men det ser olika ut i olika delar. Mottagningar i hela landet finns redan inlagt på [remittera.nu](http://remittera.nu). Det professionen skulle kunna göra att skapa ett tryck underifrån så att verksamhetschefer och uppåt förstår att vi måste ha dylika verktyg för att så enkelt som möjligt kunna göra så bra jobb som möjligt.



**Martin Fredriksson**

Hälso- och sjukvårdsavdelningen,  
område för uppföljning och analys, VGR  
Läkarkollegiet, Göteborg  
[martin@lakarkollegiet.se](mailto:martin@lakarkollegiet.se)

Jäv:

Innehar styrelseuppdrag och aktieposter i Läkarkollegiet  
Dr Fredriksson AB med bifirma [remittera.nu](http://remittera.nu).

**Annons**

# Tema allmänmedicinens historia

**D**et kollektiva minnet är kort. Jag snappar upp påståenden om att SFAM:s nuvarande fortbildningsprojekt med anslag från regeringens satsning på kroniskt sjuka skulle vara föreningens största fortbildningssatsning någonsin. För oss som har varit med i några decennier känns det märkligt att den intensiva verksamhet i SFAM som bars upp av så många engagerade allmänläkare på 1990-talet redan har hamnat i glömska. Men hur ska nytilkomna kollegor kunna veta, om inte vi äldre berättar?

För det var ju då för 15–20 år sedan, på 1990-talet, som allt det vi nu tar för självklart skapades inom SFAM. Det var då SFAM:s nuvarande organisation med olika råd, lokalföreningar och nätverk byggdes upp.

Det var då Ulf Måwe gjorde sin omfattande fortbildningsutredning som lade grunden till vårt sätt att se på fortbildning som något mycket mer än enstaka kurser. Den byggde på tankar från välbesökta idéseminarier, och dessa tankar vidareförmedlades i likaledes välbesökta initiativseminarier med allmänläkare från så gott som alla landsting för att leda till konkreta lokala insatser.

Det var då SFAM formulerade krav på fortbildning för allmänläkare och gav ut en årlig katalog över kompetensutvecklingsresurser. Det var då SFAM byggde upp ett fortbildningskansli med Carl Edvard Rudebeck och senare Gösta Eliasson som ledare, och fick igång FQ-grupper överallt och började ge ut studiebreve.

Det var då lokalföreningar bildades runtom i landet, och det

var då SFAM höjde medlemsavgiften nästan varje år och medlemsantalet ändå ökade och ökade. Det var då SFAM år efter år fick miljonanslag från Socialstyrelsen och andra myndigheter för att finansiera fortbildningssatsningen.

Fortbildning i vid bemärkelse stod i centrum för SFAMs verksamhet under hela 1990-talet. Sedan dess har annat kommit i fokus. Till exempel i början av 00-talet, då SFAM ägnade mycket av sin kraft till att bevaka hur utbildning, forskning och utveckling skulle få utrymme i nya organisationsformer inom primärvården i samarbete med DLF och Läkarförbundet, under arbetsnamnet Protos. Men det är en annan historia.

I det här numret av AllmänMedicin hittar du artiklar om allmänmedicinens historia ur olika perspektiv. Vi har skrivit om sådant förr och kommer att göra det igen, men nu samlar vi oss till temanummer och hoppas att det blir givande läsning.



**Karin Lindhagen**  
Medlem av redaktionen  
för AllmänMedicin  
Uppsala  
[karin.lindhagen@sfam.se](mailto:karin.lindhagen@sfam.se)

## AllmänMedicin informerar

### Ska AllmänMedicin gratulera?

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



**+ AllTrials**

### Skriv under AllTrials!

AllTrials är ett upprop för att alla studier ska publiceras, inte bara de som är fördelaktiga för företaget. SFAM var en av de första organisationerna som skrev under. Skriv gärna under du också!  
<http://www.alltrials.net/>



# Leden leder adept in i en Ny värld

En ögonlocksbild från anno 1971 av sedermera doktorn Inge Carlsson.

Med efterord av författaren!

**E**n halv mansålder sedan. Den svarta bakelittelefonen hade ringt. En barsk dam på M läns landsting i Lund lät meddela att Svalöv var ledigt. Här kunde läkarstudenten inhämta sina första lärospån. Ja, så sa hon ju inte. Bryskt meddelades endast att han kunde inställa sig för genomgång fredag em om två veckor.

Studenten, som hade färska och gedigna kunskaper i anatomi, histologi och kemi såg fram emot att praktisera dessa lärostoff, inte på lik eller i mikroskop utan på vanligt folk.

Han for till Svalöv. Här fanns en kvardröjande rest av det gamla provinsialläkarväsendet. I en gammal tegelvilla praktiserade här en sista kvarleva i form av vikarierande distriktsläkaren, med. lic. Ido Ledén. Den så kallade 7-kronan hade i början av 70-talet utarmat det svenska läkarkollektivet och i ett slag hade sjukdomspanoramats ändrats. Det var nu inte lönsamt att kontrollera halsflussar och sänkor. Och Ido hade tagit ledigt denna fredagseftermiddag.

De flesta offentligt anställda biträden och undersköterskor på

den tiden hette Maj-Britt eller Birgitta. Så även denna i Svalöv residerande undersköterska som skulle få sin semester. Hon var ihopvuxen med mottagningen, var dess enda anställda, hon hade inte släppt in någon annan hjälp.

Hennes motto var att allt går fortast och bäst om man gör det själv. Sekreterare och sköterskor, vad kan dom? Mer än va' i vägen!

Maj-Britt öppnade raskt alla skåpen för att visa vad där fanns. Obegripliga förbandsartiklar och medicinburkar i skrämmande omfattning. Mystiska utensilier som tydligen användes på olika sätt, antagligen vid skador av olika slag. I en låda låg hemska verktyg av stickande och skärande karaktär. Hon dängde i skåpdörrarna, inblickarna var korta.

En kassalåda med pengar var det viktigaste. Här hamnade 7-kronorna mot att kvittan skrevs. Sedan skulle vid dagens slut intäkterna bäras till posten för insättning på M läns postsparbanksbok. Eller motsvarande; färgglada klistermärken på insättningar hade landstinget dock slupit.



Adepten Inge leds av Ledén. Efterkonstruktion på Åkersberg i Höör 2014. En laddad återförening...

Plötsligt var Maj-Britt försvunnen. Hon hade fått bråttom iväg på tältseminstern, så Hej då, Lycka till! På måndag klockan åtta kommer doktorn, han börjar bli rätt van nu.

Studenten hoppades att vikarierande doktorn visste något om vad som fanns i skåpen. Att han inte var tappad bak vagnen, att han stod på egna ben även utan Maj-Britt.

Doktorn kom i tid. Han verkade tycka det var intressant att få paus från Maj-Britt ett tag. Nu kunde han få assistens av en blivande kollega, om än aldrig så grön. Det kunde ge en ny dimension åt jobbet.

Studenten tyckte att doktorn hade ett intressant namn, Ido Leden. Mycket riktigt var det pappan som hette likadant och var kemist och hade skrivit lärobok i detta ämne. Alltså en koppling till studentens studieområde!

Nu uppstod köbildning i väntrummet. Man förstod snart att här fanns en flaskhals i form av Maj-Britts frånvaro. Många förundrade sig över att det verkade finnas två doktorer där inne. Den ene yngre än den andre. Manliga biträden var okända fenomen i Svalöv. Rykten spreds på byn. Många tog vägen förbi och gjorde sig ärenden. Assistenten fick det svettigt.

Snart nog började dr Ido delegera ärenden på löpande band: det tar du, det sköter du, det kan väl du sy ihop. Folk hade börjat resa till Mallorca och skulle ha sprutor i skinkan. I vissa ögon tycktes gränsen mellan doktor och assistent flyta. En gubbe sa att han hellre ville komma till Den nye.

Doktorn kunde försvinna på hembesök eller till Hemmet, man visste inte så noga. Någon mobil hade han inte i alla fall. Då fick det duga med assistenten.

En karl dök upp med ett öga. Här fanns en träbit bak ögonlocket. Ta väck den, löd ordern. Studenten vågade ej annat än skrida till verket. Kunde man lyfta upp ögonlocket på nåt sätt? Anatomiboken gav inga besked, men det gjorde karlen: Ni har pinnar med bomull, där ligger dom!

Fukta med vatten, beordrade han och pekade på tvättstället, begrep att här var det nybörjare. Om du pregar opp den så kan den kasa ut! Annars få du ta tändsticka. Detta sista fattade inte studenten men vågade sig upp med pinnen och lyckades krasa ut en flisa.

Karlen blev nöjd. Nu ska jag ha en lapp för ögat och visa basen. Jag håller resten av dan.

En fladdrande kompress anbringades, nästan som en hissad flagga.

Studentens första stapplande doktorssteg hade anträtts.

## Efterord

*På en skrivarkurs i Höör fuktas mitt öga. En gestalt, frigjord ur minnets dunkla gömmor, dyker upp. Liket en Gösta Berling, som "äntligen...!" Här kommer, alltså, insläntande, den i Kristianstad så mångårigt uppskattade reumatologen Ido Leden. Decenniers inkubation, ett väntrum av yrkesliv, och tiden, som helt enkelt bara försvann, är ikapp.*

*Föga anar den gode Ido att han personligen ingripit, understött och med hela handen väglett en ung student i dess första skälvande steg på den eskulapa banan, ja, rent av på den allmänmedicinska stigen! Året var 1971, platsen en skånsk ort känd för sin växtförädlings. Läkare-fröet blev myllat, Ido dess förste bevattnare. Förädlingsen mer tveksam, visnandet påbörjat.*

*Denna epok är nu känd genom sin frånvaro av många saker: Dess små mottagningar led skriande brist på ACG, PMO och moduler för Vårdplanering. Ett sänkeställ och en Hb-apparat saknades dock sällan, praktiskt nog nära ett tvättställ. Telefonen hade vanlig signal, luren kunde läggas av på bordet om man behövde tyst en stund.*

*Register för dementa lös också med sin frånvaro. De åderförkalkade fick vara i fred.*

*Pascal var ej ockuperad och devalverad.*

*En sak fanns, då som nu: Människor som kom och ville vården något. Behövde ett svar, sökte ett råd, visa en skada. Dessa behov verkar ännu leva och frodas i folkdjupen! Det är som om de inte går att triagera bort.*

*Lusten att träffa en doktor och ibland en sköterska är jättestark, den har liksom ökat ju svårare det har blivit att få sig en god pratstund mellan 4 (ibland 3, se ovan) ögon. Folk verkar inte fatta att de administrativa systemen ska skötas och putsas och knappas på! Och sen dessutom ha tid över för dom som bara kommer!*

*Det skulle se ut om vi struntade i dessa system. Det bleve väl en härdsmalta i vården. Läkarna skulle bli rent nervösa av att bli sittande med sin patient som en annan psykiater.*

*Det gamla provinsialläkarväsendet har passerat bäst-före-datum. Men till dess okontaminerade Möten borde vi hitta en dörr in.*

*Förf.*



Inge Carlsson  
Tåbelunds vårdcentral, Eslöv  
inge.karin@telia.com

# Annons

# Provinsialläkarnas arbetsförhållanden i historisk belysning

*Provinsialläkare med kunglig fullmakt har funnits i Sverige från slutet av 1600-talet fram till 1960-talet då de ersattes med distriktsläkare. Arbetet var ensamt och krävande, ofta dåligt betalt och med risker för läkarnas eget liv och hälsa i kontakt med smittsamma sjukdomar och under farliga färder för hembesök. Det är av värde att känna till denna historia för att få perspektiv på dagens allmänmedicinska profession och dess utmaningar.*

**M**ot slutet av 1600-talet började provinsialläkarväsendet i Sverige att införas med statligt anställda läkare som skulle ansvara för hälso- och sjukvården på landsbygden. Systemet var trögstartat. Långt in på 1700-talet fanns nio provinsialläkare i hela Sverige [1]. Inte förrän på 1800-talet ökade antalet markant genom tillsättning av tjänster som extra provinsialläkare.

## Provinsialläkarrapporter

Enligt provinsialläkarförordningen 1822 ålades provinsialläkaren att skriva en årlig rapport om hälsoförhållanden inom sitt distrikt. Däri skulle rapporteras antal födda och döda, förekomst av smittsamma sjukdomar och allmänna hälsorisker, ovanliga medicinska fall samt olika diagnoser. Uppgifter om väderlek, skörderesultat samt andra faktorer av betydelse för befolkningens hälsa ingick. Under 1900-talet tillkom att provinsialläkaren skulle utöva tillsyn över apotek och barnmorskor samt kvacksalvare och ”kringresande utövare av sjukvård”.

## Omfattande och ensamt arbete

Arbetet som provinsialläkare kunde omfatta stora geografiska områden. Längre fanns bara en läkare i hela Norrland. Provinsialläkaren skulle ensam bära det medicinska ansvaret för



Läkarebesöket. Karl Aspelin (1857–1932), 1880-talet. Olja på duk. Nationalmuseums samlingar. Hänger i Socialstyrelsens foajé.

Foto: Jakob Forsell

invånarna i sitt distrikt och förväntades vara tillgänglig dygnet runt, vardag som helg. Tidsbokning existerade inte. När läkaren reste från sin bostad var han tvungen att se till att någon (hustrun) alltid kunde underrätta om var han kunde nås, och han fick inte resa utanför distriktet utan att i förväg anmäla detta till landshövdingen.

Möjligheterna att förhindra sjukdom och död var begränsade och nyttan av läkarnas medicinska insatser ifrågasattes. Tilltron till behandlingsmetoderna var låg och allmänhetens syn på sjukdom och dess uppkomst var ofta olik läkarens. Provinsialläkarna ansåg att en ren kropp och frisk luft i bostäderna var hälsofrämjande. Allmogens utgångspunkt var istället att smuts var ett effektivt skydd mot sjukdom [2]. Man ville inte gärna vädra bostäderna, för då försvann den värdefulla värmen som man med möda försökte upprätthålla.

Trångboddhet var vanligt bland den fattiga allmogen, och möjligheter att sköta sin hygien var begränsade. Detta tillsammans med oviljan att vädra och att matlagningen ofta skedde i boningsrummet för att spara bränsle ledde till en ohälsosam bostadsmiljö. Bostäderna var fuktiga på grund av dålig ventilation och att man torkade sina kläder inomhus. Trångboddheten ökade risken för spridning av sjukdomar. Dessutom var det vanligt att man hade djuren (t.ex. fjäderfä) inomhus.

Provinsialläkarrapporter från Svedala 1887, 1890 [3] och Weberöd 1897 [4] ger exempel på hur bristerna i bostädernas *snugg* och allmogens hygien beskrivs som återkommande problem. Förorening av dricksvattenbrunnar från närliggande gödselstackar och att tvätt gjordes på brunnarnas lock så att smutsigt vatten rann ner i brunnen var ett problem som verkar ha varit svårt att åtgärda [4].

Utsläpp från industrier och företag helt orenat i närliggande vattendrag var återkommande problem [3]. Ett skriftligt klagomål kom från Malmö stad angående föroreningar av vattnet i Sege å. Kloakvatten från Svedala tätort och spillvatten från sockerbruket hade förorenat vattnet till den grad att Malmö vattenverk hade *"icke utan stor olägenhet kunnat taga sitt vatten från nämnda å vid Bulltofta"*.

Bristande hygien var ytterligare en faktor. Korvfabriken i Svedala ägdes av *hästslagtare Persson*, som köpte upp självdöda, tuberkulösa och andra sjuka djur som sedan användes i korvtillverkningen. Trots flertalet påpekanden och utdömt vite genomfördes inga åtgärder för att förbättra hygien [3].

Provinsialläkaren i Veberödsdistriktet rapporterar om en annan korvfabrikant som också använde sig av självdöda djur som råvara [4], bland annat kadavret av en ko som dött av mjältbrand, vilket ledde till att ägaren själv samt de anställda och några hundar insjuknade med karakteristiska symtom, dock ganska lindrigt utan några dödsfall. Fabriken flyttades sedan till en annan socken och produktionen fortsatte, fortfarande med självdöda djur som råvara.

### Vård och behandling

Tillgången till hälso- och sjukvård var begränsad långt in på 1800-talet. De långa avstånden till närmaste provinsialläkare tillsammans med misstro mot läkarnas behandlingsmetoder gjorde att allmogen inte gärna sökte sjukvård utan istället förlitade sig på Guds försyn och olika huskurer. Att anlita kloka gummor och gubbar (s.k. kvacksalvare) för vård och behandling av såväl människor och djur var vanligt.



Sege å rinner ett stenkast från det gamla sockerbruket, som idag är ett bostadsområde med samma namn.

Foto: Annika Cederlund

Kvacksalvarna utgav sig för att kunna bota en rad skiftande sjukdomar med mer eller mindre spektakulära metoder. Även om Sverige inte fick sin första kvacksalverilag förrän 1915 sågs inte dessa kloka gummor och gubbar med blida ögon av läkarkåren. Från Svedalas provinsialläkardistrikt kan man läsa om att boende i distriktet anlätade en *qvinsperson vid namn Maria Pettersson, dotter till aflidna s.k. "kloka i Wimminge"*, som *fortsätter moderns verksamhet och behandlar olika slags sjukdomar, skrifver recept, röker de sjuka m.m.* [3]

Eftersom möjligheterna att bota sjukdom var mycket begränsade fokuserades vård och behandling på att lindra symtomen. Diagnoserna var långt in på 1800-talet huvudsakligen symtomdiagnoser. På apotek och medikamentsförråd såldes olika former av laxermedel, svett- och urindrivande drycker, blodiglar, magstärkande teer, magdroppar, kvicksilver, opium samt China-pulver (febernedsättande medel).

### Humoralläran och behandlingen

Humoralläran utgick från att sjukdomar orsakas av obalans i de fyra kroppsvätskorna (blod, slem, gul & svart galla). Den sjuke skulle bli frisk om olika vätskor tömdes ut för att återställa balansen. Det var huvudsakligen åderlätning, lavemang, avföringsmedel och iglar som användes. Fortfarande i slutet av 1800-talet levde dessa föreställningar kvar, ofta på grund av att läkaren var ganska maktlös mot de sjukdomar som drabbade vanligt folk och hellre gjorde något än inget alls.

Trots att metoderna att bota sjukdomar var begränsade kunde kunskapen om deras uppkomst möjliggöra förebyggande arbete för att förhindra spridning, och det blev grundstommen i provinsialläkarnas arbete. Det kunde handla om allt från råd om hygien och vaccinering till att vara ledamot i hälsovårdsnämnden, där arbetet framför allt inriktades på insatser för att förbättra hygien och renhållning, vilket under 1800-talets senare hälft var de effektivaste åtgärderna för förbättrad folkhälsa. ►►

## Medicinska landvinningar och bättre behandlingsmetoder

I slutet av 1800-talet och början av 1900-talet gjordes upptäckter som hade stor betydelse för folkhälsan: pastörisering, röntgen, narkos, desinfektion av operationssal och operatör, vaccination mot rabies samt bakteriologiska upptäckter som identifiering av tuberkulos- och kolerabakterierna. Under hela 1800-talet sjönk mortaliteten signifikant, spädbarnsdödligheten halverades och medellivslängden fördubblades [5], vilket indikerar ett successivt förbättrat hälsoläge.

## Facklig organisation av provinsialläkarna skedde tidigt

Den första fackliga sammanslutningen av svenska läkare var Provinsialläkarföreningen, bildad 1880 med syfte att bland annat instifta en försäkringskassa till stöd för efterlevande hustrur och barn till de kollegor som avlidit i tidig ålder, ofta i samband med påfrestningar i sin tjänsteutövning.

Provinsialläkarkåren utgjorde en viktig faktor i strävan efter bättre hygien och förebyggande av sjukdom under en tid när effektiva behandlingsmetoder i stort sett saknades. Först mot slutet av 1960-talet försvann provinsialläkarsystemet och kom att ersättas av moderna distriktsläkare som arbetade gruppvis på vårdcentraler, varav den första invigdes i Dalby i Skåne 1968.

## Referenser

1. Hjelt, O. Svenska och finska medicinalverkets historia, 1663-1812 (vol. 2). Helsingfors, 1892.
2. Drakman, A. Smuts – fara eller skydd? En studie av svenska provinsiallä-

kares och allmogens skilda uppfattningar om hygien under sent 1800-tal. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2012; 89:54-61.

3. Provinsialläkarrapporter från Svedalas provinsialläkardistrikt, 1886-1900. Landsarkivet i Lund.
4. Provinsialläkarrapporter från Weberöds provinsialläkardistrikt, 1895-1900. Landsarkivet i Lund.
5. Statistiska Centralbyrån (SCB), Historisk statistik för Sverige. Del 1, Befolkning 1720-1967. Örebro.

**Peter M Nilsson**

Professor

Enheten för medicinens historia, Lunds universitet, Lund-Malmö  
[peter.nilsson@med.lu.se](mailto:peter.nilsson@med.lu.se)



**Ulf Jakobsson**

universitetslektor/docent

Centrum för Primärvårdsforskning (CPF),  
 Lunds universitet



# Annons

# Att bygga upp primärvård – en resa att med glädje se tillbaka på

Under kommunsammanslagningarnas tidevarv slogs industristaden Nacka ihop med landsortskommunen Saltsjö-Boo och överklassköpingen Saltsjöbaden. I varje kommun del fanns en provinsialläkare med en eller ett par distriktssköterskor i egna mottagningar. Nu skulle primärvården byggas ut. I Saltsjöbaden ersattes Provinsialläkarförbundets vice ordförande Erik Dahlman av en treläkarmottagning. Det nya långvårdssjukhuset i Saltsjö-Boo fick en distriktsläkarmottagning och flera specialistmottagningar.

1980 blev det dags för centrala Nacka. Distriktsläkarmottagning, barnvårdscentral, mödravårdscentral och sjukgymnastik inrättades i det nya Ektorps centrum, intill Nacka sjukhus (NS). I samma hus kom socialkontor, psykiatrisk mottagning, ögon- och öronläkarmottagning. Jag fick den pensionerade provinsialläkaren Folke Murvalls tjänst.

Det var spännande att bygga upp en mottagning från grunden. Ett team med en person från varje yrkesgrupp och vårdcentralens föreståndaren inledde arbetet redan året innan. Före öppnandet hade vi två veckors planering inom mottagningen och inom huset. Det betydde mycket för goda rutiner och framtida samarbete. Någon distriktssköterska vände sig dock aldrig vid att ha läkare med insyn så nära.

Vi tre läkare fick 21 000 invånare att dela på. Övrig personal fanns i överflöd. De bestämde att läkarna bara skulle göra det som läkare måste göra. De servade oss med kaffekokning, journalhämtning, byta papper på britsen, tidbokning etc. – allt för att vi skulle få jobba ostört och ta så många patienter som vi måktade med.

På FV-kurser och Provinsialläkarfondens kurser byggde man upp nätverk över hela landet. SPRI, Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, var en aktiv aktör som stödde många innovativa distriktsläkare ute i landet. Vi kunde hämta inspiration och färdiga system från dem.

Från Lerum hämtade vi bokningssystemet med olika färger. Då hade vi alltid några akuttider att erbjuda varje morgon. RP-lappar var smidiga redskap som användes i kommunikationen kring bokningar och kallelser. Alla återbesök senare än sex veckor kallades – vi kunde styra över tidböckerna och ge tider efter behov, inte efter efterfrågan.

Ett korsregister med kort sorterade efter efternamn underlättade att hitta bland journalerna som sorterades efter födelsedatum. Tillsammans med förbud att lägga journaler i skrivbordslådor och snabb utskrift minskades journalletningstiden till ett minimum.

Exempel från dr Murvalls journalanteckningar: "Törstig, vikt-nedgång. Stora urinväggar. Glykosuri +++. Remiss NS."



Ingrid Eckerman  
som ung läkare vid  
Ektorps vårdcentral  
i Nacka 1986.

Vi fick ett stort journalarkiv. Specialistläkarnas journaler låg för sig i samma mapp. Försättsbladen med datum och besöksorsak gav en översikt som datajournalerna har svårt att erbjuda.

I en hörna stod min föregångares journalarkiv. Två lådor med tre rader kort i A6-format i bokstavsordning. På dem hade han skrivit korta anteckningar med skrivmaskin och enkelt radavstånd. Behövdes flera kort tejpade han ihop dem till ett dragspel. Det var bättre än Erik Dahlmans hög med vaxduksböcker där han skrivit i kronologisk ordning.

Vi hämtade fler impulser från landet. Som först i Stockholm införde vi vårdplaneringsgrupper (med obligat närvaro av läkare) och direktintag på långvården efter modell Ljusdal. Gemensamt områdesansvar för kommun och primärvård gav god kontinuitet i grupperna. I Nacka-Värmdö startade vi en gemensam jourmottagning som ersatte inhyrda sjukhusläkare i taxibilar. Vi läkare satte kvalitetskraven.

Unikt för oss var en gemensam utbildning för psykiatri, primärvård och socialtjänst när vi fick överta det medicinska ansvaret för de utvecklingsstörda. Likaså alkoholmottagningen där vi arbetade sida vid sida från primärvård, psykiatri och socialtjänst.

Våra läkarmöten för Nacka-Värmdö var viktiga. Där skedde informationsutbyte och planering. Alla kom! De första åren förlades ett höstmöte till skärgården dit vi togs i skärgårdsdoktorn Per Ullhammars båt. Han fick en större, och vi fick rum där. Så blev det båda båtarna. När de inte längre räckte blev det slut på resorna.

Jag arbetade kliniskt 17 år på Ektorps vårdcentral. Inget år var det andra likt – det skedde ständigt stora och små förändringar.

**Ingrid Eckerman**

Distriktsläkare vid Ektorps vårdcentral, Nacka 1979-1996

*chefredaktor@sfam.se*

# Patientjournalen före och efter datorrevolutionen

För 300 år sedan i Holland försvarade Nils Rosén von Rosenstein sin doktorsavhandling om Anamnesen. Han angav arton kriterier för vad som var viktigt att notera vid patientmötet och fortsatte:

*”Sedan allt sådant antecknats, må han med största noggrannhet nedteckna hela sjukdomsförloppet: sjukdomens början, tilltagande, status, avtagande och upphörande, remedier som tillgripits, såväl dietetiska som farmaceutiska, samt ordination och kvantitet. Samvetsgrant må han här anteckna vilka förändringar som efter botemedlets intagande inträtt, och först därefter kan ett sannfärdigt och icke vilseledande omdöme om remediernas verkan avgas.”* [1, 2]

Roséns kriterier kom att ligga till grund för provinsialläkarnas årsrapporter [3] under 1800-talet och även för den fortsatta utvecklingen av patientjournalen i Sverige.

## Modern tid

I mitten av 1900-talet antecknade vi provinsialläkare summariska patientdata för hand på vykortstora journalblad. Det var minnesanteckningar för den enskilde läkaren.

När landstingen övertog huvudmannaskapet för provinsialläkarorganisationen 1963 tillkom hjälppersonal, mottagningsbiträden och så småningom läkarsekreterare. De nya vårdcentralerna med tre till fem läkare tog form. Vi blev allt fler som var i behov av information om patienten. I början på 1970-talet utvecklades SPRI:s\* grundjournal på sjukhusen och något senare grundjournal för primärvård [4]. Dessa maskinskrivs på A4-blad som samlades i mappar. Journalen skulle fungera som ett standardiserat kommunikationsmedel för att göra vården säkrare och mer effektiv samt underlätta för forskning och undervisning.

Journaldokumentet svällde genom att många hjälpblanketter infördes: journalblad; journalöversikt; medicinlistor; laborationslistor; EKG-registreringar; remiss- och röntgenlistor; sammanfattningar och epikriser. Journalarkiv byggdes för arkivering. Hanteringen av patientjournalerna blev omfattande och krävde mycket personaltid.

När vi flyttade in i en ny vårdcentral i Lerum 1970 infördes allt detta successivt. Trots alla regler blev patientjournalerna alltmer svårlästa och överskådliga. Med diktafonen var det lätt att producera många ord, men det var svårt att få struktur på innehållet. Ofta upprepades anamnestiska uppgifter då man inte lätt kunde återfinna dem i de gamla anteckningarna.

## Problemorienterad journal

En intressant journalmodell fann vi i den problemorienterade

Vari ligger mognaden, om inte i förmågan att ställa händelser i vår egen tid i relation till företeelser i gången tid?

(Marcus Tullius Cicero 106–43 f.Kr.)

journalen, POMR. Metodiken beskrevs först av Lawrence Weed 1969. I Sverige introducerades den av Paul Hall för slutenvården och Christer Gunnarsson i Örnköldsvik anpassade den till svensk öppenvård. En av modellerna vidareutvecklades sedan vid vårdcentralerna i Lerum och Sundbyberg [5] (bild 1).

I POMR kunde varje journalanteckning direkt kopplas till patientens problem. Problemen numrerades och kunde lätt hittas i marginalen på journalbladen och i en inledande översikt. De löpande journalanteckningarna fick en bättre struktur genom ett väl utvecklat sökordsregister. De kompletterades med medicinska databaser som innehöll uppgifter som inte förändrades över tiden, såsom hereditet och tidigare sjukdomar. Dessutom fanns faktalistor för medicinförskrivningar och laboratorieprover samlade med angivande av problemnummer.

Samtidigt blev vårdplaneringen av patientbesök och läkar-



Bild 1: Annika Hässler, Bengt Dahlin och Gert Ljungkvist i arbete med POMR 1985.

\* Sjukvårdens planerings och rationaliseringsinstitut 1968–2000





Bengt Dahlins extensiva material om primärvårdens utveckling i Sverige och Lerum finns samlat i en bok och CD-skiva.

Se <http://www.bengtdahlin.se/>

Bengt Dahlin, Jan Kuuse.  
Från provinsialläkare till primärvård.  
ISBN 978-91-633-6196-8



Trots allt har den tekniska utvecklingen gått med stormsteg [10, 11]. Varför funkar det ändå inte? Vad har egentligen hänt eller inte hänt? Berätta för en som slutade att följa upp det vid millennieskiftet!

**Referenser:**

1. "Nils Rosén von Rosenstein - mannen som förlängde människolivet". Irene Sjögren, Uppsala 2006.
2. Medicinsk dokumentation genom tiderna. En studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet. Inga Nilsson. Enheten för medicinens historia. Lunds Universitet, 2007.

3. Årsberättelser från provinsialläkare 1830 1900. <http://www2.ep.liu.se>.
4. Grundjournal. Spri råd 4.7. Stockholm 1976.
5. Handbok för problemorienterad medicinsk registrering. Dahlin B, Hässler A och Ljungkvist G. Spri rapport 210. Stockholm 1986
6. Handbok för löpande vårdplanering. Spri rapport 3/77. Stockholm 1977.
7. Datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral. Fyra delrapporter 1985 – 1989. Leif Bäckman, Bengt Dahlin, Alf Gleeurup, Anders Wiberg. Landstinget i Älvsborg, Utvecklingsenheten Lerum, Arbetsmiljöfondens Utvecklingsprogram Stockholm.
8. Metoder, konstruktion och beslutsdelar för en datoriserad patientjournal som främjar kvalitet i primärvården. Rolf Linnarsson, Medicinsk doktorsavhandling nr 378, Linköpings universitet 1993.
9. Patientsäkerhetskonferensen 2014: Socialstyrelsens utredare; "70 % av det läkare skriver i journalen är upprepning." Läkartidningen 40/2014, 2014-09-24.
10. Rätt medicin mot röran. Ett kompendium om IT i vården. Computer Sweden september 2014.
11. Från provinsialläkare till primärvård – en historisk exposé. Bengt Dahlin och Jan Kuuse. Lerum 2010.

**Bengt Dahlin**

F.d provinsialläkare och medicine hedersdoktor  
Korpilombolo och Gråbo/Lerum  
[dahlin.bengt@telia.com](mailto:dahlin.bengt@telia.com)

**Annons**

# SFAM Q

## Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet

SFAM Q har funnits i drygt 20 år. När jag tittar i backspeglarna och ser vad som gjorts känner jag stor beundran för alla de kollegor som varit verksamma i SFAM Q – de som nämnts här och många andra. Dessa mycket engagerade allmänläkare har bidragit med stor kunskap, kreativitet, framsynthet och många gånger vågat vara välbehövligt kontroversiella.

SFAM:s kvalitetsråd (SFAM Q) startades 1991 på initiativ av SFAMs dåvarande ordförande Mats Ribacke, som blev rådets förste ordförande. SFAM Q bytte 2011 namn till "Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet".

### Rådets uppgifter är att:

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

Visionen har varit att så många allmänläkare som möjligt skall inse hur givande och roligt det är att granska och tillsammans med kollegor reflektera över sin egen praktik.

### Verktyglåda

Redan 1992 tog SFAM Q fram en verktyglåda med enkla och lättillgängliga metoder såsom enkäter, underlag för

revisioner m.m., som kunde väcka nyfikenhet, vara enkla att använda och till nytta i förbättringsarbetet på vårdcentralen (bild 1). Verktyglådan spreds till de flesta vårdcentraler i landet (drygt 75 %), men tiderna ändras och datorerna gav nya möjligheter. Verktyglådan slutade tillverkas men lever till stora delar kvar på SFAMs hemsida ([www.sfam.se/kvalitet](http://www.sfam.se/kvalitet)).

SFAM Q har inte varit ensam om att ta fram verktyg, metoder och instrument. Utvecklingsarbeten har gjorts på olika håll i landet. Kvalitetsrådets roll har varit att fånga upp idéer, bra hjälpmedel i förbättringsarbetet, delta i utvecklingen, värdera om de kan vara till nytta för allmänläkarna.

### Audit

Audit är en metod för självgranskning med egenvärdering och ett verktyg för att fånga kvalitativa data. Metoden utvecklades i Odense (Audit Projekt Odense APO) och har drivits vidare i Sverige (Anders Lindman). I audit mäts olika beteenden – "Vad jag som individ egentligen gör" eller "hur jag handlar". Metoden ger möjlighet att på ett systematiskt sätt titta på vad jag egentligen gör och jämföra det med hur övriga i gruppen gör. En auditcykel utgår från ett angeläget ämne/problemområde som är vanligt i verksamheten. Granskningen görs utifrån ett enkelt schema.

### Medicinsk revision

Medicinska revisioner har gjorts av oli-

ka aktörer och inom skilda specialiteter. SFAM Q gjorde vid ett seminarium en genomgång av olika granskningsmodeller. Den mest använda metoden för medicinsk revision i primärvård har utvecklats vid FoU-enheten i Jönköping (Kjell Lindström) i samarbete med SFAM Q. De områden som ingår i revisionen finns i *God vård* (Socialstyrelsen). De granskas och värderas med hjälp av intervju med vårdcentralsledningen under cirka 2 timmar och genom sammanställning av data från de senaste årens vårdcentral-suppföljningar. Resultatet av revisionen sammanfattas i ett enkelt protokoll där de olika områdena värderas och där förslag till förbättringar framförs.

Guide Médécine är en annan form av granskning med inspiration från matsektorns Guide Michelin. Metoden utvecklades i primärvården i Norrbotten (Anders Lindman). Granskaren gör ett besök på vårdcentralen och med hjälp av ett strukturerat formulär undersöks vårdcentralens service, tillgänglighet och struktur mm. En grupp av vårdcentraler kan välja att granska varandra i en så kallad triangelrevision. Det blir som ett systematiskt studiebesök med återkoppling.

### Vårdprogram

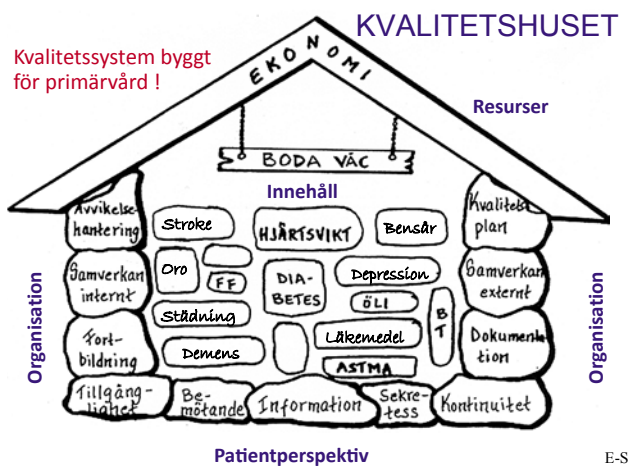
SFAM Q var tidigt ute med att ta fram krav på hur vårdprogram och guidelines ska tas fram, utformas och följas upp. Efter en studieresa och genomgång av hur motsvarande arbete ser ut i de nordiska länderna samt i Holland och England formulerades krav på bra vårdprogram inom allmänmedicin:

De ska vara:

- Valida – vetenskapliga och utgå från primärvårdens oselecterade patienter
- Pålitliga och reproducerbara
- Klinisk relevanta i primärvården
- Avse specifika patientgrupper
- Flexibla – med hänsyn till undantag
- Otvetydiga med konsekvent terminologi
- Pedagogiska och ha ett attraktivt utförande



Bild 1: VERKTYGLÅDAN 1993. 1200 ex till 75% av landets vårdcentraler.



Kvalitetssystem byggt för primärvård!

Bild 2. Kvalitetshuset består av 4 delar:

1. Grunden är det som är viktigast för patienten.
2. Väggarna, vårdcentralens organisation, gör verksamheten stabil.
3. Taket består av ekonomi.
4. Innehållet är prevention, diagnostik och behandling.

Inom varje område formuleras mätbara mål, genom kunskapsinhämtning, analys av nuläge och diskussioner i personalgruppen.

E-S

### Kvalitetssystem, Kvalitetshuset

Under 1990 talet översvämmades primärvården av olika oftast komplicerade modeller (QUL, LOTS, TQM) för planering och uppföljning av verksamheten. Socialstyrelsen kom med krav på att vårdcentralen skall ha ett kvalitetssystem. Det är lättare sagt än gjort, men FoU-enheten i Jönköping (Kjell Lindström) i samarbete med SFAM Q utarbetade en enkel och pedagogisk modell, Kvalitetshuset, som syftar till att stödja uppbyggnaden av ett strukturerat, patientorienterat och dokumenterat kvalitetsarbete som engagerar all personal och leder till ett fortlöpande förbättringsarbete (bild 2).

**"Kvalitetsrådets roll har varit att fånga upp idéer, bra hjälpmedel i förbättringsarbetet, delta i utvecklingen, värdera om de kan vara till nytta för allmänläkarna."**

### Kvalitetsindikatorer

Allmänmedicinens kvalitet och resultat låter sig inte beskrivas i några få enkla mätetal. SFAM Q har tagit fram en uppsättning evidensbaserade kvalitetsindikatorer inom tre olika fält: två områden ur patientperspektivet, tre akuta diagnoser samt sju kroniska diagnoser. Dessa indi-

katorer är i första hand avsedda att vara ett hjälpmedel när den enskilde läkaren eller vårdcentralen vill granska sina egna resultat. En nödvändig förutsättning är att granskning och analys bygger på frivillighet och återkoppling av resultat. Indikatorerna kan också utgöra underlag i en medicinsk kvalitetsrevision. SFAM Q har valt att föreslå enkla mätmetoder som inte kräver alltför avancerade databehandlingar.

Tillvägagångssättet för att ta fram SFAM:s kvalitetsindikatorer har varit förebild på många håll i landet. Ett problem har varit att indikatorerna, som är framtagna och avsedda för kvalitetsutveckling i den egna verksamheten, har kommit att användas i helt andra syften, t.ex. att beställaren använder dem som kontrollinstrument och underlag för ersättning, vilket leder till felaktiga tolkningar.

### Kvalitetsregister

SFAM Q har i samarbete med Strama och FoU-enheten i Jönköping (Sven Engström, Eva Arvidsson, Kjell Lindström) utvecklat två kvalitetsregister:

**Pvkvalitet** ([www.pvkvalitet.se](http://www.pvkvalitet.se)) är ett förbättringsverktyg för vårdcentraler i hela Sverige. Det är en webbplats där indikatorer kan registreras och vårdcentralen kan få jämförelser med andra vårdcentraler och med aktuella evidensbaserade riktlinjer. Vårdcentralens resultat presenteras i ett antal diagram. För varje diagram finns en evidensbaserad information om skälen till valet av denna indikator och för rekommenderade målvärden.

**Primärvårdens Register över Infektioner i Sverige (PRIS)** är ett kvalitetsregister för behandling av infektioner i primärvård. Vårdcentraler som har data-

utsökningsverktyget RAVE kan med en enkel knapptryckning samla in och rapportera data och få en jämförelse med andra vårdcentraler. Deltagande vårdcentraler får en omfattande återkoppling om sina resultat och de sammanlagda data ger en god bild av aktuell epidemiologi och praxis.

### Kvalitetsdagar

Centralt i kvalitetsarbetet är erfarenhetsutbyte, benchmarking, återkoppling. SFAM Q har under 11 år arrangerat årliga, nationella, mycket välbesökta kvalitetsdagar där ett mycket stort antal projekt redovisats och SFAMs ståndpunkt i angelägna frågor har tagits upp.

### Policy

SFAM Q representerar SFAM i fler olika sammanhang, bland annat Nationellt Primärvårdsregister (NPR), vars uppgift är att ta fram data, som går att hämta automatiskt, som kan återkopplas, som kan användas av enskild läkare eller vård-enhet, som är hjälp till god vård eller för ledning/styrning, som ger möjlighet till forskning och möjlighet att leverera data till andra kvalitetsregister.

Nyligen har SFAM Q aktivt tagit fram två mycket angelägna och aktuella dokument "Uppföljning av primärvård i vårdvalssystem" (Sven Engström, Kjell Lindström) samt "Förslag till policy för uppföljning och ersättning av primärvård i vårdvalssystem" (Sven Engström). Båda dessa dokument lyfter fram vilken evidens som finns respektive saknas och är utmärka underlag för såväl den enskilde allmänläkaren som vårdcentralen i diskussion med beställaren om hur primärvården kan och ska bedrivas.



**Lennart Holmquist**

Medlem i SFAM:s kvalitets och patientsäkerhetsråd  
Aleris Vårdcentral, Nykvarn  
[l.holmquist@telia.com](mailto:l.holmquist@telia.com),

**Annons**

# Pelle Swartling

## – en mångsidig människodoktor

*Kirurg, invärtesmedicinare, provinsialläkare, distriktsläkare, medicinalråd och nyss på vippen att dö. "Han kommer inte att klara sig" sa läkarna när han för några år sedan låg nedsövd och intuberad på IVA med svår sepsis. Men han klarade sig och tar numera sin dagliga cykeltur i Uppsala. Per Swartlings liv har sannerligen varit rikt och omväxlande. Och i själ och hjärta finns en hängiven allmänläkare.*

V i sitter i vardagsrummet. I fönstret ser man de tegelfärgade tornen på Uppsala domkyrka. Familjen består numera av Per, eller Pelle som han brukar kallas, och hustrun Gudrun. De bor högt upp i en vackert möblerad lägenhet i centrala Uppsala. Pelle Swartling berättar metodiskt och på sitt ödmjuka sätt om hur det var på 50-talet då han läste medicin i Göteborg. Att han fick tentera invärtesmedicin för självaste Lars Werkö, och att han gick som underläkare i Varberg.

På den här tiden kunde man få en provinsialläkartjänst efter att ha tjänstgjort på sjukhus i åtta månader, även om de flesta brukade ha 8–10 års sjukhuserfarenhet innan de vågade sig på en sådan tjänst. Arbetet som provinsialläkare ansågs påfrestande och lockade inte nya läkare. En upprustning blev nödvändig och i början av 60-talet tog landstingen över provinsialläkarväsendet. Det var först i slutet på 60-talet som man krävde tre års utbildningstjänstgöring – på sjukhus. 1968 startades den första vårdcentralen i Dalby och namnbytet till distriktsläkare gjordes 1972.

Det första provinsialläkarjobbet kom 1969 i Varberg. Det var en enläkarstation. Belastningen var enorm.



Gudrun och Pelle Swartling hemma i soffan.

– Jag hade 30–40 patienter om dagen och jour vart tredje dygn. Var det fullt i väntrummet då dagen var slut var det bara att jobba på. Ändå fanns det tid för hembesök, ofta per cykel. Larmcentralen kopplade akuta samtal till bostaden, och ibland hade Gudrun tagit halva sjukhistorien när jag fick luren.

**"...flera av medicinalråden gick omkring som bleka, trötta figurer, för det formligen östes uppgifter över oss."**

*Pelle Swartling stannade i Varberg i sju år. Hur klarar man en sådan belastning? Blir man inte trött på patienter?*

– Nej, det var ju så roligt att träffa alla dessa människor! Och det kan inte jämföras med dagens mottagningar. Då kom man till doktorn för en gammaglobulinspruta eller för urinkontroll. Fast det kunde ju vara dramatik också, med uttryckningar för vårdintyg och dödsfall.

*Gick det att lämna mottagningen och åka iväg på akuta saker?*

– Man fick gå ut i väntrummet och säga som det var. Patienterna klagade aldrig, de förstod att jag var tvungen att ge mig iväg.

Året var 1973, det år då familjen Swartling bestämde sig för att flytta till England, närmare bestämt till Colchester.

### Per Swartling

**Född:** 1934

**Karriär:** Medicinutbildning i Göteborg, klar 1961, därefter underläkarvikariat i Varberg och Göteborg. Arbetat 4 år som provinsialläkare i Varberg och ett år som invärtesmedicinare i England. Tjänstgjort som distriktsöverläkare i Varberg under 4 år och som vårdcentralchef i Tierp i 14 år. Ledamot i Ansvarsnämnden 1977–79. Ordförande i Svenska distriktsläkarförbundet 1980–84. Andre vice ordförande i Läkarförbundet 1985–88. Medicinalråd i Socialstyrelsen 1993–99. Efter pension halvtidsvikariat i Tierp fram till 2010.

**Bor i:** Lägenhet i Uppsala

**Familj:** Hustru Gudrun och fyra barn, varav två ekonomer och två läkare

## Vilka råd vill du ge dagens ST-läkare?

- Se till att hålla dina kunskaper uppdaterade.
- Var inte rädd för att söka kunskaper på sjukhuset.
- Se till att variera i ditt arbete, ta sidouppdrag, BVC, forska.
- Ta en time-out ibland.

– Jag åkte till England på språkkurs och träffade några läkare som ville att jag skulle komma och jobba hos dem. Jag bestämde mig direkt. Plötsligt var jag underläkare på en medicinklinik, barnen gick i engelsk skola och Gudrun hade fått jobb.

Ett år i England blev det. De sociala koderna i England är ett särskilt kapitel som tar tid att lära sig, och det fanns många skillnader gentemot svensk sjukvård.

– Det jag tyckte om var samarbetet med allmänläkarna. De ringde alltid först till avdelningen och berättade om patienten de tänkte skicka in.

Några år senare flyttade familjen till Uppsala och nu blev det jobb på en enläkarstation. Med ansvar för 11 000 invånare och ett tjugotal patientbesök om dagen.

– Väntetider existerade inte utom efter semestern, då blev det en lista med uppskjutna besök. Men det löste vi genom att jobba extra några kvällar.

1979 rekryterades han av Björn Smedby till ledningsgruppen för Tierpsprojektet, som handlade om att skapa samverkan mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan och kommunens kultur- och fritidsenheter.

En dag ringde Olle Edhag på Socialstyrelsen och frågade om Pelle ville bli medicinalråd, alltså enhetschef på avdelningen för psykiatri, primärvård och tandvård. ”Sånt får man bara inte säga nej till!” tänkte han, och 1993 tog han farväl av Tierp.

Vad gjorde du egentligen där inne på Socialstyrelsen, frågar jag. ”Ja, det har jag också undrat” säger han, litet illmarigt.

– Jo, jag hade många uppdrag, bland annat inom fosterdiagnostik och abortfrågor. Och jag låg bakom föreskrifter om åtgärder vid allergisk chock och allmänna råd om amalgamöverkänslighet.

*Men primärvården då? Gjorde man något för att stödja den, för den var väl underbemannad och underfinansierad precis som nu?*

– När någon i primärvården hävdade att det fanns problem, så portionerade Socialstyrelsen ut 50 miljoner i extra bidrag. Då blev det tyst ett tag!

*Hur var det att jobba som enhetschef på en statlig myndighet? Var det mycket byråkrati?*

– Jag kan inte säga att alla mina medarbetare var självgående. En del av dem hade jag, rent ut sagt, ingen som helst nytta av. Och flera av medicinalråden gick omkring som bleka, trötta figurer, för det formligen östes uppgifter över oss. De högsta cheferna kunde säga: ”Lös det här!” och sedan gå hem, litet förenklat kanske. Men en mellanchef är ju beroende av sina medarbetare. Och en del av dem var utomordentligt duktiga och pålitliga. Men andra gick inte ens att få att skriva ett vanligt brev. De hade aldrig fått plats på den öppna arbetsmarknaden.

Sista året på ”Styret” jobbade Pelle Swartling inte som en-

hetschef. Han hade nämligen lyckats rekrytera allmänläkaren Mats Ribacke som efterträdare. Det var nog tur, för arbetet hade börjat växa över huvudet och han började känna tecken på utbrändhet. 1999 avgick han dock i laga ordning och efter detta följde några lugnare år som timanställd på tillsynen i Stockholm.

Vid millennieskiftet återvände Pelle Swartling till sin gamla arbetsplats, Tierps vårdcentral, nu som vikarie på halvtid.

– Där frågade mig en patient om jag möjligen kunde vara ”son till den gamle doktor Swartling som jobbade här förr”. Jag måste ha sett rätt sliten och trött ut på den tiden!

Pelle Swartling drabbades 2012 av en svårartad streptokocksepsis som krävde intensivvård, intubation, nedsövning, och dialys. ”Han kommer inte att klara sig” var det dystra besked hustrun fick av läkarna på IVA. Hon svarade uppstudsigt: ”Jag vill ändå fortsätta hoppas!”

– Det första jag minns när jag vaknade upp var Gudruns ansikte. Det omgavs av ett ljussken och jag trodde jag hade kommit till himlen. Men Gudrun sa helt lugnt: ”Nu väntar en tuff tid!”

Efter månader i sängen kom han långsamt upp på benen, avmagrad och trött, men bevisligen med sinnena i behåll. Det första han gjorde var att med färdtjänst och rullstol ta flyget till Malmö och ett möte med SÄL, föreningen Sveriges äldre läkare.

Förutom en smärtande fotled, medianusskada höger hand och amputerade tår känner sig Pelle Swartling idag helt återställd. Man kan inte ana att han för ett par år sedan utkämpat en grym kamp mot döden.

Samtalet upphör, det blir tyst.

*Vad är den största skillnaden mellan primärvården förr och nu, börjar jag igen, litet trevande. Vad tycker du är bättre idag, och vad var bättre förr?*

– Vårdvalet har medfört en uppsplittring. Förr var teamet med distriktssköterskor och läkare välfungerande. De gamla revirstriderna har nästan försvunnit, och idag är vi ju högt uppskattade av våra sjukhuskollegor. Hyrläkeriet fanns inte förr. Varför blir man hyrläkare? Jag tror att det delvis beror på att vi inte hinner prata med varandra längre, och då lämnar man vårdcentralen. Det var bättre förr när man kunde göra hembesök. Även om det ibland var banala saker man åkte ut på, så gav de möjlighet att lära känna patienterna i deras hemmiljö. Men den allra största skillnaden är nog den ökade patientcentrering vi ser i dag. Förr kunde man säga ”Ta dom här tablettorna!” Idag säger man ”Är du med på det här?”

Intervju är slut. När jag kommer ut på gatan igen, kastar jag en hastig blick upp mot det där fönstret och tänker: där inne bor en vis man med empatisk förmåga och en ödmjuk tro på livet och dess möjligheter. Då räcker det inte att kalla Pelle Swartling för allmänläkare. Framför allt ger han intryck av att vara en riktig människodoktor.



Gösta Eliasson  
Falkenberg

[gosta.eliasson@sfa.se](mailto:gosta.eliasson@sfa.se)

# Varför blev det sånt drag i Norrbotten?

## En allmänmedicinsk historia att begrunda

*Det lärde oss Norrbotten och dess frejdade allmänläkarkår: Stöd kreatörer och kommunikatörer! Stärk varandra i grupper och nätverk! Begrip din unika kompetens! Levandegör jobbet så att omgivning, beslutsfattare och tjänstemän förstår!*

### Backväxeln läggs in

Jag hade bestämt mig för att sitta ner med Ulf Måwe. Vi ska prata om hur svensk modern allmänmedicin kom att starta. Inget kan mera liva upp Ulf, det är ett älsklingsämne som dagligen sysselsatt hans tankar. Och en specialitet som han har fått utöva i över fyrtio år.

Sedan början av nittiotalet känner jag honom. Han har inte förändrats. Det oföränderliga är föränderligheten, dynamiken. Och blicken: först och främst framåt – målbilden tydlig. Men också åt sidorna – för att ha koll på relationerna. Och så bakåt, eller kanske hellre inåt – där han ständigt kan ösa ur sina brunnar av upplevelser, möten, medvindar och motlutor.

Jag har så ofta funderat över hur det kom sig att det allmänmedicinska ljuset i vårt land kom att tändas i Norrbotten, så starkt att dess norrsken fortfarande lyser. Lågorna mer flämtande, ljuspunkterna lite glesare, men visst lever en ande kvar såsom sker i bygder med självförtroende och historia.

I parallella banor kom Ulf och detta landsting att utveckla sina ambitioner. Vi hade gått från provinsialläkarna till landstingsstyrelse, vi skulle gå från *Något som blev över* till en *Egen specialitet*.

Ulf Måwe har, tillsammans med Mogens Hey i Skåne, svensk allmänmedicins flesta kontaktytor. Båda herrarna har alltid jobbat i nätverk, i grupper, i dialoger, på kurser och seminarier. De är inte komfortabla på enslig kammare. Deras erfarenheter är alltid förknippade med kollegor, medarbetare, andra vårdaktörer; de namnger dem i vällustiga minnesbilder och anekdoter.

Medicin läste Ulf i Umeå på det unga universitetets andra medicinkurs. Fanns månne en nydanande pionjärande på

denna fakultet? Nej, alls icke: gammal-pedagogiken och föreläsningarna härskade, inget för en hungrig världsförbättrare som redan i gymnasiet blivit medveten om vikten av att tycka kul i lärandet. Och att inte finna sig i överhetens härskarfoner...



Ulf Måwe, dragplåster till Mjölkkudden.

### Egna ben

Nu är det 1971 och Ulf börjar på Mjölkkuddens rätt nybyggda vårdcentral i Luleå, där vikarierna kommit och gått på löpande band; landstinget hade raggat utländska doktorer. Ulfs företrädare var av jugoslavisk börd, tillika boxare, föga svensktalande. Så några journaler blev knappast skrivna. Sköterskor fick preparera patienterna så gott det gick före och efter doktors uppdykande. Efter lämpligt lång sovmorgon.

---

**"Vi var ett allmänmedicinskt u-land."**

---

Den unge rebellen drabbas mycket snart av vanmakt, ilska och förtviv-

lan. Detta är bedrägeri! Här kommer en universitetsutbildad läkare som ska ha ledningsansvar men blir underställd sköterskor som skriver tidböckerna fulla, klämmer in extra mellan raderna, allt ska gå genom doktorn. Flaskhalsen, eller midjan på timglasen, är lille Måwe. Vad hade utbildningen med detta verkstads-golv att göra!?

### Ärmarna uppkavlas

1975 blir Ulf upprörd av en ordsprutan-Anders Lindman, han satt i Boden då: "Du får bli ordförande i distriktsläkarföreningen!! Jag blir sekreterare. Annars läggs föreningen ner!!". Det blev nu ett "järn-gäng" i styrelsen: Torgny Karlsson i Övertorneå, Ulf Theén i Gällivare, Christina Brändström i Gammelstad, Kenneth Widäng i Jokkmokk och så Ulf och Anders.

Framfötterna visades: I Norrbottens läkarförening har sedan Widäng och på senare år Robert Svartholm varit ordförande. Annars var ju på den tiden Läkarförbundet knappast distriktsläkarnas vänner. Här fanns en spydighet och en nonchalans som idag är helt borta.

Gänget träffades och konstaterade att landstinget *ville* primärvård, önskade bygga upp något, reducera vårdplatser. Glesbygd och läkarbrist nödvändiggjorde åtgärder, och man ville här, i motsats till Västerbotten, ha en dialog med professionen.

### Makten identifierad

Men var fanns makten, vad ville systemet? Nu låter det som om Det Var Bättre För. Makten var rätt synlig: det nära nog enväldiga landstingsrådet, bagaren från Älvsbyn, Erik Hammarsten. Sosse, f.d. riksdagsman, suveränt streetsmart; det var en stolpe som måste rundas.

Hammarsten kunde styra och ställa, tjänstemän kunde få drag av tjänstehjon. Med centrala kontakter fixades statliga pengar i parti och minut. En stadig majoritet underlättade och han drev verksamheten som den pamp han var.

Annat, tänker jag, än stackars nutida



Margareta Troein som framtidslöfte.

landstingsråd, som med bräckliga majoriteter vacklar fram i utsuddad profilering, ambitionerna nedbrutna i budgetprocesser...

Hammarsten hade fått pengar, ett Norrbottenpaket innehållande tio vårdcentraler och ett sjukhem; i svepet kunde sex av dessa snart öppnas.

### Norrbotten rekryterar

Andra halvan av 70-talet stod rekryteringen i fokus. Då som nu. Läkare till Mjölkudden, till Luleå, till Norrbotten. Den personliga rekryteringen föreföll vara outstanding. Några exempel:

På en assistenttrunda i Boden träffade Ulf en trevlig figur som höll på att bli gastrokopist. Ulf hade några ritningar, de kunde rullas ut på en brits. – Vad kan du ta hand om? – OK, jag tar Örnäset... Den här intressenten skulle ett antal år senare disputera och så småningom bli professor, men inte blev det på magsäckar. Han hette Carl Edvard Rudebeck. Med honom kom Måwe att ha många samtal i ljusa nätter.

Vid den första Nordiska kongressen i allmänmedicin 1979 var Carl Edvard färdig att dra sina första tankar om allmänmedicinen. Alla förstod inte vad han sa, men Ulf förstod inte varför inte alla förstod. För Ulf hade specialistens uppdrag och utmaningar nu börjat klarna.

Ett annat ämne hittades som var på väg mot kirurgin, en radikal yngling i tidens anda, långhårig, med meriter från strejker och protestaktioner, skrev även psalmer. Han kom sedan att ta hand om Örnä-

set i stålverksarbetarnas bostadsområde för lång tid framåt. Namnet var Birger Grahn.

Ett par kvinnor dyker upp på den allmänmedicinska arena där de sedan stått kvar i rampljuset: Meta Wiborgh, skolläkaren från Piteå, och Margareta Troein. De började sina första stappande ledarsteg i Luleå. Margareta fick snart nog även expertuppdrag på SoS. Och Meta blev ordförande i SFAM.

Andra starka kvinnor i den norrbottenska allmänmedicinen var Britt Sjölin Israelsson som satt i DLFs nationella styrelse, Anna-Karin Fahlén som hjälpte allmänläkare i Murmansk att bilda ett "SFAM", Kerstin Rönblom, mångårig kassör i lokala SFAM, Maria Blix som gick till Socialstyrelsen i Umeå, och Maria Truedsson, studierektor, allmänmedicinsk sanningssägare, trogen vårdcentralen i Hortlax.

---

## "Specialistexamen har tydliggjort specialistens identitet."

---

En AT-läkare, då grön men redan med gryende uppstickarfasoner, var Magnus Eriksson, numer kvartersläkare på Söder och TV4. Redan kommunikativt brådmogen såg han behovet av en tidning, startade AllmänMedicin med några nummer, innan Tibblin och Krakau tog över.

Måwe nämner nu så många namn att jag stänger katalogen. Många har stannat, andra har lämnat regionen, påfallande stort antal är idag kändisar ute i landet. Växtkraft och utrymme för personlig utveckling tycks ha präglat landsändan, ett drivhus i kylan.

### På väg mot specialitet

Universiteten var vid denna tid inte i fas med ett allmänmedicinskt uppvaknande. Visserligen fanns starka radikala falanger i studentleden, men fakulteterna upplevdes snarare som motståndare, närmast fientligt inställda till allmänmedicinen. Socialmedicinen, med sin tydligare inriktning och avgränsning, låg före och hade fått sin första professur på 60-talet.

Norrbottengängets maktanalys: Uni-

versitetet måste omdana utbildningen till allmänläkare! Det blev Anders Lindman som, genom att fara som en skottspole till Umeå, lyckades i sin medverkan till att den första allmänmedicinska institutionen i landet skapades under Bengt Mattssons ledning. För sina insatser blev Lindman senare hedersdoktor vid universitetet.

Ett principprogram för Norrbottens primärvård skrevs av Widäng och antogs av landstinget. Här fanns grundbultar som står sig än idag. Med ett medicinskt sakkunnigsperspektiv väcktes motion om professorer i allmänmedicin vid de medicinska fakulteterna. Paketet köptes av DLF.

Rörelseriktningen går alltså mot en egen allmänmedicinsk specialitet, märkesåret blev 1981. Professurerna kommer så sakta i gång. Som första specialitet fick allmänläkarna pengar till handledning. Begreppet huvudhandledare blev nämnt. Måwe kunde inte hålla sig. Han utverkade ett politiskt beslut på att installera sig själv som landets första studierektor i allmänmedicin, det blev en del i cheffläkaruppdraget.

Riktades blicken mot Stockholm hade Ulf & Co uppmärksammat att allmänläkarna inte hade ordentlig representation i Läkaresällskapet. Visserligen fanns en förening för privata praktiker i Stockholm, de skred fram i svarta kostymer på Sällskapet, knappast signifikativa för unga norrbottningar. Men då får vi väl bilda en sektion! Jo visst, bara majoriteten allmänläkare där uppe så önskar! Det blev att skicka runt brev till alla kollegor, och majoritet fanns. Sektionen för allmänmedicin bildades, Gustav Haglund i Dalby blev första ordförande, året var 1976.

### Prematur Chefläkare

Varken politiker eller tjänstemän ville egentligen ha någon chefläkare. Men de var tvungna och när 1977 en chefläkare för Luleå-Bodens primärvård skulle utses gick budet laget runt: – För vi vill väl inte fortsätta ha en långvårdsöverläkare på denna post?

Ulf tog uppdraget, blev kvar och höll ut till 1993. Han var samtidigt distriktsläkare på Mjölkudden.

Men chefläkaren hade enbart en rådgivande funktion, hur komma åt slevan i maktens köttgryta?

Tre direktioner hade gjort den politiska makten rätt tandlös. Men nu blev det



en styrkeförbättring till en primärvårdsnämnd med säte i Luleå. Den fick också en energisk ordförande, Bror Erkén, lärare från Råneå, som charmerade alla och blev en jättebra rekryterare.

Det var inte ovanligt att allmänläkare satt i nämnder. I Jokkmokk moderaten Rolf Eriksson. På vpk-mandat Tomas Kanter, en av de första examinanderna, sedermera Skåne. Robert Svartholm, mp i Jokkmokk. Oavsett parti fanns ett engagemang, än i dag levande, menar Måwe.

När Margit Wallström som nybliven socialminister 1996 besökte en konferens för landstingsdirektörer hade hon följt Ulf Lindströms mottagning i Vännäs och redovisade "en fantastisk dag, jag har sällan varit så nära en kaos-pilot". Varför allmänläkaren var så viktig i hälso- och sjukvården hade hon därmed analyserat och förstått.

Politiker som får följa en allmänläkare i bakhasen på mottagningen blir klokare, jag har också sett det. Och dom tycker det är jätteroligt för allt är så begripligt och konkret.

Måwes erfarenhet av politiker är att de kan känna sig lite hotade av den allmänläkare som står nära människor i området, som haft dem "på britsen" och därmed i unik allians. Liksom tjänstemän är politiker maktkunniga, kan systemen. Detta till skillnad från läkare. Tjänstemän är sällan allmänmedicinskt sakkunniga, men tror sig ofta om det, kan språket, nyckelorden – men inte djupet av verksamheten.

**"Det behövs ett levande nätverk som ger energin. Likasinnade som går samman, ger lust åt processen. Ger styrka åt allmänmedicinens suveräna plats i systemet."**

När Ulf idag tittar i backspeglarna blev den allt starkare tjänstemannakåren på 90-talet allmänläkarnas största hämsko. Tidigare var det vanligare med läkare och politiker i allians, enstaka tjänste-



Landstingsrådet informerar sig.

män kunde utöva visst inflytande. Successivt befäste landsting och kommuner via tjänstemännen sina maktpositioner. ÄDEL-reformen, liksom nya vindar om valfrihet, slog i primärvården sönder de gryende områdesteamen. Husläkarreformen som följde gav temporärt fokus på allmänläkaren, särskilt personifierad av Göran Sjönell, men den gick i graven, liksom senare vårt institut Fammi\*. Ordningen återställd, tjänstemannamakten befäst.

Men tillbaka till övre Norrland! Det gällde nu att förklara för politikerna: sprid inte ut läkarna, plottra inte bort entusiasterna! Då försvinner de inom ett par år på grund av arbetsbördan! Enheter ska öppnas när bemanningen är klar! Det var då den berömda Trappan blev ett pedagogiskt hjälpmedel\*\*. Den illustrerar vilka åtaganden läkaren kan hinna med, relaterat till antalet invånare per läkare, och har nyligen dammats av på Ordbytet.

Ulf fick tillfälle att träffa alla klinikchefer och berätta för dem hur viktigt det var med Trappan och ett gröna-ö-tänkande. Politikernas iver att klippa invigningsbanden kunde stävjas tills bemanningen var klar, t ex centralt i Luleå.

#### Pampen igen

I uppbyggnaden av Norrbotten ville landstingsledningen lägga ner Bodens centralasarett och ersätta det med en jättevårdcentral. Men landstingsrådet Hammarsten tog intryck av DLF och

chefsläkaren som uppväktade. Han kallade in sin planeringsdirektör och sa att vi får nog ändra. Större vårdcentraler än för 10 000 vill dom inte ha!

Hammarsten är också den som bjudit Måwe hans livs värsta utskällning: "Tror du att ni läkare bestämmer!! Ni kommer när jag säger till!!" Så kunde pampfasoner uttryckas vid denna tid.

#### Specialistexamen

Nästa stora projekt för Måwe växte fram i en lång process: en specialistexamen för allmänläkare.

Hur fungerade FV-blocken i allmänmedicin? Tja, FV-läkaren stod många gånger rätt ensam, mitt i produktionen.Handledning hade börjat uppmärksammas, men handledarna var ärligt talat inte



Mållösa? Nej, det var dom inte, Olsson Et Måwe!

\* Familjemedicinska institutet 2002-2006

\*\* Se AllmänMedicin 2-2014



Norrbotten först...

alltid på bettet, omedvetna om sin betydelse, omedvetna. Hos Ulf smyger det sig på en kunskapsbesvikelse och en pedagogisk besvikelse. Här fanns mycket att göra...

Om FV-läkarna testades i en frivillig examen kunde bristerna identifieras och återföras i utbildningen! Pengar från Sällskapet kunde hämtas hem, och vem gav SFAM uppdraget om inte Ulf.

Måwe behövde en arbetsgrupp och fastnade för en mix av akademiker och praktiker. Gick till landstingsrådet: 100 000 utverkades; landstinget fick i gengäld ståta med fjäder i hatt och hopp om rekryteringshjälp.

Det blev onekligen en stark gruppering kring detta projekt: Från universiteten: Gösta Tibblin, Carl Edvard Rudebeck, Anna-Karin Furhoff, Margareta Troein, Göran Westman. Från verkstadsgolvet: Christer Nordenhäll i Hortlax, Björn Olsson på Hertsön, Robert Svartholm i Jokkmokk, Bibi Breitholtz i Boden, Torgny Karlsson i Övertorneå. Målet var ospplittrad akademi, samsynta praktiker och en bred lösning.

Ulf åkte till England och insåg att britterna var tjugo år före Sverige. Här fanns en kraftig uppbackning av allmänläkarna, tjugo professorer bara i Londonområdet och en frivillig examen sedan 1966 med

vi statusen på yrket, menar Ulf Måwe som är chefsläkare för primärvården i Luleå.

#### □ Handledare

I det system som nu byggs upp ingår handledare, personer som under fem och ett halvt år följer den blivande distriktsläkaren i dennes utbildning.

Vid examensprovet kommer alltså fem distriktsläkare i länet plus fem välkända läkare från länet i övrigt att sitta som en nämnd. Den blivande distriktsläkaren får inför nämnden avlägga olika prov, främst praktiska.

– Innan en person får chansen att prova sina kunskaper måste handledaren ha givit sitt godkännande – på så sätt kommer ingen att "köra" i provet.

#### □ Tio får chansen

I dag finns det ett femtiotal personer i länet som utbildar sig till distriktsläkare. Men bara tio kommer att få chansen att ta den frivilliga specialistexamen i december.

– Jag räknar faktiskt med att vi inte kommer att fylla kvoten – därför kan läkare söderut få chansen att komma hit, berättar Ulf Måwe.

Bakom projektet står socialstyrelsen men det är läkarförbundet som ersant svarar för examinationen.

Systemet med frivillig examen för distriktsläkare kommer att införas i resten av länet med början nästa år.

1300 examinationer per år. Vi var ett allmänmedicinskt u-land.

När det i gruppen efterlystes: vad ska vi examinera, vilken skrift, var läggs ribban? så var Ulfs svar: vi har erfarenheten och praktiken i Norrbotten! Vi har fått medborgarnas förtroende och hög lön. Det räcker. Erfarna experimenter sätter ribban!

25 års erfarenhet av examen har gett honom rätt. Liksom erfarenhet och praktik utgör grunden i examinationen kan dess styrka också skrivas: föränderlighet och utveckling. En fortgående processgranskning där som utmönstrats och annat förstärkts. I dialogen mellan experimenter och examinand substantieras värdering, bedömning och godkännande.

Lasset har dragits av Ulf som ordförande i det råd som ansvarar för examen och numer även Mitt-i-ST och det gryende Först-i-ST. Han njuter dess frukter. Han riktigt biter sig fast i dessa, släpper inte greppet, vill inte. Det vill ingen annan heller att han gör för den delen.

Specialistexamen har tydliggjort specialistens identitet.

#### Epilog

Jag börjar nu bli lite trött. Ulf är oförtrodd. Nu har han dragit igång med

Fortbildningsutredningen, som han fick ta sig an efter SFAM:s årsmötesbeslut 1992. Det blev en rapport som gav avstamp till en rad aktiviteter och nätverk som KUR-katalogen<sup>\*\*\*</sup>, Läkemedelsrådet, SFAM-Q, FQ-grupper, ett fortbildningskansli under Rudebecks ledning, allt detta med stöd av miljonbelopp från flera olika myndigheter och landsting.

Så vi stannar här. Vårt fokus var ju begynnelsen, uppstarten, det upplysta himlavalvet i norröna landet. Denna historia lär oss hur enskilda innovatörer kan få kraft att verkställa sina visioner. Det behövs ett levande nätverk som ger energin. Likasinnade som går samman, ger lust åt processen. Ger styrka åt allmänmedicinens suveräna plats i systemet.



Inge Carlsson

Distriktsläkare Tåbelund Eslöv  
Examinator SFAM  
inge.karin@telia.com

<sup>\*\*\*</sup> Katalog över SFAMs resurser och tillgängliga fortbildningsaktiviteter

### AllmänMedicin informerar

## Endast på nätet

Vissa artiklar publiceras endast på AllmänMedicins hemsida  
[www.sfam.se/allmanmedicin](http://www.sfam.se/allmanmedicin).

Läs recensioner, debattinlägg och personnytt!

**Annons**

# Luftvägsinfektionerna, medicinen och folkhälsan i Sverige – historiska nedslag

*Att iakttaga för öfrigt: stanna inom hus; lägg varma eller våtvärmande omslag (se Omslag) omkring halsen; sörj för öppet lifgenom laxermedel (se Afförande medel), och tag svettdrivande medel (se detta ord); undvik kall eller retande mat och dryck; skölj munnen och gurgla flera gånger om dagen helst med en lösning (3 till 4-procentig) af klorhydrat kali, annars af koksalt eller alun, eller ock med te på fläder, salvia eller kamomill [1].*

Texten ovan är hämtad ur boken *Huskurer* från 1909 och beskriver hur halsfluss behandlas. Att sjukdomen tas på stort allvar är tydligt och det konstateras att en läkare helst bör tillkallas. I 1924 års upplaga av *Praktisk Läkarebok för hemmet* kan man finna att man vid halsinflammation ögonblickligen bör ”hämta läkaren, vare sig det nu är fråga om vuxna eller barn”. Anledningen till brådskan är att varken begynnande difteri eller scharlakansfeber – två potentiellt dödliga sjukdomar – kan skiljas från ”godartad halsinflammation” [2].

---

**” – man behandlade patienten, inte sjukdomen.”**

---

Halsfluss har också historiskt varit något som kunnat leda till de allvarliga komplikationerna reumatisk feber och glomerulonefrit [3]. En ond hals hade således en annan betydelse i början av 1900-talet än idag. Läkarebokens uppmaning om att ögonblickligen hämta läkare, och dess andemening – att en ond hals mycket väl kan vara början på slutet – gör det tydligt att innebörden av specifika symtom inte är historiskt konstanta.

Under 1700-talet var dödligheten bland den svenska befolkningen mycket hög. Vid mitten av 1700-talet dog mer än vart femte barn före fem års ålder. Också bland vuxna var dödligheten hög. Den dominerande dödsorsaken var olika typer av infektionssjukdomar – epidemier som pesten, men också andra typer av infektioner, till exempel luftvägsinfektioner. Diagnoser som användes var *lungshot*, *hetsig feber* och *bröstfeber*. Man vet idag inte exakt vad namnen innebar, men symtombeskrivningar tyder på att det rörde sig om lungtuberkulos och tyfoidfieber liksom infektionssjukdomar i andningsorganen [4].

## Patienten behandlas

Under denna tid betraktades sjukdom, i enlighet med den hippokratiska traditionen, som en obalans i det kroppsliga systemet, och behandlingen handlade om att återställa denna genom till exempel åderlätning, koppning eller svält. Generellt baserades behandlingen på patientens specifika karaktäristika och miljö – man behandlade patienten, inte sjukdomen. Från

Hippokrates tid till en bra bit in i 1800-talet litade läkaren på patientens subjektiva berättelse om sin sjukdom samt på tecken och symtom som var lätta att se. Diagnosen baserades i väldigt låg grad på fysisk undersökning av patienten, utöver att man ibland undersökte patientens puls och tunga [5].

I och med pestens försvinnande från Västeuropa under 1700-talet kommer under 1800-talet andra infektionssjukdomar att stå för en ökad andel i dödsstatistiken. Ulrika Graninger benämner i sin avhandling 1800-talet för *Infektionssjukdomarnas århundrade* [6]. En bra bit in i 1800-talet är tron på åderlätningen och blodiglar som behandling vid allehanda sjukdomar fortfarande stark. Blodiglar blir faktiskt nu så populära att de rapporteras som mer eller mindre utfiskade i delar av Sverige. Tidens läkarböcker stadgar att man för att förhindra att en luftrörskatarr ska övergå i lungshot bör placera blodiglar på den drabbades hals och för att hämma en lungshot sätta iglar på patientens bröst [7].

## Medicinen går på djupet

Parallellt med den hippokratiska modellen, dess blodiglar och åderlätande, utvecklades under slutet av 1700-talet en ny typ av medicin. Karin Johannisson talar om att man vänder blicken



Koppning i modern tapping.

Foto: se.fotolia.com

från kroppens yta till dess djup [8], och Michael Foucault skriver om utvecklandet av "den kliniska blicken" [9]. Genom kroppsundersökningar försöker man se sjukdomar i kroppens inre. Sjukdomen placeras på bestämda platser i kroppen, och det är en obduktionernas tid, eftersom det är genom obduktionen som sanningen om sjukdomen kan nås.

---

**"Ett symptom eller en sjukdom kan inte skiljas från den tid eller kultur som den existerar inom."**

---

I slutet av 1700-talet lanseras till exempel den diagnostiska metod där man knackar på bröstet för att finna patologi i lungorna. Detta följs av att den franska klinikern Laennec 1819 introducerar stetoskopet och auskultationen. I Sverige började man i början av 1840-talet använda stetoskopet som så småningom blir symbol både för den moderna medicinen och läkarkåren [5, 7].

### Sjukdomen behandlas

Under andra hälften av 1800-talet utvecklas bakteriologin, något som brukar beskrivas som avgörande inte bara för förståelsen av infektionssjukdomar, utan dess genombrott innebar också djupgående förändringar i hela det medicinska tanke sättet. I och med bakteriologin förstärks tanken att det är sjukdomens orsak, och inte dess symptom, som ska eftersökas och behandlas [5]. Sjukdom blir liktydigt med en infektion och kroppens reaktion mot denna, och stora delar av det diagnostiska arbetet förflyttas från sjukrummet till laboratoriet [10]. Vaccinationstekniken, som faktiskt i viss mån börjat utvecklas och användas för att förhindra spridningen av smittkoppor redan i början av 1700-talet, får i och med bakteriologin och Pasteurs utvecklande av vaccin mot rabies ny fart.

I och med övergivandet av de humoralpatologiska behandlingsmetoderna utvecklas dock till en början en pessimism bland läkarkåren. Man har övergivit de traditionella behandlingsmetoderna utan att egentligen ersätta dem med något nytt [5]. Qvarsell beskriver det som "det stora dilemma" för 1800-talets läkare – utvecklingen inom den medicinska vetenskapen har inte följts av en lika snabb utveckling när det gäller möjligheterna att bota sjukdomar [7].

Mot slutet av 1800-talet börjar man dock genom de bakteriologiska upptäckterna utveckla terapeutiska strategier för infektionssjukdomar. Det handlar till exempel om serumbehandlingar för lunginflammation. Efter införandet av serumbehandling minskade dödligheten från var tredje var tionde drabbad. Senare kommer upptäckten av sulfonamiderna, ett kemiskt preparat med jämförbar verkan men billigare och enklare att hantera [7].

### Välfärd och antibiotika

Det är dock först med antibiotikan som en riktigt effektiv behandlingsmetod för infektioner utvecklas. Redan Pasteur hade upptäckt att det händer att bakterier som växer i samma substrat hindrar varandras tillväxt. Det är dock Flemming som

upptäcker penicillinet. Det årtal som brukar anges är 1928. Vid den tiden rekommenderades i läroböcker, vid sidan av nya desinficerande medel, fortfarande antika preparat, såsom aromatiska substanser och mineralsalter, för behandling av infekterade skador. Penicillin nådde dock inte bortom laboratoriet förrän under andra världskriget och vägen från laboratoriet till industriell produktion var mödosam [5].

Vilken betydelse antibiotikan, liksom vaccinerna, verkligen har haft på den västerländska och svenska folkhälsan och de radikalt minskade dödsiffrorna är dock omtvistat. Under decennierna kring sekelskiftet 1900 sker i Sverige en stor minskning av farsotsdödligheten – dödligheten i akuta infektionssjukdomar som tyfoidfeber, smittkoppor, kolera, scharlakansfeber, difteri och mässling. Samtidigt är infektioner i andningsorganen fortfarande ett reellt hot långt in på 1900-talet. Den allmänna minskningen i dödlighet i Sverige sammanfaller med stora förändringar, då Sverige går från att vara ett land med ekonomisk knapphet till att bli ett välfärdssamhälle. Infektionssjukdomarna minskar, förmodligen till stor del på grund av förbättrad nutrition och hygien, och när de väl slår till finns i och med antibiotikan i de flesta fall en effektiv behandling [4].

Vi slutar där vid början – i boken *Huskurer* från 1909 och en tid när halsfluss var en farlig sjukdom, som behandlades med varma omslag, gurgelvatten och laxermedel. Ett symptom eller en sjukdom kan inte skiljas från den tid eller kultur som den existerar inom. En ond hals är aldrig bara en ond hals, eftersom sjukdomar på olika vis formas av sitt sammanhang, och omvänt – en tidsperiod är onekligen alltid präglad av sina sjukdomar.

### Referenser

1. Huskurer – Lättfattliga anvisningar, gifna af läkare, huru man bör förfara vid lindrigare sjukdomsfall samt i svårare fall, till dess läkaren hinner anlända. Sammanförda och bearbetade efter de bästa in- och utländska källor. Wilh. Siléns Bokförlags Aktiebolag. Uppsala 1909.
2. Möller A. Praktiskt läkarebok för hemmet. Handledning för sjuka och friska. Stockholm: Wahlströms förlagstryckeri; 1924.
3. Handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård. Information från Läke-medelsverket 2012;6:18-25.
4. Willner, S. Hälsa- och samhällsutvecklingen i Sverige 1750-2000. I: Sundin m.fl. redaktörer. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
5. Magner, L. N. A history of medicine, Boca Raton: Taylor & Francis; 2005.
6. Graninger, U. Från osynligt till synligt: bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin, Stockholm: Carlsson; 1997.
7. Fähræus, R. Läkekonstens historia: en översikt, Stockholm: Albert Bonnier; 1944.
8. Johannisson, K. Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar, Stockholm: Norstedt; 2004.
9. Foucault, M. The Birth of the Clinic: an Archaeology of Medical Perception, London; Routledge; 1989
10. Qvarsell, R. Världens idéhistoria, Stockholm: Carlsson; 1996.



**Hedvig Gröndal**

Doktorand

Sociologiska institutionen,

Uppsala universitet

[Hedvig.grondal@soc.uu.se](mailto:Hedvig.grondal@soc.uu.se)

# Henry Egidius – ideolog med allmänmedicinen som arbetsfält

*Han är flitig som författare och har skrivit drygt 50 böcker. Lägg därtill ett stort antal artiklar, tre Hermodskurser och statliga betänkanden. Han är pedagogen som ligger bakom utformningen av FQ-grupper, Mitt-i-ST och SFAM:s specialistexamen. Med stort engagemang för läkarnas specialiseringstjänstgöring ger han Socialstyrelsen bakläxa på ett förslag till ny ST-författning.*

**H**enry Egidius bor idag med hustrun Anita i ett radhus utanför Stockholm. Arbetsrummet där jag intervjuar honom är fullt med böcker. Hustrun Anita lyssnar på radion i ett annat rum. Hon går dåligt efter en knäoperation med komplikationer och har fått nedsatt syn. Men det hindrar inte paret från att ta vara på det goda i livet. Varje år besöker de Frankrike och Portugal. Henry ägnar sig dagligen åt att svara på mail och skriva, bland annat på Natur och Kulturs psykologilexikon som numera finns fritt tillgängligt på Psykologföreningens webbsida.

– Min hjärna arbetar under natten, sedan är det bara att skriva ner vad den kommit fram till när det blir morgon, säger han på distingerad lundadialekt.

Vad har då Henry Egidius med SFAM att göra? För att förstå det får vi gå tillbaka till början av 1990-talet, då fortsatt vidareutbildning (FV) blev specialiseringstjänstgöring (ST). Utbildningen skulle nu inte längre bygga på tjänstgöring plus ett antal veckokurser, utan på kontinuerligt lärande i själva tjänstgöringen med hjälp av handledare, självstudier och kurser som skulle motiveras av aktuella behov av ny kunskap.

Vid den här tiden träffade han Ulf Måwe och införlivades successivt med kretsen runt honom: Mogens Hey, Jonas Sjögren, Karin Lindhagen, Robert Svartholm, Margareta Troein, för att nämna några. När Ulf Måwe 1993 presenterade sin utredning "Allmänläkares efterutbildning" var det med Henry Egidius som inspiratör i en tid då man började förespråka självstyrt, problembaserat lä-

## Henry Egidius

**Född:** 1925 i Malmö

**Familj:** Hustru Anita. Två barn i tidigare äktenskap

**Bor:** I radhus i Saltsjö-Boo och årligen en månad i Antibes i Frankrike samt några månader i Albufeira, Portugal.

**Karriär:** (ett urval nedan):

Studenten 1944 på latinlinjen, helklassisk gren. Filosofi-, latin-, pedagogik- och psykologistudier i Lund. Lärare i latin och psykologi vid Hermods, i psykologi vid ABF och vid scenskolan i Malmö. Chef för Folkuniversitetet i Lund på 1960-talet. Klinisk psykolog vid barnsjukhuset i Lund. Skolpsykolog i Lund. Amanuens vid psykologiska institutionen i Lund. Lektor i psykologi och pedagogik vid Lärarhögskolan i Malmö. Sekreterare i Psykoterapiutbildningsutredningen på 1970-talet och ansvarig för psykosociala frågor i utredningen om företagshälsövård 1980-83. Lärare vid Gothenburg Management Institute, GMI. Medverkade i akademiseringen av sjuksköterske- och sjukgymnastutbildningen, bl.a. med kurser i forskningsmetodik. Konsult vid Landstinget i Älvsborg på 1980-talet. Konsult vid Enheten för medicinsk pedagogik vid Lunds universitet 1982-2002. Medverkade i utredningen om ny läkarutbildning vid Lunds universitet 1987-1990 och i genomförandet av den föreslagna reformen 1992-2000. Hedersdoktor vid Medicinska fakulteten i Lund år 2000, hedersledamot i Sveriges Psykologförbund 2013. Författare till böcker som "PBL och casemetodik", "Pedagogik för 2000-talet" och huvudförfattare i "Vägen till specialist".



Henry Egidius med hustru Anita.

Foto: Gösta Eliasson



Henry Egidius ger Socialstyrelsen bakläxa på nya ST.

Foto: Gösta Eliasson

rande med nyckelord som kompetens, praktikerkunskap och professionalism. Att använda ord som "lärande" i stället för "inläring" var något nytt. Ord som undervisning och undervisningsmetodik försvann ur Skol- och Högskoleverkens texter.Handledning blev det nya sättet att vara lärare. Även om mycket har hänt sedan dess har Henry Egidius syn på lärande knappast förändrats. Han har fortsatt förespråka ett verksamhetsbaserat lärande.

– I alla tider har det funnits två motstående filosofier, även om de har tagit sig olika uttryck. I vår tid urskiljer vi den ena av dessa filosofier som föreställningen att allt kunnande tillförs människor utifrån, via lärare och egna erfarenheter. Den andra filosofin står för övertygelsen att allt kunnande förvärvas i ett aktivt begripande, vare sig det sker i mötet med lärare och handledare, i läroböcker eller i de situationer, händelser, uppgifter, böcker, musik och annat som vi lär oss att bli bättre på att förstå, hantera och tillgodogöra oss.

Den första filosofin, menar han, fungerar

er bra för myndighetsstyrning medan den senare är självstyrd och verksamhetsförankrad. I det senare fallet blir konsekvensen att när man utvecklas till specialistläkare så handlar det inte enbart om att fylla på ett förråd av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, som det sägs i författningen om ST. I stället införlivas nytt vetande med ett eget sätt att förstå sammanhangen, och man tränar på att bli skickligare och på att uttrycka en adekvat hållning till kollegor och patienter. Man lär sig att, på ett personligt och verklighetsinriktat sätt, hantera alla de vanliga och ovanliga situationer som uppstår när man utövar en profession. I denna tankefigur är handledning en egen utbildningsaktivitet och nödvändig för komplettering och styrning av det lärande som sker i kontakt med patienter och andra uppgifter under tjänstgöringen. Detta menar han att Socialstyrelsen inte har förstått.

– Det är att förnedra professionen när en myndighet hävdar att målbeskrivningarna ska innehålla de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska

## CME och CPD enligt Henry Egidius

CME är fortsatt utbildning för läkare i meningen kurser och seminarier i valda ämnen med undervisning av samma typ som i grundutbildningen och i specialistutbildningens veckokurser före 1992. Fokus på kunskaper och färdigheter.

CPD för läkare är "fortsatt kompetensutveckling", det vill säga en kontinuerlig strävan hos professionella att öka sin förmåga, med kunskaper och färdigheter som krävs i det dagliga arbetet och för nya uppgifter, speciellt med inriktning på ökad säkerhet i bedömningar, diagnoser och åtgärder. Fokus ligger på kompetensutveckling, förmågan att med allt större skicklighet hantera aktuella och kommande uppgifter och situationer i yrkesutövningen.

vara förvärvade vid utbildningstidens slut och att dessa skulle utgöra så kallade "delmål". Kan man inte läsa innantill på Socialstyrelsen? Som målbeskrivningarna hittills varit utformade tar de inte upp kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, utan anger ett antal kompetensområden inom varje specialitet. Och det är helt fel att säga att man tillämpar målstyrning när man har ambitionen att ange med vilka metoder målen ska nås. Då hemfaller man åt regelstyrning.

Menar du att Socialstyrelsen inte kallar sakerna vid deras rätta namn?

– Ja, varför detta trixande med ord och begrepp? Uppenbarligen handlar det om att införa ett "nyspråk", precis det språk George Orwell skriver om i "1984", romanen om storebror-samhället. För ST ska ju nu utläsas som FV. Kunskaper, färdigheter och förhållningssätt ska läsas som kompetensområden, målstyrning som regelstyrning, målbeskrivning som utbildningsplan och kurs som systematiskt upplagd utbildning av vilket slag som helst.

När vi kommer in på lärandet efter ST påpekar Henry Egidius att "fortbildning" och "CME" är kopplade till den form av specialistutbildning som fanns före 1992, medan "fortsatt kompetensutveckling" och "CPD" är kopplade till ST sådan den presenterades i betänkandet "Kompetensutvecklingen efter läkarexamen" 1987. Enligt principerna för ST kan "fortsatt kompetensutveckling" ske i olika konstellationer, till exempel i form av ömsesidigt mentorskap, vilket då blir en naturlig fortsättning av handledningen under ST.

Och framtiden då? Henry Egidius ser framför sig en hälso- och sjukvård som antar olika form, alltefter behoven i tätort och i glesbygd, hos yngre och äldre, invandrare och infödda och som innebär en ökad teknikanvändning.

– På många områden kommer läkare att behöva något annat än bara "fortbildning" om de ska kunna hålla jämna steg med utvecklingen. De behöver en organisation för "fortsatt kompetensutveckling", CPD, i former som är anpassade

till vår tid, där CME ingår som en del.

Efter denna filosofiska tyngdlyftning är det dags för en epilög.

Henry Egidius tog under 1990-talet allmänläkarna med på en spännande pedagogisk resa mot nya mål som varar än idag. Väl bevandrad i filosofi, pedagogik och psykologi, med sin skarpa analysförmåga och en orubblig tro på att vägen till kompetens banas av professionen själv, kan han räknas som en av SFAM-pedagogikens lärofäder.



**Gösta Eliasson**

SFAM:s utbildningsråd

Falkenberg

[gosta.eliasson@sfam.se](mailto:gosta.eliasson@sfam.se)

## Annons



# Kvinnor av alla specialiteter – förena er!

## Varför ska man vara medlem i Kvinnliga läkares förening?

Egentligen räcker det att läsa tillgänglig könsuppdelad statistik för att vilja engagera sig i jämlikhetsfrågor. De som valt att engagera sig i Kvinnliga läkares förening (KLF) drivs av en vilja att påverka orättfärdiga könsskillnader i villkor, lön och karriärmöjligheter.

## Bakgrund

Kvinnliga läkares förening bildades 1916 av Karolina Widerström, Sveriges första kvinnliga läkare. Hon var djupt engagerad i sociala villkor i allmänhet och kvinnors villkor i synnerhet. Idag är KLF en av de största intresseföreningarna inom Läkarförbundet med ca 1 500 medlemmar.

Läkarrollen har av tradition varit manlig och formats av ett manligt tänkande. Idag består läkarkåren till nästan hälften av kvinnor. Trots detta är det fortfarande framförallt män som intar ledande positioner. Offentlig statistik visar att manliga läkare tjänar 10 % mer än kvinnliga. Kvinnliga läkare är sjukskrivna i större grad och var fjärde kvinnlig AT-läkare upplever sig diskriminerad på grund av kön. Detta visar hur kvinnliga läkare särbehandlas. Vi arbetar för att värderingen av vårt arbete ska ske utifrån jämställda principer och menar att verkligheten lämnar mycket övrigt att önska.

## Vad gör KLF?

Vi för debatter kring jämställdhetsfrågor, kvinnliga läkares arbetsmiljö och arbetsvillkor och synliggör genusstrukturer. Vi granskar, uppmärksammar och skriver debattartiklar. KLF



KLF:s styrelse. Från vänster Ylva Morawski, Eva Oscarsson, Anna-Karin Brändström, Bodil Palm, Angela Stelling med Ines i famn, Ingela Heimann, Jihan Mohamed, Elizabeth Lorraine Lichtenstein, Susanne Ehn, Nina Rose och Desirée Lichtenstein.

## Kvinnliga läkares förening vill

- Att det ska vara kunskap och prestation – inte könet – som är viktigt inom läkarkåren.
- Främja arbetsmiljön – för alla inom vården men främst kvinnliga läkare.
- Stärka kvinnliga läkares position och få bort dålig kultur i yrkeslivet.
- Uppnå jämlika löner.
- Uppnå ett jämställt specialistval utifrån intresse och fall-enhet – ej utifrån kön.
- Att kvinnor inte ska förfördelas under graviditet, föräldraledighet och deltidsarbete.
- Nätverka och skapa en plattform för förändring

svarar på remisser från Läkarförbundet och skriver motioner till fullmäktige i viktiga frågor för kvinnliga läkare.

Vi syns i medier, medlemstidningen Karolina, andra tidningar, facebook och twitter (kvinnligaläkare). Där kan man hålla sig à jour med aktiviteter, uppdateringar av det ständigt pågående arbetet och ta del av intressanta länkar vad gäller medicinska och andra frågor med genusperspektiv.

Vi håller föreläsningar om jämställdhet för läkarstudenter, AT-läkare och ST-läkare.

Vi deltar i medicinska riksstämman genom att anordna "Karolina Widerströms hedersföreläsning" med talare som Hans Rosling, Margot Wallström m fl. I år kommer Madeleine Leijonhufvud, professor emerita i straffrätt att tala på temat "Vad vet de om människor – om behovet av icke-juridisk kunskap i lagstiftning och rättstillämpning". Därefter blir det ett panel-samtal med representanter från "Fattakampanjen" (en rörelse mot sexuellt våld) och Lotti Helström, överläkare och docent på akutmottagningen för våldtagna kvinnor. Dagen avslutas med medlemskväll med kultur och middag.

Varje vår har vi ett symposium. I år var temat "Hur mår läkaren i en vård som styrs mer av ekonomi och politik än av medicin och etik? Kommande vår hålls symposiet i Jönköping 25 april och ordnas av Kvinnliga Läkare i Vätterbygd (KLIV) på temat "Passion i livet". Föreläser gör bland annat Charlotta Isaksson, gender advisor i Natos högkvarter, över

ämnet —”Kvinnor – en förutsättning för fred, säkerhet och utveckling”, Nina Cavalli-Björkman, onkolog om ”Våga vara nära” och Hanna Möllås, sexolog och barnmorska om ”Att vara kvinna och njuta livet ut”.

### Internationellt

Som läkare möter vi kvinnor från andra länder med andra levnadsvillkor och förutsättningar för kvinnohälsa. Vi deltar i den internationella debatten, stödjer kvinnliga läkare i andra länder och lär oss mer kring kvinnors livsvillkor. KLF är medlem i Medical Women's International Association (MWIA). Den bildades 1919 och är en av världens äldsta professionella internationella sammanslutningar med



medlemmar från alla kontinenter. Genom MWIA påverkar vi debatten genom att bland annat skriva artiklar och delta i möten som t.ex. världskongressen där kvinnliga läkare från hela världen möts.

### Eva Oskarsson

specialist i geriatrik och allmänmedicin, medicinsk rådgivare i äldrevårdsfrågor i Västernorrlands läns landsting  
[eva.oskarsson@kvinnligalakare.se](mailto:eva.oskarsson@kvinnligalakare.se)

### Anna-Karin Brändström

specialist i allmänmedicin och skolhälsovård, överläkare på stressrehabiliteringen Arbets- och beteendemedicin NUS, Umeå

### Elizabeth Lorraine Lichtenstein

specialist i anestesi, anestesiläkare på Karolinska Sjukhuset Huddinge

## Vem är Bengt Järhult, distriktsläkare i Ryd?

"Bengt Järhult, distriktsläkare i Ryd" är en inte ovanlig författare i Läkartidningen. När jag söker i [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se) hittar jag 35 debattartiklar från 1997 och framåt. Den senaste, när detta skrivs, var "Tillsätt en svensk Neubergerkommission" i Läkartidningen 37-2014, där han gick i polemik mot Socialstyrelsen om värdet av "kvalitetsindikatorer" inom äldre- och palliativ vård. Här hänvisade han bl.a. till artikeln "Palliativ vård och New Public Management blev en dödlig mix" i AllmänMedicin 2-2014.

Jag har alltid uppfattat Bengts texter som stringenta, orädda, rakt på sak, ibland provocerande. Man kan lätt få intrycket att det är en obekvä person, en bråkstake, som skrivit dem. Men ryktet säger annat. Jag bestämmer mig för en mail-intervju. Det blev långa välskrivna svar på mina frågor.

Ingrid Eckerman  
[chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)

### Uppväxt

Norrbottning. Fyra år gammal hamnade jag i Jönköping på en folkhögskola, där mamma var lärare i bl.a. litteraturhistoria. Lekte gärna själv, ofta med min älskade blå Dinky Toys lastbil. Jag gjorde långa vägar i blåbärsriset. Ansågs 1956 avvikande utifrån nya amerikanska skolmognadstester. Svansen på hunden placerade jag, för att göra mig rolig?, på huvudet. Det kunde gått riktigt illa med hjälpklass och utanförskap om inte mina föräldrar gripit in. Jag brukar tänka på episoden i dagens mätkultur, där en diagnos, ett siffervärde i ett register eller en skattningsskala i så hög grad styr vårt handlande. Smärtan hos

patienten finns inte om den inte registrerats på en VAS-skala! Fast kanske fanns ett uns av sanning i det där testet, att ett något apart barn skulle börja skolan?

### Syskon

Vi var en flock på sju, en storasyster, i övrigt bröder, jag mellanbarn. Stor sammanhållning. En storebror blev kirurg. Han tyckte jag skulle bli ortoped för jag snickrade bra. En lillebror blev författare, starkt påverkad av 68-rörelsen.

### Familj

Mamma och pappa samhällsintresserade, politiskt liberala även om pappa på 60-talet anfäktades av högers tal om normer och konservatism. Något som flera syskon revolterade mot i den framväxande radikaliserings med 68 som magiskt årtal. Pappa älskade att diskutera med sina barn kring det runda bordet, s.k. "social samvaro".

**"Jag är stolt över att tillhöra 68-generationen. Den är idag av politiska skäl förtalad för den är fortfarande farlig för maktens representanter."**

Pappa gjorde en klassresa. Tidigt moderlös – mamman och ett syskon dog i tbc. Uppväxt i ett fattigt arbetarhem, mindes hungerkravallerna i Göteborg på 10-talet, relegerad från skolan 14 år gammal, dräng och så småningom lång bildningsväg via baptistpastor till fil dr i geografi och ordförande i Humanistiska

Föreningen. När han valdes in i Rotary och skulle hålla sitt föredrag talade han inte, som man ska i Jönköping – om hur jag blev FRÄLST – utan ”Så förlorade jag min tro”. Han predikade att vi barn skulle hålla på vår åsikt – ”stå på dig” brukade han uppmuntrande säga. Hans intresse var psykologi och han hade samtal i hemmet. Så hände det som inte får hända en läkare/terapeut. Han mötte blicken hos en hjälpsökande 30 år yngre kvinna och äktenskapet upplöstes.

Mamma kom från frikyrkomiljö, hennes pappa var riksdagsman för folkpartiet, en gammaldags patriark med orubblig gudstro. Mamma kämpade med tvivlet hela sitt liv, inte minst konflikten mellan intellektuell redbarhet och religionens motsägelser och dogmer. Hon tog med sig sin nära relation till sin skapare när hon vandrade in i demensens nedbrytande spiral.

### Intressen

Skogen. Jag håller nog på att bli en sådan där småländsk vedgubbe. Jag kan inte förstå att man kan lösa sin tid och muskelkraft på gymmens vansinniga apparater, där man inte ens gör elektricitet av de svettiga kropparna. Denna bisarra kultur stöds av oss i vårdsvängen när vi skriver våra recept på Fyss! Tacka vet jag att såga ner och dra hem de träd som gallrats för att få se en vacker skogsdunge. Sedan ta fram sågklingan, klyva och kasta in årets biomassa, som håller mitt kräkslott varmt. Jag skulle gärna skriva recept på sådan psykoterapi. Då kunde vi i stället för igenväxta vägrenar få se de stora träden bara för deras skönhets skull.

---

**”Det viktiga var andan, den personliga uppfordran att göra uppror, att makten korrumpierar, att samhället och världen kan förbättras genom en personlig insats.”**

---

### På nattduksbordet

Christer Peterssons nya bok om konsultation och läkekonst. Ett par sidor, sedan sover jag så gott! Läste nyligen om P C Jersilds ”Babels hus”. Nästan all systemkritik i denna 70-talets klassiker är lika relevant idag och en uppfordran att välta det auktoritära medicin-industriella komplexet över ända. Där har allmänmedicinen en viktig roll. Tyvärr har allmänmedicinen senaste 1-2 decennierna allt mer blivit navelskådande, upptagen av att avgränsa sin roll, satsa på mottagningen och betjäna mammon. Förvisso ofta av yttre tvång i nya ekonomisystem som okritiskt och utan evidens pådyvlats sjukvården.

### Tycker illa om

Uppblåsta typer även om de döljs i akademisk skrud eller i politiska och kyrkliga hierarkier. Olyckligt lottade människor som råkar ut för dessa krafter. Det triggat igång mönster från min frikyrkliga uppväxt och 68-rörelsen och jag riskerar att bli en otrevlig moralist.



Bengt Järhult

Foto: Björn Järhult

### Hur länge har du bott och verkat i Ryd?

Sedan 1978 men i 20 år var jag Blekinge trogen. Olofström var min ungdoms allmänmedicinska Mecka, dit Gustav Haglund i ett sirligt, handskrivet brev rekryterade mig. Gustav var en centralgestalt när det gamla provinsialläkarsystemet bröt samman och en modern primärvård skapades.

### Har du gjort något annat än varit patientdoktor?

Verksamhetschef i tre perioder och ansvarig för den första allmänmedicinska utvecklingsenheten utanför universitetsorter. Gustav trodde på mig som drygt 30-åring. I 20 år satt jag i Läkartidningens allmänläkarpanel och 30 år i redaktionskommittén för Läkemedelsboken.

### Vad var det som gjorde att du började skriva?

SMON-skandalen på 70-talet. 20 000 människor skadades eller dog av oxikinolin i Japan, även i Sverige. Men Ciba-Geigy och Astra vägrade erkänna sambandet. Läkemedelsbolagen fortsatte länge att sälja preparaten i fattiga länder. Jag och några till startade en bojkott av Ciba-Geigy som fick en stor uppslutning av den svenska läkarkåren och bolaget tvingades på knä.

### Varför tror du Läkartidningen så ofta tar in vad du skrivit?

Varje tidning behöver lite fräs på debattsidorna, en slags represiv tolerans. Under 80-90-talen fanns en redaktion som insåg samhällsmedicinens betydelse. Man förstod att allmänmedicinen med sin stora läkargrupp och svaga akademiska överbygg-

nad behövde ges plats i tidningen och att den subspecialiserade medicinen behövde ett allmänmedicinskt perspektiv. Mycket material beställdes via allmänläkarpanelen.

Kanske tidningens ledning under åren sett att många av de frågor jag och andra allmänläkare väckt i artiklar och på debattsidorna kommit att omfattas av allt fler och ibland av Läkarförbundet. Exempel på det är läkemedelsfrågor, t.ex. generisk förskrivning och en uppstramning av de osunda kontakterna läkarkår – industri. Nu senast New Public Management! Läkartidningen bör ha en eloge för debatten sedan 2008 om kvalitetsregister och NPM. Det var långt innan Macej Zaremba kom in på banan och med sitt massmediala genomslag fick stenen i verklig rullning.

Sedan finns förstås en diskussion, obekant för läsaren, mellan en skribent och en tidning. Läkartidningen har verkligen inte tagit in allt jag skrivit men många gånger hjälpt mig och förbättrat mina texter; t.ex. föreslagit koncentration istället för att slå mot för många mål samtidigt. Den hjälpen är jag tacksam för.

I några vändor har jag varit urförbannad på tidningen men relationen har återskapats. Senast var det när Åke Thörn och jag

granskade Läkartidningens innehåll och sammansättningen av den medicinska redaktionen. Det är nästan bara Stockholmsfolk – den medicinska redaktionen är en filial till Karolinska. Sjukvården i övriga Sverige representeras knappast, och allmänmedicin, den största specialiteten numerärt, är orimligt lite företrädd. Att diskutera detta var inte populärt. Det pikanta hände att Åkes och min artikel först blev accepterad men sedan censurerad när högre makter gripit in.

Jag har varit starkt emot att tidningen knöts närmare förbundet för en del år sedan. Det är principiellt inte bra för den publicistiska friheten.

### Har du upplevt obehagligheter i samband med dina ibland ganska provocativa artiklar?

Ja, självklart men också en hel del stöd via mail och brev. Ibland också offentligt. Särskilt uppskattade jag en gång när Anders Hernborg försvarade mig mot Socialstyrelsens generaldirektör. Denne hade skrivit ett obalanserat personangrepp då jag kritiserade deras dokumentationshysteri – i stället för att intressera sig för vårdens innehåll och orsakerna till brister i patientsäkerheten – och att de inte ens kunde undanröja signeringstvånget.

### Vilken sorts personlighet är du och vilka är dina drivkrafter?

Det är svårt att värdera sig själv. Kanske finns en narcissistisk sida hos mig? Eller så vill jag fortfarande som nybliven pensionär bli sedd av min far. I min stora syskonskara med två heltidsarbetande föräldrar fanns det inte utrymme för gulli-gull med varje barn. Pappa var i 5 år frånvarande i sitt avhandlingsarbete om Norrbottens Järnverk, 100 mil bort. När jag hade skrivit mina skoluppsatser, då blev jag sedd. Jag fick läsa upp mina dramatiska berättelser och mor och far uppskattade vad jag hade skrivit.

Man ska ha respekt för sina neurotiska sidor, de är ofta viktiga drivkrafter. Även otrevliga personlighetsdrag kan vara hävarmar och resultera i något gott. Det är tydligt i den akademiska världen. Trots allt ska forskare, författare och debattörer bedömas utifrån vad de säger och gör och inte vilka helgon eller skitstövlar de är som privatpersoner.

Jag är stolt över att tillhöra 68-generationen. Den är idag av politiska skäl förtalad för den är fortfarande farlig för maktens representanter. Det är en vrångbild att denna generation var galna revolutionärer. Då som nu var de flesta tysta, flertalet kursare välkammade pojkar och flickor som sedan levde ett gott borgerligt liv som duktiga yrkesmän. Inga revolutionärer! En mindre grupp trodde på proletariatets diktatur och andra stolligheter.

Det viktiga var andan, den personliga uppfordran att göra uppror, att makten korrumpierar, att samhället och världen kan förbättras genom en personlig insats. Denna inställning har haft stor betydelse för mig och jag hoppas snart få se ett nytt ”68”.

**Bengt Järhult**

Distriktsläkare, Ryd

bengt\_jarhult@hotmail.com



Bengt Järhult

Foto: Björn Järhult

---

Mail-intervjuad av Ingrid Eckerman [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)

---



# Utlandsutbildade läkare i fokus på årets studierektorskonferens

*Inte mindre än 55 studierektorer fanns på plats när årets nationella studierektorskonferens gick av stapeln i Örebro den 1-2 oktober. Deltagarna fick höra om olika former för kompetensvärdering och hur man omhändertar utlandsutbildade ST-läkare i Jönköping. De fick också information om Socialstyrelsens förslag till nya ST-bestämmelser.*

**I** Socialstyrelsens nuvarande författning om ST, SOSFS 2008:17, anges att handledaren fortlöpande bör bedöma ST-läkarnas kompetensutveckling, och att detta bör göras med kända och överenskomna metoder. Många handledare tycker det är svårt att bedöma kompetens. Universitetslektor Marie Lidskog, involverad i läkarutbildningen i Örebro, gick igenom hur kompetensbedömning och återkoppling kan gå till i teori och praktik.

Dorte Kjeldmand berättade inspirerande om hur man i Jönköpings län introducerar läkare med utländsk utbildning till arbete på svensk vårdcentral. Programmet är omfattande och grundligt genomtänkt.

Det är huvudsakligen tre grupper av läkare som ingår i programmet: svensk-språkiga läkare som läst medicin i annat land; läkare med utbildning i EU-land; läkare från resten av världen, så kallat tredjeländ. Ett grundkrav för att bli anställd är att ha uppnått nivå B2 i svenska,



Ragnhild Mogren (t.v.) och Febe Westberg på Socialstyrelsen redogjorde för nya ST.

Foto: Gösta Eliasson

vilket testas av ett oberoende företag.

Anställningsförfarandet omfattar utöver en vanlig intervju även en strukturerad kompetensvärdering genom medsittning, där man bedömer både hur läkaren arbetar och hur förmågan är att ta emot feedback för att kunna ändra sitt arbets sätt när det behövs. De som passerar detta nålsöga får provanställning.

Under introduktionsprogrammet arbetar läkarna med patienter under omfattande handledning, deltar i seminarier och får språkundervisning för att

förbättra svenskan. De får också hjälp med att komma in i det svenska samhället. De svenska ungdomar som kommer från medicinstudier utomlands tränar på att tillämpa sina ofta omfattande teoretiska kunskaper i svensk allmänmedicinsk praktik under ett trainee-år innan de börjar arbeta som "vanliga" ST-läkare.

Tre representanter från Socialstyrelsen redogjorde för detaljerna i det förslag till nya föreskrifter om ST-utbildning som nyligen varit ute på remiss. Studierek-



Anna Källkvist



Dorte Kjeldman talade om omhändertagande av utlandsutbildade läkare.



Organisationskommittén med Madelene Andersson, Camilla Nicander och Anders Hagvall överlämnar stafettpinnen till Ulrika Winninge, Dalarna.

3xFoto: Gösta Eliasson



torns roll har stärkts, ansvarsfördelningen gjorts tydligare och målbeskrivningarna har fått en helt ny struktur med tre nivåer. Men samtidigt har man tagit bort kravet på att granskning av utbildningens kvalitet skall vara extern, vilket Läkarförbundet, Läkarsällskapet och enstaka landsting ifrågasatt i sina remissvar. Nu planeras ytterligare en remissomgång och den nya författningen väntas bli klar först under mars månad 2015.

Organisationskommittén för årets möte kan glädja sig åt att med värme och engagemang ha åstadkommit en matnyttig

konferens i kollegial anda. Dalarna tar över stafettpinnen och bjuder in till nästa konferens 2015.

**Karin Lindhagen**  
Uppsala

*karin.lindhagen@sfam.se*



**Gösta Eliasson**

SFAM:s fortbildningsråd  
Falkenberg  
*gosta.eliasson@sfam.se*



## Ny i gänget – Caroline Beijar

### Hur kommer det sig att du är här?

– Jag har ett år kvar på min ST och är biträdande studierektor i Blekinge. Vår studierektor, Stefan Persson, har många uppdrag, så jag hjälper honom med ett och annat.

### Vill du bli studierektor när du är klar med din ST?

– Ja, jag tycker utbildning och pedagogik är roligt. Och som allmänläkare vill jag kunna påverka ST-utbildningen så att den blir så bra som möjligt.

### Är du nöjd med konferensen?

– Ja, det är väldigt stimulerande att träffa duktiga kollegor från hela Sverige. Jag har fått idéer och kunskap om vad man som studierektor kan och måste göra för sina ST-läkare, handledare och verksamhetschefer.

### Vad tycker du har gett dig mest?

– Gruppdiskussionerna. I den ena gruppen talade vi om handledarbildning och i den andra om Socialstyrelsens nya förslag. Om jag blir studierektor måste jag ju kunna författningen.



Foto: Gösta Eliasson

**Vill du hålla dig informerad  
och få utskick från Socialstyrelsen som berör ST?**

Gå in på [www.socialstyrelsen.se/lakarnas-st/utskick-lakarnas-st](http://www.socialstyrelsen.se/lakarnas-st/utskick-lakarnas-st) och anmäl din e-postadress



# Att vara examinators

**N**är jag gjorde ASK\* vid 55 års ålder kom jag fram till att jag ville fortsätta att arbeta åtminstone fram till pension. Utöver vanligt allmänläkararbete fick jag en känsla av att det som redan fanns av kunskaper borde förmedlas vidare. En kurs i intuition ledde mig vidare. Det gäller att förmedla den dolda kunskapen, den om hur man gör.

Hemma fortsatte arbetet med att vara handledare åt yngre, både studenter från universitetet, AT-läkare och ST-läkare.

**En dag fick jag inbjudan** till ”vecka-3-kursen”. ”Du borde gå den för då kan du vara med och vara examinators. Så hjälper du till att säkra allmänmedicinen hos yngre medarbetare som vill göra examen frivilligt.”

Det var en vinter med tjock snö, korta dagsljusdagar och svart natt men med snöflingor.

Vi möttes tjugofem allmänläkarkollegor i Söråker. Många hade redan gått kursen, så för dem var det att bygga på och förmedla till oss nya. Jag minns de kylslagna peripatetiska promenaderna med för mig nya kollegor, alla lika intresserade. På kvällen bad tunna dit vi vadade genom djupsnö efter bastu...

Föreläsningarna handlade om allmänmedicinens teori. Det fanns alltså en teori! Många boktips förmedlades. Mc Winney, Hunsgaard, Mabeck, Pendleton... Begrep som SOAP, Juharis fönster och de fem F:en användes glatt och invant. Det fanns alltså mycket mer än jag visste om i allmänmedicinen! Det lärde jag mig på min första examinatorskurs.

**Min första examinand** var exemplarisk. Min medexaminators tog allt på största allvar. Vi dryftade hennes portfölj, video och skriftliga prov, samt mina erfarenheter på praktikdagen. Allt kändes bra, hanterligt och riktigt. Jag fick använda alla mina kunskaper och de nya som jag fått. Det kändes som om något höll på att klarna.

SFAM-mötet hösten efter firade min examinand och alla de andra. Vi examinators fick ställa upp oss för fotografering och fick diplom av Ulf Måwe. Känslan var: roligt, jag var verkligen glad. Och stolt.

**En annan examinand** arbetade i centrala Stockholm på en stor vårdcentral. Han kom från ett annat land, där han gjort en avhandling inom molekylärbiologi. Den tänkte han använda som uppsats i examen. Någon tjänstgöring inom ögon fanns inte, ingen kurs heller. ”Det behövs inte här i Stockholm. Vi skickar alltid ögonfall till S:t Eriks ögonsjukhus.” Skriftliga provet visade knappa kunskaper. Han fick det godkänt med en hårsman.

Praktikdagen, det roligaste på hela examen, hur gick den? Oj, det var där jag fick min stora chock. Han kunde inte tillräckligt. Han fattade fel beslut. Jag såg ett oreflekterat överutnyttjande av resurser. Det fanns lite som var bra. Men det fanns desto mer som inte var det.

Jag åkte hem och tog kontakt med medexaminators. Att jag inte kunde godkänna kändes tydligt som en kall hand. Vi hade långa telefonsamtal om varför praktikdagen inte var godkänd. Det fattades allmänmedicin och förmåga att inse problemet. Mycket hjälp fick jag att göra klar bedömningen genom examensansvariga på SFAM och medexaminators. I själva examensdokumenten fanns också bra beskrivningar av hur man ska värdera och beskriva konsultationen. Det var till verklig hjälp.

Slutligen blev alltså betyget ”Ännu ej godkänd” på praktikdagen och därmed hela examen. Det blev ett kort och lite obehagligt telefonsamtal till examinanden, som jag gruvat mig för. Han fick inbjudan att för samma avgift återkomma nästa år. Men det gjorde han inte.

**Vid examinatorsmötet** på SFAM-kongressen fick jag berätta detta för mina examinatorskollegor. Det kändes bra att sitta med en grupp som vet vad det handlar om. Jag kände stöd att ha gjort det rätta även om det varit obehagligt.

Just detta med examinatorsmötena är väldigt viktigt. Varje år på SFAM-mötet sker ju examinationerna med diplomering av examinanderna. Vilken förmån att få träffas igen och vara med om sin examinands presentation av uppsatsen! Samtidigt får man vara med om hela SFAM-mötet. Det har varit bra för mig.

**Jag har varit med** sedan 2001 och gjort kanske 12-13 examina samt varit medexaminators ett antal gånger. På senare år har jag gjort Mitt-i-ST-bedömningar i större omfattning är examen. Det finns många fler som efterfrågar Mitt-i-ST och samtidigt är det något enklare än examen. Alltså för mig som examinators. Det behövs då en omgång med portfölj, video och praktikdag. Inget skriftligt prov och ingen uppsats. Allt kan göras på en enda dag.

Rapporten skriver jag ofta på vägen hem eller närmaste dagarna efteråt. Det känns bra att kunna avsluta bedömningen medan allt är i färskt minne. Samtidigt tror jag att just Mitt-i-ST är väldigt viktigt för ST-läkaren. Det finns fortfarande chans att göra på annat sätt om det skulle visa sig att nuvarande väg inte bär dit man ville.

Idag har jag fått min nästa examinand tilldelad av examenskansliet. En glad känsla av förväntan och nyfikenhet sprider sig i kroppen. Det känns bra att än en gång ha kontakt med ung blivande allmänläkare och att vara med som examinators i dennas process.

## Gunilla Byström

Specialist i allmänmedicin  
Gått i pension vid 69 års ålder  
men vill fortsätta som examinators  
Domsjö  
[gunilla.bystrom@planningtools.se](mailto:gunilla.bystrom@planningtools.se)



\* Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog



48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 18–20 september i Hamburg.

Temat: "Allmänmedicinen – specialiserat på hela människan". Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)

## En kongress- och reserapport från Hamburg

*Blickar över tallrikskanten berikar. Då och då åker jag på tyskarnas årliga allmänläkarkongress. Jag är tysk, allmänläkare i Jokkmokk sedan 17 år. Allmänmedicinskt är jag svenskt fostrad. Att vara del av den svenska allmänmedicinen förpliktigar att dela med sig av sina erfarenheter.*

**D**EGAM kongressen hölls på Universitetskliniken Hamburg-Eppendorf. Ursprungligen årsmötet av de tyska allmänmedicinska fakulteterna har kongressen utvecklats till ett samlande forum för hela den tyska allmänmedicinen, från akademien till gräsrotterna. Det akademiska arbetet sätter fortfarande prägeln liksom på den nordiska kongressen. Mer än 700 allmänläkare, ST läkare och studenter kom. Kongressen var helt fri från sponsring från läkemedelsindustrin. I den lilla tygväskan fanns en programbok på 180 sidor! Sensommarvärmen och blå himmel bjöd in till mingel under välvande plataner och kastanjeträd.

### Arbetsgrupp för psykosomatik

Som tysk i Sverige längtar jag efter sjä-



Kongresslokalen

Foto: Markus Beland

len i allmänmedicinen, efter den breda diskursen om det psykosomatiska i vårt arbete. Första seminariet var således en pre-conference workshop av DEGAMs arbetsgrupp för psykosomatik om "Vad är det psykosomatiska basuppdraget inom allmänmedicinen?"

I arbetsgruppen tycker man egentli-

gen inte om begreppet "psykosomatik" då kropp-själ dualism är problematisk, men väljer att använda det för att benämna vad den allmänmedicinska kärnverksamheten egentligen handlar om. "Psykosomatiken" är med i vartenda patientmöte. Det är det vi håller på med varje dag, kropp och själ går inte



Festlokalen

Foto: Markus Beland





Hamnpromenaden

Foto: Markus Beland

att separera. Workshopen gick ut på att diskutera och förtydliga arbetsgruppens positionsdokument innan det förankras som officiell DEGAM position. Där betonas uppfattningen att avgörande för en fungerande patient-läkarrelation är läkares kompetens till självobservation och självreflexion. Denna kompetens måste förmedlas under specialistutbildningen.

En medverkande barnläkare talade om interaktionerna i triangeln mellan föräldrarna, spädbarnet och läkaren samt dennes roll och ansvar i att kunna läsa och tolka de inblandade. Han använde begreppet spädbarnets "självverksamhet" som ökar och minskar i takt med föräldrarnas oro vid ett sjukdomstillstånd, t ex ett atopiskt eksem.

På kvällen hade medlemmarna i den tyska motsvarigheten till nätforumet "Ordbyte", "Listservern", ordnat samkväm i puben för att lära känna varandra IRL. Kvällen var varm och man kunde härligt sitta ute med en god öl eller två. Den svenska rösten i forumet uppskattas och jag mötte en del nyfikenhet. Behovet att få höra hur andra gör är stort. Det är

en ömsesidig möjlighet att kunna titta över sin tallrikskant och vidga perspektivet där det skiljer sig åt.

### Stort utbud

Med åtta till tio parallella sessioner i fyra tidsblock var det inte lätt att välja. Huvudtalaren var lätt att välja, även tidigt på morgonen med lång väg tvärs genom staden med tunnelbanan.

Iona Heath från London talade om "The Art of Doing Nothing": om att inta en aktiv vänteposition, att pausa i sin medicinska aktionism och tänka lite till extra innan nästa steg tas, om att bryta "the vicious circle of doing". "No time thinking because we are too busy doing things we don't need to do". "Let us cultivate the art of doing nothing but never let us be in the role of spectators" blev hennes slutord. Föreläsningen bestod av ett otal citat och bilder från kloka personligheter som yttrat sig om ämnet, på avancerad engelska. Ett komiskt inslag blev citaten av stora tyskar som Schrödingers, Einstein och Goethe översatta till för en tysk publik svårsmält engelska.



Hamnpromenaden

Foto: Markus Beland

### "Hightouch istället för hightech"

En akut- och allmänläkare, chefsöverläkare på akuten på ett stadsdelsjukhus i Hamburg, berättade hur han fått sina chefer att inrätta en allmänmedicinsk slutenvårdsavdelning på 23 vårdplatser – för alla dessa gamla och urgamla som skickas in från sjukhemmen och som far illa på akuten och specialistavdelningarna, eller för andra mindre akuta fall som behöver några få dagar okomplicerad vård. Denna avdelning är vid sidan om hjärtkirurgin den mest lönsamma på hela sjukhuset, förutom att den räddar liv! Den får lågt betalt enligt DRG men har låga kostnader då den inte behöver finansiera dyra apparater och personal. Han tyckte att akutmedicinen är ett idealt arbetsfält för allmänläkaren. Det mesta kan man efter specialistutbildningen. Man behöver utöka med någon månads tid i "chockrummet" så är man klar.

"Erst der Leib, dann der Körper" (i ademeningen på engelska: First the belly, then the stomach) blev en utmanande workshop om fenomenologin i läkar-patient-relationen, lutat mot den nutida tyska filosofen Hermann Schmitz, om ett filosofiskt perspektiv som försöker tolka den vedertagna kropp-själ dualismen som en enhet. Det talades om känslor som "delade atmosfärer" som alternativ till begreppet överföring – motöverföring, att man arbetar i "situationer inom en mångfald" och som man omedelbart iakttar. De första momenten i en konsultation där vi inte avbryter patienten och där vi fångar in vad patienten vill berätta skulle vi uppleva i en sådan situation. De två ledarna av workshopen, (en av dem, Harald Kamps, under många år allmänläkare och forskare i Trondheim) tycktes spinna trådar mot österländsk meditation, men även vedertagna psyko-terapeutiska samtalstekniker kändes igen. Diskussionen var intensiv, kontrovers och ifrågasättande.

### Patienters kärleksbekymmer

På möte med AG psykosomatik sa en deltagare: "...när patienten kommer till mig och lipar för han har kärleks-

\* För att undvika missförstånd när jag skriver "lönsam": Det är ett konfessionellt sjukhus, drivet i stiftelseform som s.k. "allmännyttig inrättning", där allt överskott återförs till verksamheten.



bekymmer...” Tankarna driver iväg: kommer patienter till mig och berättar för mig om sina kärleksbekymmer? Det har aldrig hänt mig, här, i Sverige. Gör tyskarna det för sin husläkare? Har de mindre hämningar att verbalisera själsliga bekymmer, har de lättare tillgång till sitt ”psyke”? Jag tror ”psyket” är mer närvarande i Tyskland överhuvudtaget, inte bara inom medicinen, det är på något sätt inbäddat i kulturen. Är det ett levande eko rentav från de gångna århundraden som fostrade de stora tyska filosoferna, kompositörerna, författarna, Sigmund Freud, den Wienska skolan?

På kvällen blev det fest i Hamburgs historiska hamnmagasindistrikt. Den var kul, lik festerna på SFAM:s kongresser – med dans och högtidligt firande av de unga som tar klivet in i allmänmedicinen, som gjort något bra forskningsarbete inom specialistutbildningen eller som avslutat ”Nachwuchsakademien”, en ny modellutbildning för studenter som väljer allmänmedicinen redan under studietiden. Det är i detta firande av den efterföljande generationen den emotionella hemvisten skapas som alla allmänläkare behöver. Här håller även de tyska allmänmedicinerna på att skapa framtid.

### Hamlet och svår sjukdom

Min sista och mest intensiva workshop blev om HAMLET-projektet, ”Hausarztmedizin als Lebenskunstmedizin” – om husläkarinterventioner vid svår sjukdom. Ur introduktionstexten: ”Husläkare behandlar sina patienter över långa tidsintervall och i livssituationer som måste bemötas. Regelbundet uppkommer läkar-patient-interaktioner med interventionskaraktär [där något måste göras]. Dessa har sällan studerats. Målet med workshoppen är att främja läkarens epikritiska självreflexion, att stödja utbildningen av den efterföljande generationens allmänläkare och att tillhandahålla variabler för vetenskaplig analys.”

Detta fick mig att fundera: Pratar jag, distriktsläkaren i Sverige, med mina patienter som fått cancerbesked över deras nya livssituation? Är det jag, deras gamla husläkare, som ger stöd och råd? Är jag deras gamla husläkare eller är jag bara distriktsläkaren på vårdcentralen som remitterar vid behov? Ser jag patienten med en bortgången anhörig i sin nya verklighet? Eller fångas dessa upp av cancermottagningens kuratorer

och distriktssköterskan? Är min svenska allmänmedicin utarmad?

I seminariet visades en videosekvens av ett inspelat samtal mellan en manlig husläkare och en frekvent sökande kvinnlig patient efter att en nyupprullning av fallet hade uppenbarat traumatiska händelser i patientens ungdom (förlusten av modern, senare fadern). Patientens sökmönster hade efter detta blivit avsevärt bättre och blodtrycksmedicineringen kunde minskas drastiskt. Doktorn hade känt patienten i 25 år. Det var först inom ramen för projektet samtalet kom till stånd. Samtalet blev en nyckelupplevelse också för doktorn. Doktorn var med på seminariet och introducerade sitt fall. Den balintlikande diskussionen om fallet var intensiv och engagerade. Läkaren hade tagit en hög risk genom att blotta sig inför gruppen. Sorgearbetet var inte bara patientens utan även läkarens som i 25 år missat en möjlighet.

### En släng av nostalgi

Innan hemvägen gjorde jag en avstickare till föräldrarna och systemns familj i Berlin. Med snabbtågen var de knappa 40 milen mellan städerna avbetade på inte ens två timmar. Nu, på inflygningen mot Arlanda, glider skogar förbi, sjöar, och någon enslig gård under en gråtung himmel, på vägen hem, till familjen, till polcirkeln. En smula vemod infinner sig efter dessa intensiva dagar i Hamburg och Berlin, i sensommarvärmen och i vimlet, på besjälade allmänmedicinska seminarier – i mitt gamla hemland. En liten tår vill krypa fram.

Patientmötena, dagarna efter kongressen, flöt på i gott humör som inte på länge. Själens är med – hela tiden, patientens, och den egna.



Markus Beland  
Jokkmokks vårdcentral  
markus.beland@nll.se

## ST-dagarna i allmänmedicin

21-23 januari,  
2015

Scandic hotell,  
Triangeln, Malmö

All information  
om program,  
föreläsare och  
anmälan finns på  
[www.st-dagarna.se](http://www.st-dagarna.se)

SFAM:s utbildnings-  
prenumeration ger rabatt.  
Se [www.sfam.se/  
utbildningsprenumeration](http://www.sfam.se/utbildningsprenumeration)

Välkommen med  
din anmälan!

Sista anmälningsdag  
är 25 december!





# Glesbygd som utmanar – fördomarna

*Jag är fjälldoktor, på sjukstugan, 24 mil från sjukhuset. Ofta åker jag skidor till jobbet, ibland tar jag skotern. Väl där växlar arbetsuppgifterna, från att i ena stunden övertyga en anemisk ortsbo som skitit blod i månader om att han faktiskt måste ta resan till sjukhuset för en koloskopi, till att i nästa försöka stabilisera en multitraumatiserad stockholmare, efter ett övermodigt "big jump" i snowboardparken.*

**E**n primärvårdens mångsysslare alltså, som måste kunna det mesta och fuska efter bästa förmåga med resten, allt efter hur behoven uppstår. Precis som de andra i trakten. Mångsysslare som kan laga sin egen skoter och som får hanka sig fram med än det ena, än det andra, styrt efter årstid och husbehov.

Påståendena i sig kan vara sanna. Däremot inte den bild de målar upp av den ensamme heroiske läkaren i en isolerad "pist-vaktshåla", som ligger lika många mil från närmaste civilisation som år efter utvecklingen i resten av landet.

## Tanke bortom fördom

Med rötter i kuststadens attityder mot Västerbottens inland som ett avfolkande stödområde har mina egna fördomar blivit utmanade i arbetet som glesbygdsdoktor i södra Lappland.

---

**"Då loggar även narkosjouren in sig på kameran i sjukstugans akutrum som hon kan styra från sin dator."**

---

Redan vid första tanken bortom fördomen ter det sig givet att avståndet till sjukhuset korrelerar betydligt bättre till försprång i utvecklingen än till eftersläpning.

Utvecklingen drivs av verkliga behov hos en befolkningspopulation och i en teknisk infrastruktur som ligger ett par decennier före resten av västvärlden. Den åldrade och sjukliga befolkningen, de stora avstånden och det faktum att det passerar 10-100 Mbps genom varenda yttervägg i Västerbotten är en god mylla för e-hälsoinnovation. Lägg därtill ett sviktande skatteunderlag och chosofri samarbetsanda som en viktig grund för överlevnaden sedan mannaminne, och en kostnadseffektiv flexibel organisation blir lättfunnen.

## Elsas historia

För att konkretisera vill jag berätta om Elsa. Hon finns inte, för om hon fanns skulle alla i byn veta vem hon var, men allt utom Elsa finns...

Hon är 75 år och har haft lite högt blodtryck. Hon skjutsas in till sjukstugan med akut andnöd och obehag i bröstet. EKG visar inferiora ST-höjningar. Efter kort telefonsamråd med en lättillgänglig medicinbakjour initieras trombolys då transport-



Christer Wiklund

tiden är för lång till närmaste PCI 36 mil österut. I efterförloppet till denna blir emellertid Elsa sämre, med arytmier och blodtrycksfall. Då loggar även narkosjouren in sig på kameran i sjukstugans akutrum som hon kan styra från sin dator. I väntan på helikoptern sker fortsatt samråd kring handläggningen i realtid via trådlöst headset. Det hela slutar med rescue-PCI vid regionsjukhuset.

Tyvärr får Elsa trots de tidiga insatserna hjärtsvikt efter sin infarkt. Hon återkommer snart till sjukstugans vårdavdelning för eftervård och fortsatt injustering av sviktpiller. Sedan återvänder hon till hemmet.

Då hon bor i ett samhälle som ligger sju mil från sjukstugan sköts mycket av uppföljningen via video från ett virtuellt vådrum i skolans lokaler där hemtjänstpersonal är behjälplig vissa tider. Det framkommer att hon periodvis blir plötsligt sämre, med mer andnöd och hjärtklappning. Ett tum-EKG tas i vådrummet som visar att det tillkommit förmaksflimmer. Efter telefonsamråd med medicinkliniken insätts warfarin i stället för NOAK, eftersom hon står på ticagrelor och då det ändå blir enkelt med PK-proverna via vådrummet.

---

**"Men Elsa märker inget av detta, hon ligger kvar i samma säng och sköts av samma personal, eftersom kommunen och landstinget har ett samverkansavtal."**

---

Hemsituationen och hjärtat fortsätter att svikta och Elsa får efter en tid läggas in akut på sjukstugans vårdavdelning. Efter urvåtskning görs där ett nytt hjärt-eko med hjälp av en robot



som styrs av en van undersökare i Skellefteå, 35 mil bort. En progredierande sviktbild bekräftas.

Efter UK-anmälan kvarstår problemet med hemsituationen och hon skrivs över till kommunal korttidsplats i väntan på nytt boende. Men Elsa märker inget av detta, hon ligger kvar i samma säng och sköts av samma personal, eftersom kommunen och landstinget har ett samverkansavtal.

### Mentala avstånd

I min glesa värld handlar avstånd och utsatthet mer om mentala aspekter än om geografiska. Jag får stöd dels av kompetent personal på sjukstugan, dels av sjukhusspecialister som alltid är tillgängliga och förstår de lokala förhållandena och nödvändigheten att ibland frångå handläggningsalgoritmerna för att hitta den bästa helhetslösningen. Det borgar för ett brett och tryggt primärvårdsarbetsätt som präglas mer av stimulerande variation än av utsatthet och ensamhet. För mig lockar det till att vilja vidga och göra mer på primärvårdsnivån istället för att avgränsa och definiera vad som bör falla på någon annan.

Genom att snegla mot glesbygden med nya ögon finns saker att lära i en fragmentiserad sjukvård där "nånannanismen" är den allt mer förhärskande ideologin. Tendensen att lägga mer energi på att försöka hålla patienter ifrån sig än på att ta hand om dem är ett varningstecken att ta fasta på.

Att förkorta mentala avstånd är kostnadseffektivt. Men det förutsätter en ömsesidighet och ett holistiskt perspektiv hos dem mellan vilka avstånden ska krympas, och detta gynnas tyvärr inte alltid av rådande organisationsstrukturer och resursfördelningsprinciper.

Nämnde jag förresten att hon har lite besvär med sin stamning också, E-elsa alltså...?

**Christer Wiklund**

ST-läkare i allmänmedicin med glesbygdsinriktning  
Storuman/Tärnaby sjukstugor och Burträsk Hälsocentral  
*christer.wiklund@vll.se*

### Läkare för miljön

## Är du oroad för klimatet och kemikalierna?

Gör något aktivt

– bli passiv medlem i

Läkare för Miljön!

[www.lakareformiljon.se](http://www.lakareformiljon.se)



## Glesbygdsmedicin

- ett sätt att jobba
- ett sätt att vara
- ett sätt att leva

## Svensk Förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till

15:e nationella konferensen  
i Glesbygdsmedicin

**25–26 mars 2015**  
**i Pajala**

För vidare information och anmälan  
läs vidare på vår hemsida  
[www.glesbygdsmedicin.info](http://www.glesbygdsmedicin.info)



Foto: Kerstin Svala



# Nationella forskarskolan startar upp



Nationella forskarskolan i allmänmedicin  
<http://www.forscarskolanallmanmedicin.se/>  
 Se också AllmänMedicin 3-2012 och 4-2013.

**E**n vacker septemberdag anlände jag till matsalen i Hjortvikens konferens några mil öster om Göteborg. Där väntade tio nyantagna och många ”gamla” doktorander, handledare, inbjudna gäster och internationella lärare på den nationella forskarskolans årliga uppstartsdagar.

Stämningen var hög. ”De nya”, grupp 6, hade träffats under två dagar medan ”de gamla” och alumni, dvs. de som gått ut det tvååriga programmet, just återsett varandra.

Första dagen presenterade ”de nya” sina forskningsprojekt för varandra och de svenska lärarna. Nästa dag blev dessa kritiskt granskade av ”engelsmännen” Stuart Spencer och Simon Griffin. De övade också examinationer och posterpresentationer.

För att locka handledare och alumni bjuder man på en höjdarföreläsning tredje dagen. Denna gång var det Richard Horton, chefredaktör på Lancet. Andra inbjudna talare var representanter för de medicinska fakulteterna.

Uppstartsdagarna syftar till att komplettera den virtuella mötesplatsen med ett fysiskt möte. Olika gruppaktiviteter äger rum för att skapa band mellan gamla och nya doktorander. Bland annat får de gamla i uppgift att under en promenad lära känna de nya för att sedan presentera dem under minglet före festmiddagen.

Muntlig presentation tränas genom att ”de gamla” presenterar sina posters. Efter föreläsningen i retorik av Alexandra Krettek övade både nya och gamla argumentation inför publik.

Sista dagen avslutades med att två doktorander, Karin Rådholm och Patrik Wennberg, berättade om sina erfarenheter från predoc respektive postdoc i Australien.

Alla doktorander jag träffade var väldigt glada över forskarskolan och de möjligheter de får här – sådant som de inte får vid hemmauniversitetet.

Även lärarna var euforiska. I Lancet publicerades 2003 en ledare djupt kritisk till den allmänmedicinska forskningen [1]. Strax efter sin medverkan här publicerade chefredaktören Richard Horton en synnerligen positiv artikel om forskarskolan [2].

## Referenser

1. Is primary-care research a lost case? The Lancet 2003;361:977.
2. Horton R. Offline: How to save primary care research. The Lancet 2014;384:1082.

**Ingrid Eckerman**

Chefredaktör

[chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)

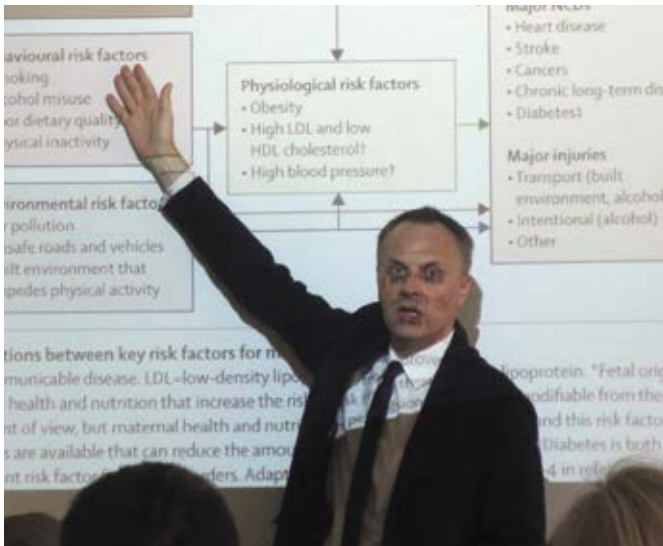
*Alla foton: Ingrid Eckerman*



Utan radarparet Maria Boström, med sin bakgrund på Folkuniversitetet, och Lars-Hjalmar Lindholm, med sitt internationella nätverk, skulle forskarskolan inte vara vad den är.



Helena Ödesjö, ST-läkare, Sahlgrenska akademien, håller på med sitt första arbete om målrelaterad ersättning i primärvården.

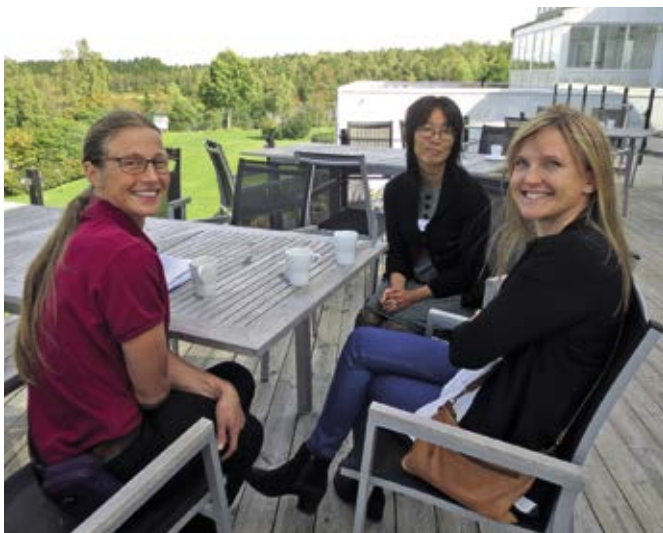


Richard Horton, chefredaktör för Lancet och inbjuden gästföreläsare.

## SAGT OM FORSKARSKOLAN...



**Kristian Gjessing, Johannelunds vårdcentral, Linköping studerar förbättringsarbete inom primärvården.** "Forskar skolan var det bästa som kunde hända min forskning. Den har gett mig allt som jag inte fick på mitt hemmauniversitet. Utan den hade jag gett upp."



Från vänster: Anna-Karin Halldin, distriktsläkare vid Stora Höga vårdcentral i Stenungsund, tittar på hjärtsvikt hos kvinnor med övervikt. Aina Lilja, ST-läkare vid Öjebyns vårdcentral i Piteå, forskar på religiösa människors syn på hälsa och sjukdom. Mina Johansson, Närhälsan Herrestad, Uddevalla, studerar i snigelfart negativa aspekter och överdiagnostik av bukaortascree ning.



**Karin Rådholm, Mantorps vårdcentral, forskar på kardiovaskulära sjukdomar hos äldre.** "Det är enormt givande att forska. Här får jag träffa kollegor och bygga nätverk, jag får göra saker som jag inte fått göra annars. Mina två månaders predoc i Australien var inspirerande och jag lärde mig mycket."

## OM FORSKARSKOLAN

Den nationella forskarskolan är ett samarbete mellan Umeå, Linköpings och Göteborgs universitet. Karolinska institutet har sin egen forskarskola, men Lunds, Örebro och Uppsala universitet skickar doktorander. Den finansieras via ett femårigt anslag. Genom att snåla försöker man få anslaget att räcka till 2017.

Varje doktorand har sin egen institution med handledare. Forskar skolans tvååriga program är ett komplement, "gräddes på moset", som fr.a. bjuder på nätverkande.

Skolan är huvudsakligen virtuell. Förutom den årliga träffen har man webbseminarier varje månad, ofta om praktiska saker:

att göra en poster, att skriva vetenskapligt eller att göra en presentation.

Antalet ST-läkare bland doktoranderna har ökat på senare år. Andra yrkesgrupper än läkare finns representerade. De "äldre" doktoranderna ger de "yngre" stöd och uppmuntran.

De som fått sitt diplom blir alumni. De är välkomna att vara kvar i IT-rummet och att komma på träffarna men får själva stå för kostnaderna. Vissa av grupperna fortsätter kontakterna, och några ämnesgrupper har bildats.

Att göra predoc, praktisera på en institution utomlands innan man disputerat, förstärker nätverket. Det läggs ner ett stort arbete på att hitta institutioner åt doktoranderna.

Hittills har tretton personer disputerat och blivit dr.med.sc.



## forts. SAGT OM FORSKARSKOLAN...



**Pär Jennerjö**, vårdcentralen Lyckorna, Motala skiljer sig från mängden med sina 58 år. Han var patientdoktor på heltid fram till 2010. Per hjälpte Carl-Johan Östgren att rekrytera diabetespatienter och erbjöds sedan att själv titta på materialet. Trots att han tycker sig vara för gammal för en forskarkarriär ångrar han sig inte. Att få fördjupa sig i något man är intresserad av är en förmån och väldigt roligt. Han har fått en insikt i hur vi fått kunskapen vi använder i vardagen och hur forskning och utbildning hänger ihop. Han är mycket glad att han fått denna möjlighet nu men tycker han borde börjat tidigare. "Det skulle ha varit mycket tråkigt om jag haft detta ogjort. Att doktorera är ett sätt att leva."



**Kristina Bengtsson Boström** är distriktsläkare i Skaraborg och koordinator för Göteborgs universitet. Tillsammans med Olov Rolandsson från Umeå och Mats Foldevi från Linköping deltar hon i planeringen av uppstartsdagarna och webbseminarierna och sitter ordförande vid andras seminarier. Webbtekniken har sina begränsningar. Disciplin krävs, mikrofonen måste vara avstängd för dem som inte pratar, man kan inte vara för många. "På uppstartsdagarna blir det en stor samling av personer från hela landet som är intresserade av primärvårdsforskning, och det ger ett enormt kontaktnät. Jag känner många nu, jag vet vem jag kan kontakta för mina doktorander."



**Anne Björk**, numera företagsläkare i Uppsala, forskar på d-vitaminbrist hos svenska och invandrade patienter. "Forskarskolan är fantastiskt stimulerande, med uppmuntrande stämning. Den är bra för självförtroendet. Man lär sig bra saker som man har nytta av, och det blir bara bättre. Det var ett stort lyft att få börja här."



**Alexandra Krettek** är professor vid den numera nerlagda Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV). Detta är hennes tredje föreläsning i retorik. "Det är sällan man får se så många ivriga doktorander på en gång. Att arbeta med mogna människor mitt uppe i arbetslivet är inspirerande för lärarna. Det är inte en envägskommunikation utan en dialog. Man lär sig alltid något nytt."



**Stuart Spencer**, redaktör för Lancet, brast ut i sång efter middagen. Han berömde forskarskolan varmt. Den är unik och visar hur forskning kan bedrivas, med internationellt samarbete, nätverk etc. Han föreläser om hur man skriver artiklar och han granskar doktorandernas manuskript. "Studenterna blir vänner, och man har ingenting emot att hjälpa sina vänner."



**Simon Griffin**, professor i allmänmedicin, Cambridge, överlämnar diplommet till **Miriam Pikkemaat**. Han ser dramatiska förändringar hos de entusiastiska studenterna från första till sista mötet. Allmänmedicinsk forskning, som följer patienterna, har stigande status. Men det finns för få handledare. Disputerade behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Kommer landstingen ge dem möjligheter och dra nytta av dem? Medicine studenter behöver bli exponerade för disputerade allmänläkare: "Om du misslyckas med att bli allmänmedicinare kan du alltid bli organspecialist."



## AllmänMedicin informerar



Stjärnholms slott Wikimedia: Sören Eriksson

## Kurs i kompetensvärdering

SFAM:s kompetensvärderingsråd anordnar kurs i kompetensvärdering för läkare som arbetar med handledning eller kompetensvärdering.

Nästa kurs ordnas på  
Stjärnholms slott, Nyköping 12-14/1 2015

*Info och anmälan via SFAM:s hemsida.*

Frågor besvaras av Robert Svartholm  
[polarull.svartholm@telia.com](mailto:polarull.svartholm@telia.com)  
och Ulf Måwe [ulf@mawe.se](mailto:ulf@mawe.se).

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEICIN

## AllmänMedicin informerar

### Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!

Rekvirera AllmänMedicin till dina studenter, ST-läkare och kursdeltagare!  
Förutom att använda dem som diskussionsunderlag gör du SFAM mer känd.  
Beställningsformulär finns på hemsidan [www.sfam.se/allmanmedicin](http://www.sfam.se/allmanmedicin) under "För kursgivare".



## Allmänmedicin deltar i hjärt-lungforskning

Forskningsprojektet SCAPIS, som bygger upp en världsunik databas om hjärt- och lungsjukdomar, beviljas 100 miljoner kronor från Knut och Alice Wallenbergs stiftelse. Huvudsökande är professor Lars Lind i Uppsala. En av de medsökande är Carl Johan Östgren, professor i allmänmedicin i Linköping, som också leder SCAPIS-verksamheten i Östergötland.

SCAPIS står för Swedish CardioPulmonary bioImage Study och är ett världsunikt forskningsprojekt inom hjärta, kärl och lunga.

SCAPIS leds av en nationell forskargrupp och drivs av Hjärt-Lungfonden i samarbete med universitetssjukhusen i Sverige.

Datainsamlingen har redan påbörjats i Göteborg och Malmö. I och med de nya pengarna från **Knut och Alice Wallenbergs stiftelse** blir det nu möjligt att utöka projektet till fler universitetssjukhus, däribland universitetssjukhuset i Linköping.

Undersökningarna varar i två dagar i ett slumpmässigt urval av totalt 30 000 individer mellan 50-65 års ålder och innefattar omfattande undersökning av hjärta och lungor i datortomograf, magnetkamera, ultraljudsundersökning av halskärl, blodprover och spirometri. Datainsamlingen till SCAPIS kommer att pågå i 2-3 år men projektet är betydligt mer långsiktigt än så. Da-

tabasen kan generera forskningsresultat i decennier framöver och bidra till viktig ny kunskap.

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

Att allmänmedicin medverkar forskningsmässigt i denna unika nationella satsning är synnerligen angeläget.



**Carl Johan Östgren**

Professor  
Institutionen för medicin och hälsa,  
Linköpings universitet  
[carl.johan.ostgren@liu.se](mailto:carl.johan.ostgren@liu.se)





Christer Petersson. *Kunskap och läkekonst – tankar om allmänmedicin.*  
Studentlitteratur 2014. ISBN 978-91-4408-811-2



## Utflykt med Christer Peterssons "Kunskap och läkekonst"

" Denna text skrev jag på försommaren apropå Christers bok. Upplevde att det var alltför svårt för mig att författa en anständig recension. Jag känner mig helt enkelt inte tillräckligt bildad inför denna intellektuelle gigant. Jag tog en omväg och skrev ett helt annat slags kommentar. "

Inte var vädret särskilt vackert men jag promenerade ändå i god takt tillsammans med Pentti Saarikoski i en småländsk skog. Vi bar varsin korg för svamp. Pentti även lite annat bestyr. Vi sa till varandra att jo vi går i Christer Peterssons skog. Vi är i mörkaste Småland, vi tittar efter svamp men vi läser också hans bok. Vi säger att han kan skriva böcker han. Vi menar Christer. Att han är bildad som få men då skrattar Pentti en smula. Nå. Vad säger din vän om Odyssén egentligen? Och jag blir svaret på denna fråga skyldig men det tillhör också vårt komiska tilltal.

Sen läser vi lite vidare. Vi hittar några fina Karl-Johan och vi går i Christers egen skog i Småland där stigen blir allt sämre efterhand. Vi säger att visst är han sig egen och en märklig gestalt denna Christer. Inte är hans poetiska inslag särskilt märkvärdiga men värda att tyckas om likväl. Ibland stannar poesins tyngdpunkt däst och belåten vid det goda tilltalet. Och reder sig väl även utan all den där jävla ångesten säger Pentti.

Penttis hand som jag håller är svettig av abstinens och sommarhetta. Men Christer leder oss varligt mellan tunga stenblock, osynliga stigar och små stillatigande lomtjärnar med stora blanka ögon som vi kan spegla oss i. Som Narcissos skrattar Pentti utan att fastna vid sin egen blick.

Det här är, säger vi till varandra, om kunskap och okunskap. Ett försök att skapa dialog i resonemanget. Med både oss två lyhörda läsare och dig som i andanom vänder blad efterhand. Vi tycker om det här försöket att inbegripa läsarens subjektivitet i en osäker process. Och också om detta är vi ense – vi älskar det inte helt utsagda, det hälften antydda, vi har båda till döddagar proklamerat denna känsla som vår sista utpost inom det så kallat verkligas ram.

Christer skriver om det brittiska ornitologiska begreppet "jizz". Jag försöker förklara för Pentti vad det innebär. Han drar en smula i sitt slitna skägg men faller sedan ut i skratt. Berättar

så en historia om att lika delar ödemark och insmugglad polsk vodka Wiborova beskriver exakt detsamma. Dessutom både på finska, ryska som persiska och latin. Begreppet finns redan men han är ändå glad att vi nu tycks redo att ta emot också denna livets komplikation i vårt andefattiga land.

– Inte är det, förstår du manne, så jävla lätt alltid. Jag menar livet. Komma åter till natthärbärgen om vi har något och inte veta vart näsan pekar, svampkorgen kanske tom och frukosten en tanke i fjärran.

Vi läser ändå vidare högt för varandra. Pentti tycker om högläsning. Han lyssnar bättre än han läser men vi turas om hela tiden. Nog är detta just något nytt tycker han. Om särskiljande som han, din vän Christer, skriver om. Inte hyser jag sånt annat än som magkänsla vilket tydligen är hans nästa kapitel. Alltså Christers. Författarens.

Så undrar vi vad Christer känner från sin mage, om den är mycket rund eller kanske ganska platt och vi bygger en gedigen fantasi kring våra tankar. Enas om att han säkert har en alldeles utmärkt mage med god kontakt gentemot omgivningen och att vi båda skulle önska oss just en sådan mage. Om sådan mage som denna författares går vi gärna till korset eller Kupan och byter våra egna trötta nikotin och alkoholskadade.

Vi tänkte vända hemåt nu efterhand. Kastar så ett öga i korgarna som är fulla av svamp. Gula kantareller, mörkt blankbruna Karl-Johan i regnet, svartnande färtickor, gulskimrande citronskivlingar. Och hade inte Christer, kanske för fantasins och farlighetens skull, kastat i några bjärt djupröda flugsvampar tänkte vi. Kanske att han, din vän Christer, sa Pentti, vill att vi ska dö ganska snabbt.

Men hans stuvning är väldigt god, full av välsmakande tankegods och tuggmotstånd. Den räcker länge. Långt in i natten...

### Andra recensioner:

Christer Olofsson, Distriktsläkaren 4-2014 s. 32  
Olle Hellström, Läkartidningen.se 16.9.2014  
"Som att läsa en bra roman"

Torsten Green-Petersen  
Gotland  
tgp@telia.com





# Medicinskt oförklarade symtom belysta

”ABC för medicinskt oförklarade symtom” är skriven av brittisk expertis och sammanställd av Christofer Burton, allmänläkare och forskare i Aberdeen.

Begreppet MOS, medicinskt oförklarade symtom, är för mig ett nytt begrepp, trots att jag som läkare i många år lyssnat till patienters symtom. Ju mer jag försöker förstå alla symtom, desto mer oförklarliga blir de, trots att nya forskningsrön ger förklaringar. Det innebär inte att jag saknar förmåga att hantera problemet. Jag kan leva och agera utan att förstå allt. Problemet är att få med patienterna på tåget.

Vi lever våra kroppar och det känns. Kroppen ger symtom. Psykisk sjukdom och problem tar sig ofta kroppsliga uttryck på samma sätt som kroppsliga symtom påverkar vårt psykiska välbefinnande.

Alla våra tankar, våra känslor finns i hjärnan men ger sällan symtom därifrån, förutom huvudvärk, trötthet, koncentrations-svårigheter. Vi gör försök att tänka, tala, formulera och klassificera. Mycket händer i våra kroppar som vi känner eller inte känner.

Läkarstudenterna får tidigt lära sig begreppen symtom och sjukdom och hur de hör ihop – eller inte. Sjukdom ger symtom men inte alltid. De flesta symtom är inte uttryck för sjukdom.

Jag brukar ge läkarstudenterna i uppgift att fråga vänner och anhöriga om de haft bröstsmärtor eller obehag från bröstet den senaste veckan. Samtliga har haft symtom, men ingen har sökt för besvären. Hjärta och smärta är en komplicerad symtompresentation.

Författarnas syfte är att utifrån kunskapen om funktionella symtom ge en sammanhängande förklaring. De betonar att det *inte* är en bok om somatisering, dvs. att se oförklarade symtom som ett sätt att kommunicera. Man är kritisk till hela begreppet somatisering och menar att det är ett begrepp som utformats från ett psykoanalytiskt perspektiv. Jag delar denna syn och jag tycker vi alltför ofta slarvar med begreppen. Boken har många bra exempel kring hur man hur kommunicerar detta med patienterna.

Även om boken personligen inte ger mig nya kunskaper får jag idéer och uppslag kring kommunikation. Den ger en större arsenal och alternativa sätt hur man kan förmedla tolkningen. Det gäller för var och en av oss att formulera en förklaring som man känner sig bekväm med och som är integrerad i vår egen person.

Författarna definierar Medicinskt Oförklarade Symtom som fysiska symtom som inte kan förklaras av sjukdom. Svaret kring patientens frågor om orsaken blir: ”Vi vet helt enkelt inte.” Men det innebär ingalunda en nihilistisk hållning.

Ett inledande kapitel behandlar när och hur man skall överväga organisk sjukdom och ger konkreta förslag. Kanske är kapitlet mest tillämpligt för yngre kollegor. MOS kan skapa osäkerhet både för doktorn och patienten. Kan vi läkare känna större trygghet och lita på våra bedömningar får det positiva effekter för patienterna. Kapitlet avslutas med en sammanställning för att säkerställa att allvarlig

somatisk sjukdom inte missas. Ett kapitel tar upp depression och ångest som naturligtvis alltid bör övervägas vid MOS

Författarna betonar vikten av att fokusera på undersökningar och att förklara vad man gör. Att ge sig tid, att vara noggrann och att förklara vad man ser, känner och hör. Man bör undvika att säga ”jag känner ingenting...” eller ”inget allvarligt”.

Förklaringar ska vara konstruktiva och normaliserande. Man bör undvika att implementera skuld. Förklaringarna bör leda till något terapeutiskt (dvs. det finns något som går att förändra). Ge förklaringar som är lätta att komma ihåg, i en eller två meningar. Allegoriska förklaringar ska undvikas.

Patientens förväntningar på läkaren bör diskuteras. Vid utredning och/eller remittering bör man tala om att utredningen eller remissen sannolikt inte kommer fram till en definitiv diagnos men att det ändå är viktigt att utesluta medicinsk åkomma.

Olika kapitel behandlar de vanligaste symtomen vid MOS: Palpitationer, bröstsmärta, andnöd, huvudvärk, gastrointestinala symtom, smärttillstånd, trötthet, yrsel, svaghet. Konkreta råd ges om vad man bör tänka på, inte minst vad som talar för sjukdom respektive MOS. Det saknas t.ex. stöd för att ett normalt EKG på vårdcentralen *inte* bidrar till att lugna patienten. Stöd finns för att patienten känner sig lugnad av att redan före testning eller utredning veta att utfallet kan bli negativt.

Fallbeskrivningarna är korta och tillför inte mycket. De kunde varit givande om man fördjupat beskrivningen och/eller hade illustrerat hur man för samtal med dessa patienter.

Avsnitten kring konsultationen känns igen från det vi lär ut under konsultationskurserna.

Att hitta bra öppningar under patientkonsultationerna är viktigt. Emotionella gensvar har stor betydelse, och där brister flesta av oss. Man betonar vidare värdet av videoinspelningar.

Som psykologisk behandling förordas kognitiv beteendeterapi (KBT). Det finns bra illustrationer hur dessa kan genomföras. Kognitiva infallsvinklar syftar inte till att avslöja orsaken utan är inriktade på hur symtomen vidmakthålls. KBT bör syfta till att bredda patienternas perspektiv på orsaken till besvären utan att man hamnar i diskussion med patienten. I stället bör man tala om hur symtomen kan hanteras och tolkas.

Personligen tror jag att KBT-behandling för MOS ges bättre av oss allmänläkare utan hänvisning till psykolog. Jag tycker att allmänläkare borde gå åtminstone en grundläggande utbildning i KBT.

Erland Svensson

Fjällbacka

erland.svenson@gmail.com

Jäv: Leg psykoterapeut med kognitiv inriktning



# Psykosomatik i den kliniska vardagen

Läran om psykosomatik sträcker sig över och genom alla medicinska specialiteter och psykosomatiska symtom tillhör människors vardag i alla länder och alla kulturer. Som läkare är det nödvändigt att förstå, känna till och kunna en hel del om hur psykologiska, samhällseliga/sociala, kulturella faktorer, genetik och biologiska processer interagerar och samverkar.

I denna nyligen utkomna bok presenteras översiktligt det aktuella kunskapsläget inom det stora, och inte helt lättdefinierade, fältet psykosomatik.

Walter Osika, internmedicinare, kardiolog och psykiatriker samt medicinskt ansvarig för Stressmottagningen i Solna, är redaktör och har skrivit ett par av de 20 kapitlen. Övriga författare är Peter Währborg, Maria Niemi, Anna Klerby, Ingrid Osika, Thöres Theorell, Carl Edvard Rudebeck, Yun Chen, Peter Friberg, Scott Montgomery, Bruce McEwen, Pontus Karlning, Barbro Wijma, Solbritt Lonne Rahm, Henrik Lundblad, Marie Söderström, Nils Joneborg, Eva Bojner Horwitz, Matilda Annerstedt (numera van den Bosch) och Johanna Hök.

Inledningsvis beskriver Osika och Währborg hur man sett på förhållandet mellan kropp och själ genom tiderna, ända från mänsklighetens begynnelse. Den bio-psyko-sociala modellen beskrivs liksom livscykelperspektivet. De betonar vikten av att förhålla sig kritisk och att analysera vår tids sätt att se på psykosomatiska processer. Kunskapsutvecklingen är snabb och föränderlig och påverkas av omgivningsfaktorer, exempelvis av ekonomiska styrsystem.

Ett kapitel handlar om migration och psykosomatik, ett annat om intersektionalitet – hur sociala positioner påverkar hälsa och hur de sociala positionerna interagerar med varandra. I nästan varje avsnitt i boken beskrivs forskningsresultat som visar på sambandet mellan psykosocial utsatthet och sämre hälsa. Det är viktigt att alltid komma ihåg detta, att se bortom gränshypertonivärden och lätt höjda lipider (som ju också Saskia Bengtsson så fenomenalt bra belyste på senaste SFAM-mötet i Västerås i våras).

Thöres Theorells text om hur arbetsmiljö inverkar på människors hälsoupplevelser/hälsotillstånd är intressant. Bland annat beskrivs krav-kontroll-modellen och berättas om den ökade risken för hjärtinfarkt för människor som har arbeten präglade av höga krav och liten förmåga till kontroll. Theorell beskriver även vilka samband som kunnat visas mellan kritiska livshändelser och ändrad hälsa.

Carl Edvard Rudebeck skriver mycket fint om det allmänme-

dicinska perspektivet på psykosomatisk hälsa. Det osorterade bruset av symtom på vårdcentralens mottagningsrum beskrivs, vikten av att ha patientens upplevelse i fokus betonas, vådan med journalsystem som kräver diagnosetiketter diskuteras liksom den stora betydelse som en fast läkarkontakt har. Rudebeck betonar kanske mest av författarna vikten av att undersöka patientens egna resurser, att göra en ansvarsfördelning. Många gånger kan man tillsammans med patienten komma fram till att livssituationen som den ser ut kan ha orsakat ohälsa; vad kan då patienten själv göra, hur ser hennes planer ut? Behövs stöd från läkarens sida? Enligt Rudebeck är allmänmedicinen den stora psykosomatiska specialiteten, dels i kraft av sin helhetssyn, dels för att vi helt enkelt följer människor genom livet och att livets betingelser ofrånkomligen präglar hälsan.

I kapitlet om endokrinologi beskrivs översiktligt kunskapsläget inom psykoneuroimmunologi och hur hormonella axlar är kopplade till stressupplevelser. I avsnittet om stressrelaterad psykisk ohälsa ges också en uppdaterad översikt.

Barbro Wijmas del om psykosomatiska utmaningar inom gynekologin är fantastiskt bra och är den text som mest på ett nästan direkt sätt går att applicera i den kliniska vardagen och inte bara i gynekologiska konsultationer. Likaså är avsnittet om psykodermatologi och ortopedi mycket väl skrivna och innehåller kloka tankar. Nils Joneborgs text om mindfulness är också den läsvärd och användbar.

Sammanfattningsvis finns här en hel del att lära. Möjligen kan sträckläsning inte rekommenderas men väl valda kapitel i en FQ-grupp eller tillsammans med sin ST-läkare är inte någon dum idé.



**Tina Nyström Rönnås**

Sjöstadsdoktor, Stockholm

[tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se](mailto:tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se)

Den stora omvandlingen. En granskning av välfärdsmarknaden.  
Red. Kent Werne, Olav Fumarola Ungsgaard.  
Leopard förlag 2014. ISBN 978-91-7343-526-0



## 30 års välfärdshistoria

**V**i präglas av den värld vi lever i. För dem som idag är under 40 är "individens möjligheter" en självklarhet. För oss som var med under 60- och 70-talen är ledordet snarare "bra för alla".

Under 60- och 70-talet var vänsterdebattörerna framträdande. På 80-talet var vi världens mest jämlika land, med de minsta klyftorna mellan rika och fattiga. Samtidigt blev de nyliberala tankegångarna allt mer högljudda. Så kom den ekonomiska krisen i början av 1990-talet då all offentlig verksamhet tvingades till stora besparingar. Vi lever fortfarande i sviterna. Det var då privatiseringshjulen kom i rullning på allvar.

Hur kraftigt samhället har omdanats de senaste 30 åren förstod jag inte förrän jag läste "Den stora omvandlingen". New public management (NPM) är bara en del. Grunden är en kapitalistisk nyliberal ideologi – för oss ett skällsord, numera accepterad av de flesta politiker.

Jag kunde inte föreställa mig att denna omvandling var möjlig. Och jag skäms. Jag skäms över att vi tillät detta ske, att våra politiker och vi allmänhet lät oss föras så grundligt bakom ljuset.

Frågan är om det går att vända tillbaka, om det går att sätta "allas" välfärd och möjligheter före "min". Som medicinare vet vi att "bra för alla" är bra för folkhälsan. Men är vi intresserade av det?

"Den stora omvandlingen" har fem författare. Kent Werne beskriver processen för riskkapitalisternas inträde i välfärden med Cityakuten 1983 och Pysslingens första daghem 1986. Inblandade i Pyssling-processen var Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF), de stora industriföretagens samarbetsorganisation, och de borgerliga partierna. Staten (!) blev först ut på hemtjänstsidan, via ett dotterbolag till Procordia. Riskkapitalisterna såg en bransch med stabila intäkter, liten kapitalinsats och förutsägbara vinster. "Mångfald" och "valfrihet" var slogans som fick ersätta "privatisering".

När Skatteverket nystade i riskkapitalbolagens skatteplanering upptaxerades de med 3,6 miljarder kronor. "Guldklubben i skatteparadiset" kallades de av Veckans affärer.

Malin Beck skriver om JB-skolornas konkurs. Lärare och elever har blivit säljare och kunder, och utbildning har förvandlats från elevernas personliga utveckling till en produkt på en marknad.

Shora Exmalian utgår från Elgströmska huset, ett demensboende utanför Örebro. Kommunen räknade med att spara tre miljoner på entreprenaden, vilket förutsatte minskning av personalstyrkan. Äldreomsorgen har påverkats negativt av privatiseringen eftersom även kommunala verksamheter ska springa fortare. För att se att man får vad man betalar för måste allt dokumenteras.

Cecilia Verdinelli reflekterar över det fria skolvalets påverkan på samhället. Föräldrar vill visa sig engagerade i sina barn och ser sig tvungna att välja, och friskolor är "finare" än kommunala. Segregeringen accelererar.

Mikael Färnbos kapitel har titeln "Stockholmsyndromet – vägen till en mer ojämlig sjukvård". Alliansens ovilja att kompensera för socioekonomisk ojämlikhet har lett till försämrad kvalitet av primärvården och uteblivna specialistsatsningar i utsatta områden. Behovet av många snabba läkarbesök för att få ekonomin gå ihop medför att kroniskt sjuka blir undanträngda.

"Den stora omvandlingen" rekommenderas varmt till dem som bättre vill förstå varför det ser ut som det gör idag och vilka insatser som kan behövas om man vill byta kurs.



Ingrid Eckerman  
chefredaktor@sfam.se

AllmänMedicin informerar

### Endast på nätet

Vissa artiklar publiceras endast på AllmänMedicins hemsida [www.sfam.se/allmanmedicin](http://www.sfam.se/allmanmedicin). Läs recensioner, debattinlägg och personnytt!

**Annons**



## Astri Björgell blev årets allmänläkare i Nordvästra Skåne

Astrid Björgell, Råå, har av SFAM Nordvästra Skåne utsetts till årets allmänläkare 2013.

**Motivering:** Astrid Björgell har deltagit aktivt i lokala Strama, som är ett nätverk vars syfte är att stödja och bidra till en ökad samordning av det lokala arbetet med rationell antibiotikaterapi och mot en ökad antibiotikaresistens i landet. Ett gigantiskt arbete som börjar ge resultat.

Astrid Björgell är dessutom en av författarna till Jourläkarboken, en handbok som läkare använder som ett viktigt verktyg under olika delar av vidareutbildningen. Kombinationen av medicinska basfakta med konkreta handläggningsråd gör Jourläkarboken särskilt användbar, vilket gett oss läkare värdefull vägledning och stöd i vårt dagliga arbete.

Allmänmedicinen behöver sanna, engagerade allmänläkare som kan se sammanhang, helhet, ha en bred kompetens och bidra med kloka idéer för allmänmedicinens utveckling.

Astrid Björgell är en sådan allmänläkare.

## Handledningspris till Rydsgård och Husie vårdcentraler

*Lunds universitets läkarstudenter utser varje år två vårdcentraler som "årets handledare". I år blev det Husie vårdcentral i Malmö och Novakliniken i Rydsgård.*

### Motiveringar

*Novakliniken Rydsgård:* "Personalen i Rydsgård tog sig tid att på bästa tänkbara sätt handleda mig, inte bara ur ett medicinskt perspektiv utan även på sätt som belyste etik och personlig utveckling och fick mig att efter placeringens slut känna mig stärkt i läkarrollen. Det fanns en bra balans mellan uppmuntran och konstruktiv kritik."

*Vårdcentralen Husie:* "Husie vårdcentral har på ett föredömligt sätt avsatt schemalagd handledartid varje dag, som gjort det möjligt att diskutera patientfall djupare och planera för kommande mottagningar men även andra givande diskussioner kring medicin i allmänhet och allmänmedicin i synnerhet. Jag blev även genomgående mött med respekt och välvilja från all personal, och fick goda möjligheter att själv handlägga ett varierande patientklientel varje dag."





# Kultur-spalten

Ingela Josefson: *Läkarens yrkeskunnande*. Studentlitteratur 1998. ISBN 9789144009605.



*Ordet läkekonst har alltid tilltalat mig. Det kommer från latinets ars medicina och innehåller två centrala begrepp: ars = konst/hantverk och medicina = läkning/bot.*

S om snart färdig specialist i allmänmedicin har jag under de senaste 15 åren rört mig inom den medicinska världen. Gemensamt för dessa år har varit att det i utbildning, praktik och handledning funnits kunskap kring och betoning på läkaryrkets medicinska och naturvetenskapliga aspekter, men sällan på de filosofiska, kulturella, psykologiska och existentiella sidorna. Det som för mig förvandlar medicinsk vetenskap till läkekonst.

I sin bok "Läkarens yrkeskunnande" visar forskaren Ingela Josefson hur läkare använder sig av tyst kunskap, det som Aristoteles kallar för praktisk visdom. Människor med praktisk visdom använder sig av sin intuition och har utvecklat lyhördhet för sina känslor och sin fantasi. En viktig källa till sådan kunskap anses vara kultur och humaniora. Aristoteles använde sig av den grekiska tragedin, där dramats dilemman och konflikter tvingar åskådaren att konfronteras med sina känslor. Denna känslomässiga erfarenhet kan sedan omvandlas till praktisk visdom.

För att försöka fylla lite av denna kunskapslucka i min ST-utbildning har jag och några kollegor tagit initiativ till att vi i vårt ST-forum bland annat gått på teater. Vi har sett pjäsen "Intensiven" om etiska dilemman, vårdens hierarkier och hur det kan vara ett förlora ett spädbarn. Igenkänningen bland kollegorna var stor. Pjäsen "Apatiska för nybörjare" berörde de apatiska flyktingbarnen och hur myndigheter, vården, politiker och media hanterade dessa utsatta, sjuka barn och deras familjer.

Vi har visat filmen "Återträffen" med efterföljande samtal med Anna Odell om mobbing i skolan. En stark och drabbande film där Odell regisserar och spelar sig själv i en fiktiv klassåterträff. Efteråt diskuterades bland annat hur läkare kunde vara ett stöd i en värld där vuxna ofta är frånvarande. Många ville också prata med Odell om hennes examensprojekt från Konstfack, "Okänd, kvinna 2009-349701", ett omfattande verk där hon ville visa och skapa debatt kring hur psykvården och tvångsvården kan se ut.

Vi har även haft bokcirklar med både skön- och facklitteratur som på olika sätt berört hälsa, sjukdom och existentiella frågor.

Dessa frivilliga utbildningsinslag har varit uppskattade. Att få uppleva en pjäs, film eller bok om angelägna och svåra ämnen och därefter få dela sina tankar och känslor med kollegor har gett upphov till mångbottnade samtal, en känsla av gemenskap och tillfört en annan dimension till yrket.

I den hektiska vardagen på vårdcentralen ges sällan tid för liknande reflektioner och diskussioner. Kulturen har en förmå-

ga att sudda både fysiska och mentala gränser mellan individer, situationer och platser. Den tar oss dit vi inte vill, dit vi längtar efter och dit vi inte visste existerade.

I en tid då individualismen och jagets prestationer dominerar vår syn på människan och hur vården organiseras blir kollektiva upplevelser av känslor, drömmar och fantasier som inte ska generera en vinst eller en pinne en viktig motvikt. För vad innebär det att vara en människa? Att lida och bli sjuk? Att uppleva smärta, ångest och förlust? Att fly från krig? Att leva i fattigdom? Att vara rädd för att dö? Att sakna ett språk? Att vara ensam?

I det dagliga mötet med våra patienter ställs vi inför dessa frågor. Våra prestationer mäts utifrån antalet patienter och vilka utgifter våra utredningar genererar. Vi har lärt oss att mäta och journalföra våra patienter utifrån objektiva data och observationer. Komplexa och utsvävande livsöden ska få klippas i kanterna och platsa i ett reduktionistiskt och kategoriskt tänkande bestående av algoritmer och diagnoser.

Risken för medikalisering av existentiellt lidande är stor. Men det är där, mitt bland orden, pauserna, gesterna, tårarna och beröringen som vi utövar läkekonsten – denna tysta och omätbara kunskap som kan utvecklas och berikas i mötet med kultur och humaniora.



**Leila Tamaddon**

ST-läkare

Liljeholmens Vårdcentral, Stockholm

leilalund@hotmail.com

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

**Ordförande**  
Karin Träff Nordström  
ktn@sfam.se

**Vice ordförande**  
Ulf Österstad  
ulf.osterstad@sfam

**Facklig sekreterare**  
Kenneth Widäng  
kenneth.widang@sfam.se

**Vetenskaplig sekreterare**  
Anna Nager  
anna.nager@sfam.se

**Skattmästare**  
Olof Cronberg  
olof.cronberg@sfam.se

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**  
Hans Brandström  
h.brandstrom@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@sll.se

**Forskningsrådet**  
Hans Thulesius  
hansthulesius@gmail.com

**Rådet för levnadsvane frågor**  
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 Rönnås  
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: Anna Nilsson  
anna.an.nilsson@skane.se  
Maria Lütkerman  
marialutkerman@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 Mølsted  
sigvard.molsted@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@ltkalmars.se  
Sven Engström  
sven.engstrom@swipnet.se

**Nordic Federation of General Practice/ApS**  
www.nfgp.org  
Monica Löfvander  
monica.lofvander@ltdalarna.se

**Vasco da Gama Movement,**  
vdgm.woncaeuropa.org  
Sofia Eriksson  
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

Meddela ändringar till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se) och [webmaster@sfam.se](mailto: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-Rydén  
lisa.ryden@telia.com

**DALARNA**  
Nils Rodhe  
nils.rodhe@ltdalarna.se

**ÖREBRO/VÄRMLAND**  
Gunilla Stenninger  
gunilla.stenninger@orebroll.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**  
Maria Randjelovic  
maria.randjelovic@lio.se

**VÄSTERVIK**  
Maria Liliequist  
maria.liliequist@ltkalmars.se

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

**JÖNKÖPING**  
Josette Troon  
josette.troon@lj.se

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

**BLEKINGE**  
Helen Magnusson  
helen.magnusson@ltblekinge.se

**SYDOSTSKÅNE\***

**MELLANSKÅNE**  
Caroline Schön  
schon.caroline@gmail.com

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

**MALMÖ**  
Annika Brorsson  
annika.brorsson@skane.se

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

**HALLAND**  
Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@sfam.se

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

**FYRBODAL**  
Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vgregion.se

**NORRA ÄLVSBORG\***

**SÖDRA ÄLVSBORG**  
Andreas Thörneby  
andreas.thorneby@vgregion.se

**SKARABORG**  
Anneli Vinensjö  
anneli.vinensjo@vgregion.se

\* vilande



## AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

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

## 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, 2014

www.akessonberg.se

## Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se


 Kalendarium

## 2015

## Januari

Kurs i kompetensvärdering

12-14.1 Stjärnholms slott, Nyköping

www.sfam.se

SFAM:s ST-dagar

21-23.1

www.sfam.se

## Mars

Seminarium för

Mitt-i-ST kompetensvärderare

23.3 Stockholm

www.sfam.se

15:e nationella konferensen

i glesbygdsmedicin

25-26.3 Pajala

www.glesbygdsmedicin.info

## Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress

16-18.6 Göteborg

www.nordicgp2015.se

## Oktober

Wonca Europe, 22-25.10 Istanbul

www.wonca2015.org

## Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:

Se www.sfam.se.

Res med nordiska kollegor till

internationella kongresser:

www.scandinaviandelegation.dk

## Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nu

Kursdoktors utbud av kurser

är granskat och godkänt enligt

SFAMs kriterier och anvisningar

för en god fortbildning av/med/

för allmänläkare. Granskning

genomförs vår och höst.



**Glöm inte sända  
in uppgifter  
i god tid!  
Se utgivningsplanen.**

chefredaktor@sfam.se  
webmaster@sfam.se

## Utgivningsplan för 2015

1	12.1	15.2	16.3	Alternativ till piller och kniv Matsmältningssystemet och ohälsa
2	23.3	27.4	25.5	Allmänmedicin i Norden Genetik och ohälsa
3	10.8	14.9	12.10	Vårdprogram och kvalitet 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.**

## 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 respektive  
examen@sfam.se

Johanna Johansson

kurs- &amp; konferenskansli, webmaster

johanna.johansson@sfam.se,

Tel: 08-23 24 01

## Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam 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