

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2010 ÅRGÅNG 31



**Regionala vårdprogram som stöd för evidensbaserad vård/sid 9**

Friskbruk – riskbruk – missbruk/sid 14 • Om vårdvalet/sid 18-21

## Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: [www.sfam.se](http://www.sfam.se) Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till [chefredaktor@sfam.a.se](mailto:chefredaktor@sfam.a.se)



## Bildtips!



Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn. Det går bra med papperskopior och digitala fotografier. Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning. Tekniska frågor om bilder besvaras av Peo Göthesson [peo@mediahuset.se](mailto:peo@mediahuset.se) Tel 0525-323 50



Omslagbild: Cecilia Träff  
[cecilia.traff@gmail.com](mailto:cecilia.traff@gmail.com)

### 3 Ledare

Ett levande organ  
*Eva Jaktlund*

### 5 SFAM informerar

Vardag igen  
*Karin Träff Nordström*

### 6 Vetenskap & Utveckling

Unga vuxnas beskrivningar av hur psykisk ohälsa hanteras vid vårdcentralen  
*Pia Åsbring, Jacek Hochwälder*

### 9 Debatt

Regionala vårdprogram som stöd för evidensbaserad vård – exemplet övre magbesvär  
*Ingvar Krakau*

### 11 Vetenskap & Utveckling

Lean på vårdcentral  
*Karin Träff Nordström*

### 14 Praktisk

Friskbruk – riskbruk – missbruk  
*Sven Wåhlin*

### 17 Reportage

Utbildningsmottagningen Skäggetorp  
"Att ta från de rika och..."  
*Göran Sommansson*

### 18 Vårdval

Några iakttagelser från en granskning och analys av 2009 års nationella patientenkät  
*Mats Granvik*

### 20 Vårdval

Utvärdera vårdval – Baslinjemätning av primärvården i Kronobergs län före vårdval  
*Helene Ekström, Sara Holmberg, Christer Petersson*

### 23 Debatt

Hypothyreos – en enkel hormonbrist eller en mystisk sjukdom med övernaturliga komponenter?  
*Robert Svartholm*

### 24 Kongress

Wonca och andra kongresser  
*Allan Pelch*

### 26 Fortbildning

Kurs i läs- och skrivmöjligheter  
*Inge Carlsson, Anders Hernborg*

### 27 Fortbildning

Elinas hår  
*Marie-Louise Remnéus*

### 28 Kulturspalten

Kulturkrockar  
*Jonas Sjögren*

### 29 Recension

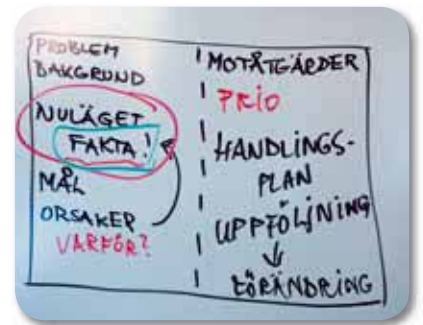
När patienten blir kund  
*Bertil Hagström*

### 30 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner



Resultaten från undersökningen visar att många unga vuxna som söker hjälp för fysiska besvär vid vårdcentralen uppger sig må psykiskt dåligt, men inte så ofta delger läkaren det.  
Sidan 6–8



LEAN – fräslingslära eller ännu en snabbt förbipasserande managementfluga? Eller en heltäckande ledningsfilosofi för hur man långsiktigt och steg för steg med hårt arbete bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete med alltmer engagerade medarbetare, nöjdare patienter och förbättrad ekonomi?  
Sidan 11–13

## Utbildningsmottagningen Skäggetorp

*Sedan 2008 gör vi ett försök i Linköping att hitta nya former för allmänmedicinsk introduktion av läkare med utländsk utbildning. Vi vill också hitta nya vägar att utbilda allmänläkare på en vårdcentral där endast hyrläkare vill arbeta*

Sidan 17



# SFAM:s höstmöte 2010

## Tema: UTSIKT

# Välkomna till tre fullmatade dagar i den höstfagra fjällvärlden!

## Ur innehållet:

Att välja sin utsikt

Åsa Nilsson

När pyramiderna tippas

Martin Olauzon

På strövtåg i maktens korridorer

Margareta Troein Töllborn

Jag - en curlingdoktor?

Åsa Kadowaki och Urban Bengtsson

Allmänläkaren 2020 - onödig eller oundgänglig?

Steinar Hunskaar

Kan man sjukskriva rätt, lagom och säkert?

Mats Mäki och Pelle Höglund

Läkemedel, läkemedelslistor och ApoDos-risker och möjligheter för äldre

Patrik Midlöv och Maria Johansson

Allmänmedicinen som en viktig del av folkhälsan-några reflektioner

Sarah Wamala

Gränssättning - sunt självhävande i den professionella rollen

Åsa Kadowaki

Samt en uppsjö av intressanta ST-seminarier  
och ytterligare symposier

## Västjämtdenskväll

-med mingel i badet och västindisk touch

## Galabankett

-med diplomering av ST-examinander

-SFAMkören och annan skönsång och

sist men inte minst oslagbar kollegial samvaro

För fullständigt program, anmälan  
och allmän information besök:

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

# Väl mött i Jämtland!

**13-15 oktober**

**Holiday Club, Åre**

**SFAM Jämtland**

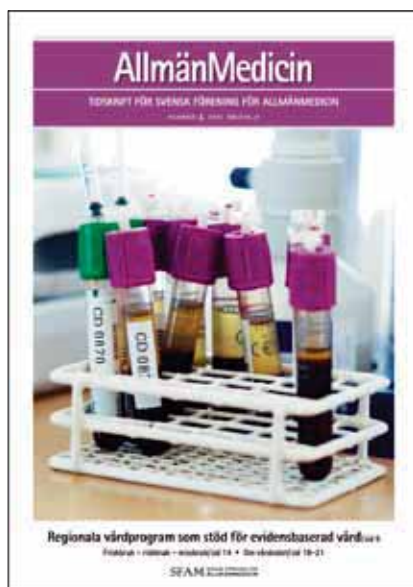
# Ett levande organ

**D**u håller tidskriften Allmänmedicin i handen, SFAMs egen tidning, ett av föreningens organ. Den kommer i brevlådan 6 gånger per år och i den uttrycker kollegor och andra allmänmedicinskt intresserade sina övertygelser och sina tvivel. Vi får läsa om det som händer i vår egen intressesfär, både det vetenskapligt belagda och det upplevda.

På 2000-talet har tidskriften varit en ganska komplikationsfri del av SFAM. Vi har de senaste åren haft svårt att hitta chefredaktör, men i gengäld har vi haft en stabil och kunnig redaktion som trots att det saknats fast ledning i redaktionsarbetet gjort ett fantastiskt jobb. De har turats om nummervis att vara chefredaktör. Hatten av för den grupp som finns namngivna längst bak i tidskriften. Ett stort tack också till Karin Träff Nordström som sedan i maj axlat chefredaktörsmanteln med bravur. Tidskriften har ett smart innehåll med studs, och inte helt oviktigt har den en snygg design som gör den lätt att läsa.

För ca tio år sedan var historien en annan. Tidskriften var då en ekonomisk katastrof för föreningen. Vi blödde tiotusentals kronor per månad, och vid varje styrelsemöte var redovisningen av tidningens ekonomi rent ångestframkallande. Räddningen blev ett kontrakt med en stabil tidningsmakare som också tog hand om reklamförsäljningen. Överenskommelsen har under åren sedan dess till och med genererat ett litet överskott till föreningen. Det finns all anledning att vara tacksamma för det.

**Att ha en egen tidskrift** innebär för SFAM att vi kan uttrycka det vi ur ett allmänmedicinskt perspektiv tycker är viktigt, ventilera våra tvivel, och sätta ord på våra övertygelser utan att behöva



ta alltför mycket hänsyn till omvärlden. En sorts obruten sändningstid med ett allmänmedicinskt budskap. Man ska dock inte låta sig luras att tro att det fria ordet är utan kostnad. Åtminstone inte när det är tryckt och publicerat i tidskriftsform. I alla tider har annonsörerna finansierat Allmänmedicin, och det är huvudsakligen läkemedelsindustrin som köper annonser hos oss. Det har funnits ett par neutrala bidragsgivare under åren också, men de är mycket lättträknade. Trots allt har detta samarbete med läkemedelsindustrin inte varit så kännbart, eller kanske har vi inte ens tänkt på att det existerar?

**Tiderna förändras** och det har också annonsmarknaden gjort de senaste åren, på ett negativt sätt. Vi fick i våras information om att utgivningen av vår tidskrift går med kraftig förlust. Vi fick förslag på och har accepterat ett nytt avtal där Allmänmedicin kommer att göras med en viss inriktning på varje nummer. En viss del av artiklarna ska beröra ett ge-

mensamt tema. Anledningen är att det då är mycket lättare för förlaget att sälja annonser till temanummer. Läkartidningen och Dagens Medicin har tvingats till samma upplägg, tillika vår syskontidskrift Distriktsläkaren.

Man kan se det här ur olika perspektiv. Det kan å ena sidan tyckas att vi säljer vår själ när vi låter annonsmarknaden styra upplägget av tidningen, å andra sidan kanske det är mer intressant att läsa ett sjuk av artiklar som berör samma ämne. Alternativet i nuläget är att lägga ner Allmänmedicin eftersom föreningens ekonomi inte tillåter att vi ger ut tidskriften med egna medel, ca 150 000 kr/nummer.

Kanske ska vi lägga ner tidningen i pappersformat? Kanske ge ut färre nummer? Vara en liten del i någon annans tidning? Vad tycker ni? Styrelsen har fattat beslutet att prova det nya avtalet under ett år fram till och med 2011. Vi tror att en förening behöver ett organ där vi kan uttrycka det är kännbara äkta och hållbara, det vi tror och inte tror på. En plats där våra övertygelser får tid och plats att gro och växa. Men det är till syvende och sist föreningens medlemmar och tidskriftens läsare som har sista ordet i den frågan.

Må gott och ha kärlek i hjärtat.



**Eva Jaktlund**  
ordförande



# Äntligen ett medel mot biverkningar

Medcheck är ett webbaserat förskrivarstöd – en checklista, byggd på säkerhetstänkandet inom flygindustrin. Vid användning i vardagssjukvården halveras riskerna för läkemedelsbiverkningar.



Mellan 400 och 500 patienter läggs in dagligen på svenska sjukhus och 3000 dödsfall orsakas årligen av felaktig läkemedelsanvändning till en kostnad av många miljarder.

Medcheck är ett individuellt förskrivarstöd med inspiration från flygindustrin där säkerheten är mycket hög. Där är checklistor ett självklart inslag i säkerhetsarbetet. Ingen pilot, hur erfaren han/hon än är, får starta en flygning utan att ha gått igenom prickat av en checklista och signerat den.

Läkemedelsanvändningen har numera blivit mycket omfattande – c:a 150 000 patienter tar mer än tio läkemedel dagligen. Många farmakologiska effekter måste analyseras och bedömas vid varje förskrivning: interaktioner, patientens njurfunktion, eventuella allergier samt huruvida vissa läkemedel rekommenderas.

I den komplicerade situation som läkarna och sköterskorna har med tiotusentals multisjuka, framför allt äldre patienter, måste ett flygsäkerhetstänkande lanseras – den obligatoriska checklistan.

Medcheck är en webbaserad checklista tillgänglig för alla läkare och sköterskor – oberoende av journalsystem. Vid den kritiska tidpunkten när läkemedlen skall dispenseras via Dosett eller Apodos skall det alltid finnas en kvalitetssignerad, checkad läkemedelslista, utfärdad av en namngiven ansvarig läkare.

Det nya primärvårdsbaserade checksystemet Medcheck kan rädda liv varje dag och förhindra tusentals inläggningar på sjukhus varje månad.

Medcheck

Prologad som  
Dr testar testar  
[LOGGA UT](#)

| Patient            | Personnummer | PIL            | Dispensering  |
|--------------------|--------------|----------------|---|
| TELVAN TOLVAREGORE | 191210-1212  | Dr Pelle Sanka | <input type="checkbox"/> Övrigt<br><input type="checkbox"/> Dosett<br><input type="checkbox"/> Apodos |
| Diagnos            | Hjärtinfarkt | PÅSK           | Syner Våra  |

| Läkemedel  | Dosering  |
|--|-----------|
| Citalopram Actavis Filmtabletter 10 mg           | 1x1       |
| Enoxacin Tabletter 7.5 mg                        | 1x1       |
| Xerostent (aktiverat) 25.6 mg/0.25 mg            | 1x1       |
| Omeprazol Actavis Enterokapsel, hård 20 mg       | 1x1       |
| Varen Tabletter 2.5 mg                           | 1 per ord |
| Mekloron/Actavis Depotkapsel 100 mg              | 1x2       |
| Pantopri/Actavis Tabletter 1.20 mg               | 1x2       |
| Prednolone Pfizer Tabletter 5 mg                 | 1x1       |
| Gemvaxolan Actavis Filmobergjord tabletter 20 mg | 1x1       |
| Laxol Retard Depotkapsel, hård 50 mg             | 1x1       |
| Digoxin BioPharmia Tabletter 0.125 mg            | 1x1       |

| ÖSK                      | Farmakologi                       | Signatur                 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | INTERAKTION                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | NJURFUNKTION                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Allergi/Overkänslighet            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Medicinska/Ärsked<br>Biverkningar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Dosera<br>elementer               | <input type="checkbox"/> |

All material på den här sidan är skyddningsupplagd, och får inte kopieras eller användas utan tillstånd.

Version 1.0

# Vardag igen

Höstens första nummer av Allmänmedicin är i hamn och rutinerna börjar sätta sig för en ovan chefredaktör. Jag ber om överseende om kommunikationen med skribenter fortfarande inte fungerar optimalt. Det kommer att bli bättre.

Jag vill tacka alla som trots, eller kanske tack vare, sommar och semester har bidragit till detta nummer. Det har blivit en salig blandning av vårdval, kvalitetsuppföljning, managementteorier, praxis och kultur och jag hoppas den kan ge en stunds avkopplande och inspirerande läsning i trädgårdsstolen under en av den tidiga höstens ljumma kvällar.

Reagera gärna! Skriv kommentarer, svar på debattartiklar och skicka till [chefredaktor@sfam.a.se](mailto:chefredaktor@sfam.a.se) så får vi en mer levande medlemstidning.

Jag hoppas, som vanligt, att också ni ska bli inspirerade att fortsätta skriva bidrag till tidningen. Forsknings- och utvecklingsprojekt, bokrecensioner, reportage från möten och konferenser, praktikbeskrivningar och dikter – allt är välkommet så länge det har allmänmedicinsk anknytning.

I detta nummer finns kalendarium för många internationella möten och konferenser för allmänläkare under de kommande åren. Jag vill också passa på att påminna om Höstmötet i Åre 13–15 oktober och SFAMs kvalitetsdag i Stockholm 11 november. Mer info finns på annonser i tidningen samt på SFAMs hemsida. Väl mött!

Med hopp om en utvecklande primärvårdshöst i vårdvalsveriges alla hörn!



**Karin Träff Nordström**  
chefredaktör

## SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

### Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2010

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Åre den 13 oktober 2010.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalaföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAMs kansli, e-post: [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)

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

*Ur SFAMs stadgar:*

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

**Plats:** Holiday Club i Åre,

**Tid:** Kl 15.30–17.30, onsdagen den 13 oktober 2010.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalaföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida ([www.sfam.se](http://www.sfam.se)) från den 13 september.

Välkommen!

*Eva Jaktlund*

Ordförande

# Unga vuxnas beskrivningar av hur psykisk ohälsa hanteras vid vårdcentralen

*Pia Åsbring*, sjuksköterska, med. dr. i psykosocial medicin, Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete, Karolinska Institutets folkhälsoakademi (pia.asbring@ki.se).

*Jacek Hochwälder*, docent i psykologi, Avdelningen för interventions- och implementeringsforskning, Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

## Bakgrund

Unga vuxna har rapporterat en försämrad psykisk hälsa sedan slutet av åttiotalet/början av nittiotalet [1]. Försämringen är tydligast bland de unga kvinnorna. Dessutom har en ökning av självmordsförsöken noterats bland äldre tonåringar [1]. Få av de unga söker emellertid hjälp för sina problem och deras besvär uppmärksammas inte alltid när de söker till husläkaren. En studie gjord i Storbritannien [2] visar att endast 20 % av de unga kvinnorna och 11 % av männen som led av psykisk ohälsa sökte hjälp för sina problem, varav totalt 8 % hos husläkaren. Även bland unga med svåra psykiska besvär har det visats vara få som söker hjälp [3]. Unga människor och i synnerhet män är de som är minst benägna att konsultera en vårdgivare vid psykisk ohälsa [2,4]. Det har förts fram att det är viktigt att uppmärksamma de patienter som söker för medicinska besvär där besvären kan ha sociala eller psykologiska orsaker [5]. Unga söker sig oftast till primärvården, men mycket litet är känt kring om de får ett psykologiskt perspektiv på sina problem där [6]. Cape [7] menar att emotionella problem sällan uppdagas när patienter söker till husläkaren för somatiska symtom. Syftet med den studie som här presenteras har främst varit att ta reda på unga vuxnas uppfattningar om hur vårdcentralerna hanterar psykisk ohälsa. En viktig fråga har varit om unga som uppger sig lida av psykisk ohälsa får hjälp vid vårdcentralen även när de inte söker explicit för detta.

Fyra vårdcentraler inom Stockholms län ingår i studien. De fyra vårdcentralerna har utlovats anonymitet. Av den anledningen går det inte att säga något om befolkningsstruktur, sjuklighet etcetera i upptagningsområdena. Vårdcentralerna valdes ut eftersom de är belägna i områden med olika befolkningssammansättning, men de ska inte ses som ett genomsnitt av samtliga vårdcentraler inom Stockholms län. En enkät med både slutna och öppna frågor delades ut till kvinnor och män födda under åttiotalet som sökt läkare vid någon av dessa vårdcentraler, oavsett vilka besvär de sökt för. De fyra vårdcentralerna fick 150 enkäter vardera att dela ut under perioden januari till maj år 2008. Receptionspersonalen ombads fråga de unga om de ville delta i studien innan enkäten delades ut. Deltagandet var således frivilligt. Den ifyllda enkäten skickades in anonymt i ett frankerat kuvert. Svaren på de slutna frågorna

## Sammanfattning

Resultaten från undersökningen visar att många unga vuxna som söker hjälp för fysiska besvär vid vårdcentralen uppger sig må psykiskt dåligt, men inte så ofta delger läkaren det. I denna framställning visas varför så är fallet likväl som de ungas farhågor och förhoppningar avseende vårdcentralernas arbete i förhållande till unga med psykisk ohälsa.

har bearbetats statistiskt, men en stor del av resultaten grundas på en tematisk analys av de öppna svaren och de citat som återfinns i texten är ett urval av dessa.

## Resultat från studien

246 av de 600 enkäterna besvarades och skickades in. Av dem som besvarade enkäten var 74 % kvinnor och 26 % män. Den genomsnittliga åldern för dem som besvarade enkäten var 23 år. Den yngsta personen var 19 år och den äldsta 28 år.

Totalt 89 % av de unga uppgav fysisk ohälsa som enda orsak till läkarbesöket medan 6 % uppgav psykisk ohälsa som enda orsak. 4 % uppgav en kombination av dessa besöksorsaker och 1 % sökte av annan anledning. Det var emellertid så många som 81 % som ansåg att deras besvär helt (54 %) eller delvis (27 %) berodde på psykiskt relaterade orsaker.

De unga tillfrågades om de ansåg sig må psykiskt respektive fysiskt dåligt. På den frågan svarade 51 % att de mätte fysiskt dåligt och 45 % att de mätte psykiskt dåligt. Av dem som ansåg sig må såväl fysiskt som psykiskt dåligt upplevde merparten (84 %) att det fanns ett samband mellan deras fysiska och psykiska ohälsa, kvinnorna i högre grad än männen.

## Hantering av psykisk ohälsa

En tredjedel av dem som svarade att de mätte psykiskt dåligt delgav läkaren det. Av dessa personer hade cirka 40 % sökt hjälp för psykiska besvär och 60 % för fysiska besvär. Den vanligaste hjälpen som gavs för de psykiska besvären var, enligt de unga,



att få recept på läkemedel och näst vanligast var att bli remitterad/hänvisad till annan vårdgivare. Andra insatser som beskrevs var samtal, sjukskrivning och tid för återbesök.

Två tredjedelar av de unga som upplevde sig må psykiskt dåligt sa inget om det till läkaren. Utifrån de öppna svaren kan utläsas att många tyckte att det inte kändes relevant att prata om dessa problem. Tidsbristen vid besöket och ett upplevt bristande bemötande beskrevs också utgöra hinder. Några andra orsaker till att de unga inte berättade var att "det inte kom på tal", man inte uppfattade sig må "tillräckligt" psykiskt dåligt, trodde att man inte får söka för mer än en sak i taget eller att man inte ville belasta vården. En del fick samtalshjälp på annat håll och berättade inte av den anledningen. Rädslan för att inte bli tagen på allvar eller avfärdad utgjorde också hinder. En del skämdes för att ta upp frågan. Andra menade att de kan lösa problemen själva, vet vart man kan vända sig eller tänker ta tag i det senare.

57 % av de unga trodde att vårdcentralen är en bra plats där unga kan få hjälp om de är ur balans/mår psykiskt dåligt och 43 % trodde inte det. Det var emellertid många som inte be-

svarade på frågan eller skrev "vet ej" som kommentar. Männen hade ett större förtroende för vårdcentralerna än kvinnorna. Om man får bra hjälp beror, enligt de unga, främst på vilken läkare man träffar och hur stort problemet är. Vårdcentralen ansågs vara en bra första instans där det finns kunskap och där man kan få råd och bli vidareremitterad/hänvisad till annan vårdgivare. Möjligheten att få träffa en kurator eller psykolog vid vårdcentralen beskrevs som positivt. Nedan visas några citat från dem som trodde att man kan få bra hjälp vid vårdcentralen om man mår psykiskt dåligt:

- *Jag litar på vården. Om man inte kan få den hjälp man behöver så tror/hoppas/litar jag på att man blir hänvisad till rätt sorts vård.*
- *De verkade tillmötesgående och trevliga, men det är ju en vårdcentral och ingen psykologmottagning!*
- *Så länge man tar sig mod till och berättar om sina problem så är det säkert bra.*

De som ansåg att vårdcentralen inte är ett bra ställe där man kan få bra hjälp när man mår psykiskt dåligt grundade det





bland annat på att besöken präglas av tidsbrist/stress, att läkarna inte har den rätta kompetensen för att hantera dessa problem och att fokus ligger på fysiska åkommor. En del var kritiska till att läkarna "bara" kan remittera vidare eller skriva ut läkemedel. Nedan visas några citat från dem som inte trodde att man kan få bra hjälp vid vårdcentralen om man mår dåligt psykiskt:

- *De verkar tycka att mitt psykiska tillstånd inte hör till sjukvårdens område. Här löses bara det fysiska.*
- *[Läkaren] kändes inte förtroendeingivande, ingen som man skulle vilja prata med.*
- *Hela mötet var så kort. Jag kände att jag ville berätta mer för läkaren, men han skickade ut mig direkt.*

Flera hade uppfattningen att man enbart får bra hjälp vid allvarliga psykiska besvär:

- *Jag försökte en gång, men det ansågs inte finnas något behov eftersom jag inte var "psykiskt sjuk" och skulle få stå på väntelista tre-fyra månader till ett samtal med psykolog.*
- *Jag tror tyvärr att om man vill ha hjälp så måste man överdriva sina problem.*

Hur ska läkarna då kunna hjälpa unga som mår psykiskt dåligt? Att det finns tid för samtal hos läkaren och även psykologen/kuratorn vid vårdcentralen ansågs viktigt liksom att läkaren har ett helhetsperspektiv, vågar fråga om den psykiska hälsan, tar problemen på allvar och har en medvetenhet om att det kan vara svårt att söka hjälp för psykiska besvär. En tydlighet kring vad vårdcentralen kan hjälpa till med efterfrågades också:

- *Skulle vara bra med mer info om att vård finns och att det inte behöver vara så allvarligt för att man kan söka. Självt väntade jag nog tre år för länge. Det gjorde det mycket värre.*

## Diskussion

Det stora bortfallet gör det svårt att dra generella slutsatser. I denna framställning har de öppna svaren emellertid fått ett stort utrymme och intresset framförallt riktats mot de unga människor som har velat förmedla sina uppfattningar om hur psykisk ohälsa hanteras vid vårdcentralen. Resultaten visar att det var en hel del av de unga som inte delgav läkaren att de mår psykiskt dåligt. Socialstyrelsen [6] har visat att unga ofta inte vet var de kan söka samtalsstöd och att de anser att vårdcentralerna bara ägnar sig åt fysiska åkommor, vilket även framkommer här. I internationella studier har visats att många unga inte tror att husläkaren är rätt person att prata med om de psykiska besvären [8,9]. Patientens fysiska besvär blir ofta "inträdesbiljetten" [10] och de psykiska svårigheterna hamnar i skuggan av de fysiska [7]. En anledning till detta är att psykiska problem för många är stigmatiserande, vilket bidrar till att människor avstår från att söka hjälp [9]. Tidsbristen vid läkarbesöket nämndes av de unga som en annan viktig orsak. Läkarna har emellertid inte en lätt uppgift. Det är svårt att ta upp frågor rörande psykisk ohälsa med alla patienter som söker hjälp vid vårdcentralen. En viktig anledning är tidsbrist, men det kan också vara känsligt att ställa frågor av mer pri-

vat karaktär, speciellt om patienten söker för tydlig somatisk åkomma även om dessa personer också kan ha psykiska besvär. Det faller sig mer naturligt vid psykosomatiska sjukdomsbilder. Det är således viktigt att fundera över till vilka patienter insatserna ska riktas.

Ett visst missnöje uttrycktes med den hjälp som vårdcentralerna och hälso- och sjukvården i stort kan erbjuda dem som mår psykiskt dåligt. Allvarligt är att flera av de unga ansåg att man bara får hjälp vid vårdcentralen om man har svåra psykiska besvär. Även "mindre" problem kan upplevas "stora" och behöva ventileras eftersom de annars kan förvärras. Det framkom även att många inte visste vad vårdcentralen kan hjälpa till med. Det är därför viktigt att bättre förtydliga och kommunicera vårdcentralens uppdrag utåt i detta avseende. Unga kan annars tro att det inte går att få hjälp vid vårdcentralen eller ha förväntningar på vårdgivarna som dessa inte kan leva upp till. Ersättningsystemet bör också ses över, så att dessa besök kan gynnas ekonomiskt. Idag eftersträvas en helhetssyn på patienten och vikten av att fånga upp patienter som söker för medicinska besvär som kan ha sociala eller psykologiska orsaker har betonats [5]. Det är dags att leva upp till denna målsättning.

Rapporten som artikeln baseras på (Åsbring, P, Hochwälder, J. Den dolda psykiska ohälsan bland unga som uppsöker vårdcentral. Stockholm; Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2009) kan beställas/laddas ner från Folkhälsoguiden ([www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)).

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm; 2009.
2. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004;54(501):248-53.
3. Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health.* 2006;6(34):1-7.
4. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2005;186:97-301.
5. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Stockholm; 2004.
6. Socialstyrelsen. Ungdomars behov av samhällets stöd: en lägesbeskrivning. Stockholm; 2005.
7. Cape, J. How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement. *Br J Gen Pract.* 2001;51(470): 724-9.
8. Biddle L, Donovan JL, Gunnell, D, Sharp, D. Young adult's perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2006;56(533):924-31.
9. Bushnell, J, McLeod, D, Dowell, A, Salmond, C, Ramage, S, Collings, S, Ellis, P, Ellis P, Kljakovic, M, McBain, L, MaGPIe (Mental Health and General Practice Investigation) research Group. Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Fam Pract.* 2005;22(6):631-7.
10. Fors, Z. Ungdomsmottagningen: ungdomar och personal berättar. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.

# Regionala vårdprogram som stöd för evidensbaserad vård – exemplet övre magbesvär

Det gemensamma vårdprogramarbetet i SLL, som startade 2001 och som nu ingår i avdelningen för Medicinsk kunskapsstyrning, har hittills resulterat i totalt 40 evidensbaserade vårdprogram om handläggning av vanligt förekommande sjukdomstillstånd [1]. De kan hämtas på: [www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-varldprogram/](http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-varldprogram/)

**Med vårdprogrammet om "Övre gastrointestinala besvär"** som exempel vill vi här visa hur ett regionalt vårdprogram, förutom att vara ett hjälpmedel i det dagliga vårdarbetet, även kan fungera som en startpunkt för systematisk uppföljning i primärvården av vårdens innehåll och kvalitet.

Syftet med detta vårdprogram, som utkom 2007, var att ge praktiska råd till allmänläkare, men även gastroenterologer och gastroscopister om diagnostik och behandling av patienter som söker för dyspepsi eller gastroesofagal reflux. Viktiga budskap, som väl ansluter till SBU:s rekommendationer, var sammanfattningsvis att "test and treat" kan vara ett gott alternativ till gastroscopi vid diagnostik av dyspepsi hos yngre patienter (under 55 år) och att reflux är en klinisk diagnos där läkemedelsbehandling (protonpumpshämmare) är indicerat endast vid svåra och ihållande besvär.

I vårdprogrammet skisserades också några exempel på uppföljningsvariabler. Detta gav anledning att ge programgruppen ett särskilt uppdrag att ta fram en mer utförlig redovisning av kvalitetsindikatorer och uppföljningsprotokoll vid handläggning av övre gastrointestinala besvär. Även om det är uppenbart att systematisk uppföljning bör vara en integrerad del i medicinskt vårdprogramarbete var detta en ny giv i landstingets vårdprogramarbete.

I en särskild fokusrapport [2] redovisas sex indikatorer: besöksfrekvens och andel besök för patienter med övre magbesvär, utförda Helicobacter-test och gastroscopier, receptförskrivning, antal utförda gastroscopier och - inte minst viktigt - kvarstående besvär efter behandling mätt med en särskilt utformad patientenkät.

Fokusrapporten kom därmed att tydliggöra behovet av uppföljningsbara patientdata som ett nödvändigt rekvisit för systematisk kvalitetsuppföljning. Data som förutsätter tillgång till

strukturerade uppgifter i patientjournalen och även uppgifter som patienterna själva bidrar med. Sådana uppgifter, lämpade för systematisk uppföljning, saknas, som varje kliniker vet, i stor utsträckning i dagens patientjournaler.

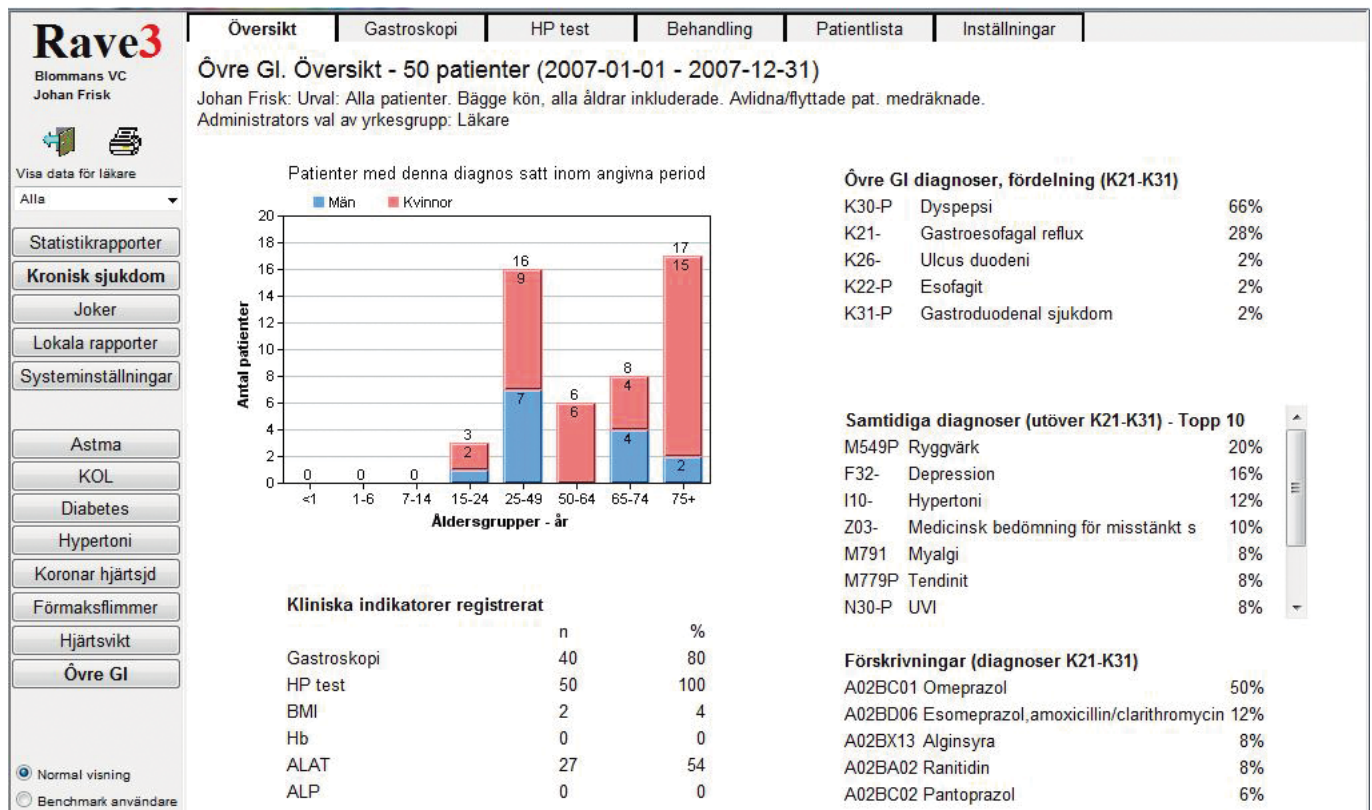
**I samarbete med Vårdguidens tjänst "Mina vårdkontakter"** har under hösten 2009 genomförts ett pilotförsök, i vilket en webbversion av de patientformulär som redovisas i fokusrapporten testats vid några vårdcentraler. Vi bedömer att detta på sikt kan bli en mycket intressant möjlighet för vårdgivare att systematiskt kunna ta del av patientens egen uppfattning om behandlingars verkningar och biverkningar.

Som ett led i implementeringen av vårdprogrammet erbjuder nu CeFAM distriktsläkare och distriktssköterskor en utbildning i omhändertagandet och handläggningen av dyspepsi och reflux på vårdcentralen. Erbjudandet har initialt gått ut till ett begränsat antal mottagningar, men kommer redan under hösten 2010 att erbjudas alla vårdcentraler inom SLL.

Utbildningen är verksamhetsförlagd och inkluderar genomgång och uppdatering om diagnostik (bl a snabbtest för *Helicobacter Pylori*) och behandling, samt hur lokal kvalitetsuppföljning kan genomföras. Utbildningen syftar också till att stärka sjuksköterskornas kompetens när det gäller bedömning och handläggning i första linjens omhändertagande.

**Som en resurs för lokal kvalitetsuppföljning** finns Rave, en rapportgenerator för patientjournaler som används vid många vårdcentraler i SLL. Rave har en särskild sökmodul för övre magbesvär, framtagen för att fånga de sex indikatorer som anges i fokusrapporten. Ett sådant sökverktyg kan vara ett värdefullt komplement till patientjournalen genom att presentera kliniska nyckeluppgifter så att de kan fångas "med ett ögonkast" (se figur 1, nästa sida).





Figur 1. Sammanställning i Rave av nyckeluppgifter från patientjournaler (principbild).

Även om övre magbesvär är ett vanligt hälsoproblem utgör patienter med sådana besvär dock endast någon procent av allmänläkarens patientklientel, varför "extraarbete" med systematisk uppföljning av sådana patienter torde bli mycket begränsat. Just därför tror vi att tillämpning och uppföljning av vårdprogrammet för övre gastrointestinala besvär kan vara en bra startpunkt för att få fram ett ökat intresse i primärvården att söka svar på vårdens viktigaste fråga: "Hur går det när vi gör som vi gör?". Framför allt om vi gör som vi bör.

För programgruppen Övre gastrointestinala besvär  
**Ingvar Krakau**, Centrum för Allmänmedicin, CeFAM

Referenser

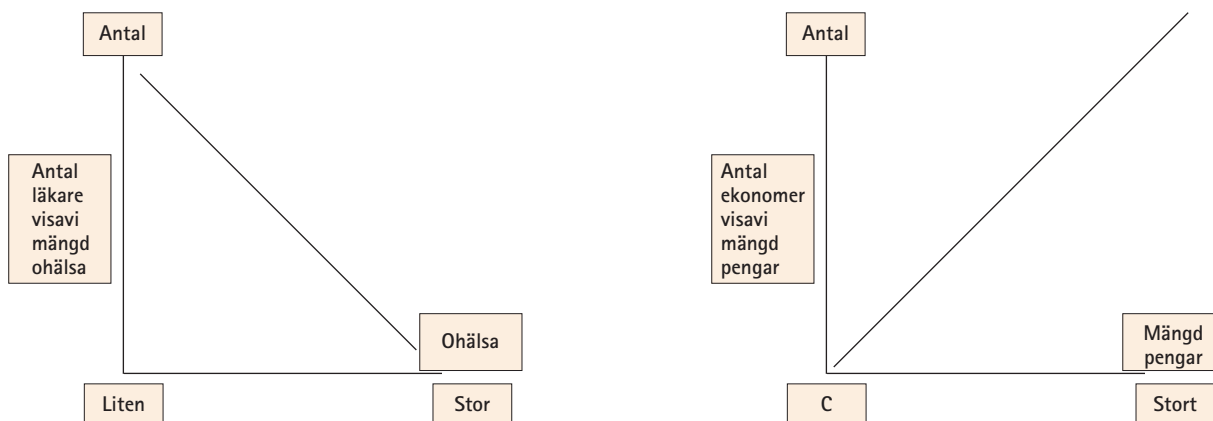
1. <http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod/Regionala-varldprogram/>
2. <http://www.vardsamordning.sll.se/>

## Rättelse

Artikeln *Möte med Rotarys Läkarebank* i AllmänMedicin nr 3/2010, sid. 20 innehöll en illustration som blev felaktig. Här visas den rätta bilden.

Bilden vill illustrera att medan antalet ekonomer ökar med antalet pengar, som är ekonomernas objekt, är förhållandet tvärtom mellan antalet läkare och mängden ohälsa, som är läkarnas objekt. Det vill säga, antalet läkare är lägst där ohälsan är störst.

Stig Andersson





# LEAN på vårdcentral

**LEAN – frälsningslära eller ännu en snabbt förbipasserande managementfluga? Eller en heltäckande ledningsfilosofi för hur man långsiktigt och steg för steg med hårt arbete bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete med alltmer engagerade medarbetare, nöjdare patienter och förbättrad ekonomi?**

Vid ingången av år 2009 stod vi inför ett år av stora förändringar med införande av Hälsoval Skåne, vilket för oss innebar många möjligheter men också en utökning av verksamheten med nyinvesteringar och nya medarbetare. Vi befann oss redan i en situation där "vi sprang som skällade råttor utan att hinna med det vi skulle". Samtidigt hade vi en stadig grund i en välfungerande vårdcentral med ett stabilt patientunderlag. För att klara omställningen och en framtid i större konkurrens bestämde vi att hoppa på LEAN-tåget, som under 2000-talet etablerat sig inom sjukvården i Skåne, främst på Universitetssjukhuset i Lund.

## Varför LEAN?

Vi inledde med att läsa litteratur om LEAN Healthcare och med att ta reda på hur andra vårdcentraler jobbar med LEAN. Det visade sig att LEAN främst används inom större organisationer men vi hittade några föregångare som kunde ge oss de besked vi behövde för att starta.

Det vi kunde konstatera var att LEAN inte är en frälsningslära, så som den ibland framställs av kritikerna, heller inte en samling verktyg som man kan använda efter behag och kalla det LEAN. I stället är LEAN en komplett ledningsfilosofi med målet att organisationen ska bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete, oftast i små steg. Det bygger på alla medarbetares engagemang och på en stabil ledning som driver processen framåt. LEAN är inte ett mål i sig utan en strategi för att nå verksamhetens mål och inom ramen för LEAN kan man använda många verktyg som även används inom andra managementläror.

LEAN betonar betydelsen av koppling mellan ägare/beställare, medarbetare, samhället och patienten/kunden, med patientens behov i fokus. I litteraturen framhålls också vikten av att LEAN inte används i besparingssyfte eftersom det hämmar kreativiteten hos medarbetarna.

## Hur börjar man?

Vi valde att köpa in konsult hjälp för att komma igång. I februari samlades hela arbetslaget för att under en eftermiddag få översiktlig information om vad LEAN är. Därefter beslutades att göra en värdeflödeskartläggning (se separat rubrik) under hösten. I maj träffade ledningsgruppen två LEAN-konsulter och beslutade vilken process vi skulle börja med – "Den akuta patientens väg genom mottagningen" – samt vilka åtta medar-

betare som skulle arbeta med värdeflödeskartläggningen, som planerades till september.

När så svininfluensavaccinationen lades på våra axlar under hösten övervägde vi att skjuta på LEANstarten, som började kännas som ett projekt för mycket, men vi insåg att vi samtidigt hade större behov av att slimma vårt sätt att arbeta än någonsin, så i september körde vi igång som planerat.

## Värdeflödeskartläggning

Under tre dagar arbetade åtta medarbetare (jag som verksamhetschef fick inte vara med) med att i detalj beskriva den akuta patientens väg genom mottagningen från det att han/hon steg genom dörren tills journalen var utskriven och signerad. En nulägeskarta gjordes där flödet beskrevs och alla slöserier identifierades. Dag två ritades en framtidskarta över det önskade flödet och denna presenterades för resten av arbetslaget vid slutet av dagen. Den tredje dagen gjordes en handlingsplan för de närmaste tre månaderna med riktning mot framtidskartan. Handlingsplanen presenterades för övriga i arbetslaget och samtliga involverades på något sett i förverkligandet av denna.

## Uppföljning

Tre uppföljningstillfällen hade bokats in tillsammans med LEAN-konsulterna. Vid dessa samlades de åtta i LEAN-gruppen och stämde av vad som hade hänt sedan sist – fakta som tagits fram, idéer som testats och eventuellt hunnit utvärderas etcetera. I slutet av dagen presenterades dagsläget för resten av arbetslaget.

Mellan uppföljningstillfällena hade vi vår veckoliga personalmötestimme till förfogande för LEAN-arbete under ca hälften av veckorna. På grund av influensavaccinationen fick mycket tid ägnas åt att planera denna. I övrigt fick LEAN-arbetet göras när tillfälle gavs.

I december, i samband med det tredje uppföljningstillfallet gjordes en ny nulägeskarta samt en ny handlingsplan och därefter var konsulternas arbete med gruppen klart.

**Brahehälsan** är en av Praktikertjänst driven vårdcentral på den skånska landsbygden. Vi har 7000 listade patienter och drygt 20 medarbetare – läkare, distrikts/BVC-sköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, psykologer och arbetsterapeut.

### Vad har då hänt?

På mindre än ett år har mycket förändrats, främst i sättet att tänka, men också i konkreta resultat. Flaskhalsar har eliminerats, väntetider har kortats och framför allt har "När ska jag göra det?" resp "Vad ska vi göra?" ersatts av "Det är väl bättre att jag gör det" resp "Vi gjorde så här."

Många små förändringar har testats, implementerats, justerats eller förkastats. Ett exempel är att läkarna tidigare hade svårt att veta vem av sköterskorna som var akutsköterska, vilken också är den som också serverar läkarmottagningen med t.ex. läkemedelsadministration, när hon inte fanns på sitt rum (telefonrummet). Det innebar att man gick runt och letade och frågade de sköterskor man stötte på, vilket tog tid och övriga sköterskor kände sig störda och stressade. Genom att markera med rött i sköterskans tidbok och genom att sätta en röd skylt med namn på aktuell sköterska utanför telefonrummet (bild 1) fungerar detta nu mycket smidigare.



Den enda större investering (förutom konsulthjälpen) vi gjort är inköp av utrustning för röststyrd journalutskrift till de två läkare som fortfarande dikterade på band, en investering som vi räknar med är intjänad på tre månader, eftersom vi annars hade behövt utöka bemanningen på sekreterarsidan. Journalerna skrivs numera som regel ut inom ett dygn i stället för efter 2–3 veckor.

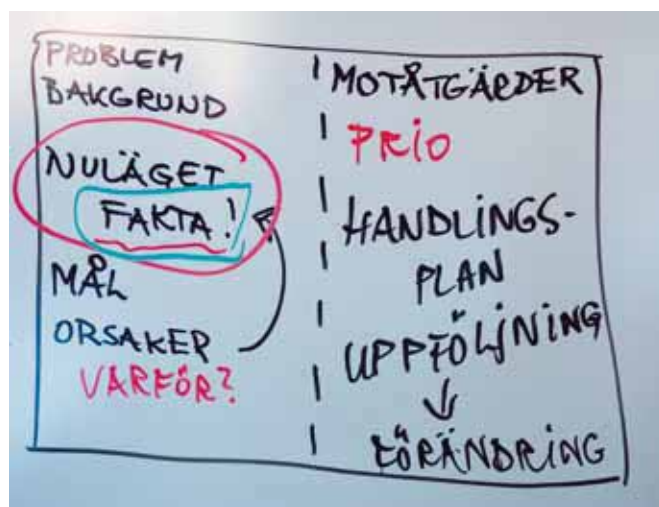
Vi börjar så smått lära oss vikten av utvärdering. Tidigare var vi bra på att sätta igång förändringar men glömde ofta bort att följa upp om förändringen gav det önskade resultatet. Vikten av utvärdering gör att vi också tvingas ta fram fakta innan vi testar en förändring, vilket leder till bättre underbyggda förslag. Till vår hjälp har vi PDCA (plan-do-check-act)-cykeln (bild 2).



PDCA-cykeln

### Ledning

Jag, som verksamhetschef, har under vintern/våren gått en LEAN ledarskapsutbildning för att mer i grunden förstå vad LEAN är för något och hur jag måste ändra mitt sätt att leda verksamheten. Utbildningen har varit uppdelad i tre delar och har bland annat avhandlat coachande arbetssätt och tillfälle att öva oss i att använda olika verktyg, till exempel A3 (bild 3), som kan användas för att strukturera arbetet med problem som involverar flera personer. Jag har under året som gått också försökt läsa den litteratur som finns i ämnet (se under Lästips) för att få en djupare förståelse så att jag skulle kunna leda arbetet på egen hand framöver.



A3-rubriker

Efter avslutad utbildning nu i juni har jag dock insett att jag behöver fortsatt hjälp för att implementera LEAN på Brahehälsan så optimalt som möjligt och jag kommer att ha fortsatt coaching med början efter semestern.

### Varför LEAN?

Allas gemensamma ansvar, fokus på sak i stället för på person samt att man snabbt testat och utvärderat idéer, tror jag är de största framgångsfaktorerna. Lika viktigt är dock en kontinuitet i ledningen och ett tålamod (!) att göra en sak i taget och att steg för steg få en bättre fungerande vårdcentral för våra patienter och arbetsplats för våra anställda.

Min roll som chef har förändrats och det är inte alldeles en-

kelt att gå från ett traditionellt ledarskap till ett mer coachande sådant. Ju mer jag lär mig och mer jag förstår, desto mer tror jag dock på LEAN som en heltäckande ledningsfilosofi.

Jag skulle tro att det kommer att ta ytterligare några år innan LEAN sitter i Brahehälsans väggar. När jag låter fantasin skena iväg ser jag dock ingen ände på förbättringsmöjligheterna och vi har ju bara precis börjat...

**Karin Träff Nordström**  
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Bilder: Cecilia Träff

## Lästips

**On the mend** – Revolutionizing healthcare av John Toussaint och Roger A. Gerard.

Lean Enterprise Institute, ISBN 978-1-934109-27-4  
– lättläst introduktion till LEAN inom sjukvården.

**The Toyota Way** av Jeffrey Laker.

På svenska, Liber, ISBN 9147089024

– nog det mest klassiska LEAN-verket, för den som vill veta mer om bakgrunden.

**Making hospitals work** av Baker, Marc och Ian Taylor.

Lean Enterprise Academy, ISBN 978-0-9551473-2-6

– beskriver i detalj uppstarten av LEAN på ett brittiskt sjukhus inkl diskussionen kring om LEAN verkligen kan användas i sjukvården.

## Våra remittenter gör "tummen upp"



Medicinsk Röntgen är ett av Sveriges ledande privata röntgenföretag. I en oberoende remittentenkät hösten 2009 svarade läkare inom primärvården att Medicinsk Röntgen är "fortsatt bäst i klassen". Av 16 olika faktorer bedömdes koncisa och relevanta röntgensvar som viktigast. **I jämförelse med andra röntgenföretag och landsting fick vi högst snittbetyg: 4,7 på en femgradig skala.**

Vi tackar för förtroendet och fortsätter vår strävan att ytterligare förbättra tillgänglighet och service för dig som remittent. Läs mer på [www.medicinskrontgen.se](http://www.medicinskrontgen.se).

**Medicinsk  
Röntgen**

PRÄTIKERTJÄNST ■■■  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Kvalitets- och miljöcertifierade (ISO 9001 och 14001)

Din röntgenpartner – nu och i framtiden



# Friskbruk – riskbruk – missbruk

Alkohol är ett laddat ämne på flera sätt. Det engagerar och intresserar på grund av spänningar i flera dimensioner; Å ena sidan kan alkohol ha vissa positiva hälsoeffekter, media målar ibland upp det som en förutsättning för god hälsa och långt liv. Å andra sidan ser vi så ofta de negativa hälsokonsekvenserna. Alkoholen identifieras ofta med fest och framgång, andra gånger med skam och misslyckande när vi inte kan hantera spriten, som det heter då. Vidare är alkoholdrycker ett livsmedel som bör matcha måltiden samtidigt som det är en potent drog med en lång rad farmakologiska effekter och interaktioner. Alkohol har sannerligen laddning – och det märks också i patientsamtalet! Men – samtalet är allmänmedicinens främsta arbetsredskap och är de någon som ska kunna samtala sakligt och utan generaliseringar så borde det vara vi distriktsläkare.

Alkoholens laddning kan göra det svårare att tala om alkohol än om andra levnadsvanor. Detta, tillsammans med att alkohol har så stor betydelse för hälsa och sjukdom, är bakgrunden till att regeringen finansierat Riskbruksprojektet, först i FAMMI's regi, senare i Stockholmslandstingets Centrum för folkhälsa men huvudsakligen hos Statens folkhälsoinstitut (FHI). Det nationella projektet har varit en motor för lokala riskbruksprojekt i alla landsting, men det upphör till årsskiftet [1].

Riskbruksprojektet har haft flera delprojekt som vänt sig till olika professioner inom framför allt primärvård, mödravård och företagshälsovård, men även universitet och högskolor, familjecentraler, en webbdel ([www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se)) samt motiverande samtal (MI) som gemensam bas för alla delprojekt. Delprojekten har haft nära kontakt med de professionella organisationerna såsom SFAM.

Det sker inte mycket forskning eller metodutveckling i alkoholfrågor inom primärvården. Det vi lärt oss om alkohol har vi ofta lärt oss av internmedicinare eller beroendeläkare. De metoder som är vanliga där är inte alltid anpassade till primärvårdens patientmöten. Screening och frågeformulär är verktyg som inte alltid passar vårt mottagningsarbete, trots att de är skarpa verktyg för att identifiera alkoholproblematik. Vid hälsokontroller används de dock, liksom vid mottagningar med hälsoprofil som vill erbjuda något utöver det vanliga, eller till exempel under ”uppmärksamhetsveckor”.

Det viktigaste arbetssättet för oss är emellertid att se den koppling som alkoholen kan ha till det aktuella hälsoproblemet som vår patient söker för. Denna koppling kan vi utforska eller informera om tillsammans med patienten genom en patientcentrerad samtalsmetodik. Utbildning om detta är en av riskbruksprojektets huvudaktiviteter. Den andra huvudaktiviteten är att öka kunskapen om alkoholens potentiella påverkan på vanliga hälsoproblem.



Illustration: Verklighetsuppfattning efter 0,5 promille – Sven Wählin

## Samtalet om alkohol

En orsak till att det kan vara svårt att tala om alkoholvanor är att patienten kan uppleva ifrågasättande: ”tror doktorn att jag är alkoholist”. Då uppstår ett försvar och förnekande, det blir ett tabuämne och upplevs som ett intrång i den personliga integriteten. En av lösningarna är att inte inleda alkoholsamtalet med frågor om alkoholvanor, utan i stället ta upp den koppling patientens hälsoproblem kan ha till allehanda faktorer, såsom arv, miljö och levnadsvanor inklusive alkoholen. De flesta sjukdomar är multifaktoriella och vi bör ju alltid ge en fullständig information. Exempelvis kan blodtrycket ofta påverkas av motion, kroppsvikt, alkohol, saltintag, stress, dålig sömn och så vidare. Samtalet upplevs givande och patientens motivation till förändring stärks lättare om man använder en patientcentrerad metodik, det vill säga utgår från patientens behov, förväntningar och värderingar[2]. Motiverande samtal (MI) och FRAMES (se textruta) är patientcentrerade metoder med mycket gemensamt, även om MI är betydligt mer utvecklat.

## FRAMES

**Feedback** – Symtom används för att motivera återkoppling av levnadsvanor. Relation symtom-alkoholvanor diskuteras.

**Responsibility** – Patienten beslutar själv om mål och tar ansvar för sin hälsa.

**Advice** – Råd ges om maximal alkoholkonsumtion. Patientens uppfattning diskuteras.

**Menu** – Interventionen anpassas till patientens situation och grad av problem.

**Empathy** – Patienten bemöts med respekt och förståelse.

**Self-efficacy** – Pat inneboende förmåga och vilja till förändring uppmuntras (= empowerment).

En bra början kan vara att efterhöra om patienten vill ha mer kunskap: *"Högt blodtryck kan påverkas av många saker, vill du att jag berättar om det?"* Man får sedan efterhöra om patienten förstått, vill veta mer etcetera: *"Vad tänker du om detta?" "Är det något av detta som du vill veta mer om?" "Är du själv nöjd med dina vanor, eller skulle du vilja förändra något – nu när du fått högt blodtryck?"* Det är först i detta stadium som många patienter är beredda att ta in information om "hur mycket man kan dricka", det vill säga jämföra sin egen alkoholkonsumtion med någon norm etcetera. När man diskuterar behandling kan liknande metodik användas. *"Högt blodtryck kan sjunka om man ..... (ex. minskar alkohol, ökar motion)! Skulle du vilja testa något av detta, eller ska vi börja med mediciner direkt?"* En del individer har redan funderat på att motionera mer, för andra känns det enklare att undvika lättölen till varje lunch eller minska från tre till ett eller två glas vin, därför är det värdefullt att diskutera en meny av möjliga åtgärder.

Vi läkare jobbar väldigt olika och det finns naturligtvis situationer där det är befogat att fråga om och kartlägga levnadsvanorna. Många läkare vill känna sina patienters förhållanden mer och tar systematiskt en levnadsvaneanamnes när tiden så medger. Det kan självklart också vara en snabb väg till ett bra samtal om alkohol och andra levnadsvanor att ställa en rak fråga och pejla in svaret; känns det meningslöst gå vidare, eller vill patienten tala mer om detta? Frågeformulär om levnadsvanor och AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) kan också ha sin plats i rätt situation [3]. En okritisk användning kan dock vara kontraproduktiv [4] och en bred användning inom allmänläkarverksamhet har hittills inte fungerat [5].

### Alkoholens samband med vanliga hälsoproblem

Alkohol är en drog med en lång rad farmakologiska effekter. Etanol är en liten vattenlöslig molekyl som penetrerar membran och därför når alla kroppens organ lätt. Den påverkar ett otal receptorer och enzymssystem. I och med att den ofta

påverkar både gonistiska och agonistiska system kan dess effekter bli både dämpande och stimulerande för en viss funktion, beroende på individuella variationer. Det är få substanser där variationen är så stor. Detta beror även på att alkoholen kan ha olika effekt vid olika alkoholmängder, dryckesmönster, födointag etcetera. Exempelvis finns studier som visar att blodtrycket såväl stiger som sjunker av alkohol. En omfattande metaanalys visar dock att ett standardglas alkohol/dag höjer blodtrycket med 3,3/2 mm [6]. Ett standardglas innehåller 12 gram etanol motsvarande ett litet glas vin eller 4 cl sprit eller 33 cl 5 % starköl.

Den stora individuella variationen gör det rimligt att fråga patienten hur hans problem påverkas när han dricker mer alkohol (ex. semester) eller när man inte dricker. Det ger också en grund för att testa att dricka mindre en period eller vara helt utan alkohol för att undersöka om det aktuella problemet påverkas av alkohol. Detta fungerar ofta utmärkt vid förhöjda leverprov, triglycerider, hypertoni, psoriasisförsämring, gikt etcetera. Tre-fyra veckors "testperiod" brukar räcka. De flesta vill ändra sina alkoholvanor när man blivit medveten om att det kan ha bidragit till ett hälsoproblem. Det finns dessutom starkt evidens för att sådan förändring av dryckesmönstret är varaktigt flera år [7].

#### Exempel på hälsoproblem som kan påverkas av alkohol

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypertoni</li><li>• Rytmrubbning</li><li>• Kardiomyopati</li><li>• Diabetes</li><li>• Sömnstörning</li><li>• Depression</li><li>• Ångest</li><li>• Minnestörning</li><li>• Infektionsbenägenhet</li><li>• Dålig sårhäkning</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Polyneuropati</li><li>• Potensproblem</li><li>• Seborré</li><li>• Rosacea</li><li>• Psoriasis</li><li>• Diarré</li><li>• Lumbago</li><li>• Myalgi</li><li>• Cancer</li><li>• Missbruk och beroende</li></ul> |
|--|--|

### Olika alkoholproblematik

#### Riskbruk

Termen "riskbruk av alkohol" är avdramatiserande. Den vill antyda att alkoholproblematik är ett kontinuum och inte dikotomi: "antingen har man problem eller så har man inget problem".

Riskbruk är ett bruk av alkohol som ökar risken för medicinska eller sociala konsekvenser om det fortsätter, men som inte uppfyller kriterier för beroende eller missbruk.

När ökar risken? Egentligen är ingen alkoholanvändning helt riskfri. Alkohol är till exempel en carcinogen substans med linjär dos-responskurva. Fyra procent av all bröstcancer anses bero på alkohol [8]. Även olycksfrekvensen ökar vid låga promille. Det är också mycket individuellt hur man reagerar på alkohol, och vilka mängder som man tål. Ibland har man dock hjälp av grova måttstockar och FHI har därför angett mängder för riskbruk. Dels är det riskabelt att dricka mycket vid ett tillfälle, till exempel en kväll (intensivkonsumtion) och dels ha en hög totalkonsumtion. De gränser som anges för intensivkonsumtion är 4 standardglas för kvinnor och 5 för män. Gränsen för veckokonsumtion anges till mer än 9 respektive 14 standardglas [9]. Liknande nivåer finns i många länder såsom Finland, Storbritannien och USA. Andra länders myndigheter anger högre nivåer såsom Danmark och Spanien.

### Alkoholberoende

När vi har en uppenbar problematik med alkoholen kan vi i ICD-10 välja mellan diagnoserna ”skadligt bruk av alkohol” eller ”alkoholberoende”. I DSM-IV finns ”alkoholberoende” och ”alkoholmissbruk”. Enkelt uttryckt är alkoholmissbruk när man ställt till det för sig pga. alkoholen, och alkoholberoende att hjärnan blivit ”omprogrammerad” av drogen. Det är enkelt att gå igenom diagnoskriterierna för att se om diagnosen uppfylls. Man kan notera att i de flesta lagar, exempelvis Socialtjänstlagen förekommer bara termen alkoholmissbruk, så när vi samverkar med andra myndigheter används i regel den termen oavsett medicinsk diagnos. Alkoholism är ingen diagnostisk term och termen bör undvikas.

Gruppen med alkoholberoende är mycket heterogen, en del har ett svårt långvarigt beroende komplicerat med social problematik, andra med ett betydligt mindre djupt beroende som kan upphöra när livet förändras, t.ex. man träffar sin partner och bildar familj. I dagsläget finns faktiskt de flesta alkoholberoende i de yngre åldersgrupperna och uttrycket ”en gång alkoholist alltid alkoholist” stämmer inte för de flesta, även om det gäller en del. Det finns dålig statistik, men man räknar med att 4–5 procent av befolkningen är alkoholberoende. En folksjukdom med samma prevalens som diabetes! Detta är en utmaning för oss inom primärvården. Ett merarbete? Kanske, kanske inte, då alkoholen ofta är en dold bidragande orsak bakom otaliga besök och ofta tacksam att hantera.

Läkemedlen mot alkoholberoende (acamprosat och naltrexon) används mycket sällan. Ett skäl kan vara att de tidigare bara hade evidens och indikation för användning i samband med psykosocial terapi. Man vet nu att de hjälper oavsett terapi, även om en terapi eller stödkontakt förbättrar resultat. Det individuella svaret varierar mycket, men de är definitivt

värda att pröva, då ofta har mycket god effekt på såväl sug som drickandet. Biverkningar och risker är betydligt lindrigare än för disulfiram (Antabus), som bara har evidens vid övervakad administration och som kräver frekvent kontroll av leverprover. Förutom läkemedel kan vi hjälpa vår patient med svårare alkoholberoende med kontinuitet, stödkontakt och rimliga förväntningar. Vi kräver inte att vår diabetiker ska få normaliserat Hb A1c, på samma sätt bör vi inte ställa orimliga krav på den svårt alkoholberoende. Kan vi bidra till kortare och färre återfall så har vi lyckats. Den som inte kommit lika långt i beroendutvecklingen kan vi kanske hjälpa med att lägga ett uns i den vågsål som förändrar beteendet så småningom.

### Fördjupning

För den intresserade kan nämnas SFAM har ett riskbruksnätverk som periodvis varit mycket aktivt. SFAMs råd för levnadsvanor som bildades för ett år sedan. Se slutet av denna tidning för kontaktuppgifter eller SFAMs hemsida. Där finns även ett studiebreiv om riskbruk samt ett helt nytt studiebreiv om levnadsvanearbete.

Sven Wåhlin

Bålsta Vårdcentral

Projektledare i Riskbruksprojektet

sven.wahlin@fhi.se

### Referenser

1. www.fhi.se/riskbruksprojektet.
2. Wåhlin S. Att samtala om alkohol: En praktiska om samtalskonst på spirituellt nivå. *Läkartidningen*. 2009;106(37):2289-92.
3. Allen J, Liddle, R, Fertig J, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;21(4):613-9.
4. Hedberg C, Engström I, Vickhoff R, Lynöe N. Screening kan stjälp mer än den hjälper. *Läkartidningen*. 2009; 106(50-51):3441-2.
5. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*. 2002;325:870-2.
6. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2001;38:1112-1117.
7. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem - En evidensbaserad kunskaps-sammanställning. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001. Rapport 156/I och 156/II.
8. Hamajima N, et. al. Alcohol, tobacco and breast cancer - collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*. 2002;87(11):1234-45.
9. Andréasson S, Allebeck P, redaktörer. Alkohol och hälsa - En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005.



# Utbildningsmottagningen Skäggetorp

## "Att ta från de rika och..."

Sedan 2008 gör vi ett försök i Linköping att hitta nya former för allmänmedicinsk introduktion av läkare med utländsk utbildning. Vi vill också hitta nya vägar att utbilda allmänläkare på en vårdcentral där endast hyrläkare vill arbeta. Vi har lyckats rekrytera nio erfarna allmänläkare från välbemannade vårdcentraler att bli lärare i Skäggetorp ett par dagar i veckan. Vi har på detta sätt befolkat vårdcentralen med allmänläkare och har kunnat bidra till sjukvården i området, där behovet av basal sjukvård är mycket stort.

### Utbildningsmässig paradox

I början av 2008 lämnade den siste allmänläkaren vårdcentralen Skäggetorp. Detta hade föregåtts av flera år av rekryteringsarbete. Dyra chefskonsulter och misslyckade utlandsrekryteringar har tårt hårt på verksamheten. Arbetsvillkoren har varit svåra, vårdtyngden i området med en socialt utsatt befolkning har tilltagit. Här där behoven är stora har traditionell AT- och ST-utbildning misslyckats; tillräckliga handledningsresurser har saknats.

### Utlandsrekrytering

Många unga läkare framförallt från EU söker vårdcentralarbete och ST-tjänster i Sverige. Många landsting har också aktivt värvat läkare i andra länder. Utlandsrekrytering är svårt: utbildningssystemen är så olika, framförallt saknas i många länder möjlighet att under utbildningen självständigt bedöma patienter i vårdcentralmiljö. Kompetensvärdering genom traditionell referenstagnation fungerar inte. Skillnad i språk och arbetskultur tillkommer. Det finns idag ett stort antal läkare med utländsk utbildning i Sverige, vilka har stora svårigheter att få arbete, trots att behoven är stora på flera håll i landet.

### Utbildningsmottagningen

Vi erbjuder en introduktion i allmänmedicin under 6 månader. Vi har plats för 5 utbildningsläkare varje termin. Utbildningsläkarna ser 4–6 patienter per dag. Två eftermiddagar per vecka ägnas åt seminarieverksamhet. Utbildningsmottagningens lokaler är delvis skilda från övriga vårdcentralen och har 5 kombirum, konferensrum och lärarrum. Lärarna arbetar i par i ett utbildningstorg och samtliga patientmöten sambedöms. Medsittning och videoinspelning är en naturlig del av verksamheten. Patientbesöken inbokas av vårdcentralens sjuksköterskor; en deltids samordningssköterska ansvarar för samverkans- och schemafrågor.

Vi har 20–30 sökande varje termin och urvalet sker genom intervjuer. Vi har krav på svensk läkarlegitimation och svensk-kunskap motsvarande B2. Många av de sökande har fått sin ut-



Lärarmöte i Skäggetorp. Fr v Göran Sommansson, Klas Eweman, Mikael Soare, Karin Happstadius, Maria Oskarsson, Gunnar Carlgren, Bo Forsman och Per Alsén. Per Mattsson, Marie Henriksson saknas på bilden, liksom Mats Foldevi (foto)

bildning i Grekland, övriga utbildningsländer bland de hittills antagna är: Cypern, Albanien, Rumänien, Italien, Tyskland, Bulgarien, Bosnien, Slovakien, Tjeckien och Portugal.

### Läraryrollen

Utbildningsmodellen har hämtats från USA, där man har utbildningsmottagningar med lärare som inte har egna patienter. Huvuddelen av lärarbetet sker på gruppnivå, men varje utbildningsläkare har också en individuell huvudhandledare med ansvar för kompetensvärderingen. Kompetensvärderingsmålen motsvarar AT-utbildningens. Lärarna tjänstgör 1–2 dagar per vecka och hemmavårdcentralen ersätts för lönekostnaden. Lärargruppen ansvarar för seminarieverksamheten och lärarmöten hålls två gånger per termin.

### Hur har det gått?

Projektplanen har följts och utvärderingarna från vårdcentral, utbildningsläkare och lärargrupp är positiva. 18 utbildnings-

läkare har anställts hittills, 6 av dessa har gått vidare till ST i allmänmedicin, fyra har valt sjukhusspecialitet, 2 har återvänt till ursprungsland och övriga vikarierar. En av lärarna har tagit en distriktsläkartjänst i Skäggetorp och två av utbildningsläkarna har nu ST-tjänst där.

Det kostar pengar dock. Två miljoner kronor per år tillskjuts projektet av landstinget, en summa som motsvarar lärarlönerna. Utbildningsläkarna bekostas av vårdcentralen och motsvarar kostnaden för 1½ hyrläkare och kostnaden för de 3 000 patientbesök per år som utbildningsmottagningen presterar.

Ursprungstanken var att avsluta projektet under våren 2011, men i dagsläget vill alla inblandade verka för en fortsättning. Flera landsting har varit och tittat på verksamheten och det verkar som vi får efterföljare. Om ni kan, ta chansen att bli lärare och vidareutveckla den handledningstradition som vuxit fram i svensk allmänmedicin. Det som varit särskilt tydligt hos oss är lärargruppens entusiasm, liksom tydligheten i det faktum att vår allmänmedicinska kompetens har bärighet, även när vi lämnar den egna mottagningen.

Göran Sommansson  
goran.sommansson@lio.se

## Några iakttagelser från en granskning och analys av 2009 års nationella patientenkät

### Introduktion

I början av året presenterades resultat från 2009 års nationella patientenkät, bland annat på hemsidan 1177.se. Resultaten handlar om hur patienter ser på vårdcentralers sätt att fungera och, framför allt, på de på vårdcentraler verksamma läkarnas sätt att fungera. Från Sveriges Kommuner och Landstings (SKL's) sida menar man att den gjorda resultatredovisningen kan användas av allmänheten som underlag för att välja vårdgivare, men för att rätt förstå resultaten uppmanar SKL samtidigt landstingen och varje enskild vårdcentral att analysera det som redovisats.

### Granskning av rapporteringen i Dalarna

Knappt 3 700 dalkarlar och dalkullor kom att medverka i undersökningen, sannolikt runt 18 procent av de individer som varit på läkarbesök under den aktuella tidsperioden, september månad 2009. Undersökningsbortfallet blev 38 procent, med en variation på vårdcentralsnivå från 28 procent till 47 procent.

Rapporteringen i Dalarna har till stora delar granskats och analyserats (1, 2), bland annat med hjälp av korstabuleringar och chi-två-tester samt korrelations-, regressions- och CHAID-analyser.

### Iakttagelser

Bland de iakttagelser som gjorts kan det särskilt framhållas att patienters omdömen om vårdcentralers sätt att fungera vid läkarbesök i hög grad bestäms av

1) *patientrelaterade faktorer*, framför allt av

a) ålder, b) upplevt allmänt hälsotillstånd och c) utbildning samt av

2) *läkarbemanningen*, framför allt av

a) de faktiska möjligheterna att få träffa samma läkare varje gång och b) läkarens förmåga att prata flytande svenska

På 1177.se har resultat redovisats i form av så kallade PUK-värden ("patientupplevd kvalitet"). Utifrån PUK-värdena har rangordning gjorts av vårdcentralerna. Rangordningen har bland annat återgivits i lokalpressen i termer av "bästa" och "sämsta" vårdcentraler. PUK-värdena, och därmed också rangordningen, tar inte hänsyn till skillnader i patientsammansättning och läkarbemannning och inte heller till skillnader i undersökningsbortfall. Av granskningen och analysen framgår det att om hänsyn tas till dessa omständigheter så **ändras** rangordningen mellan vårdcentralerna. Då hänsyn tas till patientsammansättning och läkarbemannning (framför allt sedd som läkarkontinuitet) samt bortfall, så framstår vissa vårdcentraler (med förhållandevis god läkarkontinuitet) i lite sämre dager och andra vårdcentraler (med förhållandevis dålig läkarkontinuitet) i lite bättre. Efter korrigering minskar skillnaden i PUK-värde mellan den initialt "bästa" vårdcentralen och den "sämsta" från 22 poäng till mera måttliga 9. Före korrigering fick den "bästa" vårdcentralen 90 poäng och den "sämsta" 68 (skala 1-100). Efter korrigering – som gjordes med hjälp av en regressionsmodell – blev poängen 84 för den förra och 75 för den senare. Det kan framhållas att den "bästa" vårdcentralen efter korrigering inte längre blir "bäst" och den "sämsta" inte längre "sämst".

En annan iakttagelse som också förtjänar att framhållas är att det framgår att patienters helhetsintryck av en vårdcentralens sätt att fungera och patienters vilja att rekommendera en vårdcentral till andra hänger samman med läkares engagemang eller *brist* på engagemang i patientens levnadsvanor. Ju fler som inte diskuterat mat-, motions-, tobaks- och/eller alkoholvanorna med sin läkare, men som *önskat* att så hade skett, desto sämre "betyg" får en vårdcentralens vård- och behandlingsinsatser. Att ett från läkarens sida bristande engagemang i patientens levnadsvanor har visat sig ge missnöjdare patienter är naturligtvis

viktigt för vårdgivarna att ta fasta på i de vårdvalstider vi alla för närvarande lever i.

#### Avslutande kommentar

Att använda ett ännu inte analyserat ”resultat” i *vårdvalsituationer* kan vara vilseledande och därigenom till skada för både den vårdväljande personen och, inte minst, för en vårdgivare som för sin överlevnad är såväl beroende som förtjänt av adekvat information om sitt sätt att fungera. För seriösa och meningsfulla val av vårdgivare krävs kvalitetssäkrad statistik som allmänheten kan förstå utan de erforderliga djuplodande analyser som SKL efterlyser och som långt ifrån alla är kapabla till att utföra.

Granskningen av det som patienter i Dalarna rapporterat om vårdcentralernas sätt att fungera vid läkarbesök pekar mot att resultatet blir riktigt intressant för vårdgivaren först om kopplingar kan göras mellan det som rapporterats och rådande bemanningsläge på vårdcentralerna (i synnerhet läarkontinuiteten) och till de hälsoproblem (kontaktsaker, diagnoser) patienterna sökt hjälp för. Då, som för närvarande är fallet, det senare inte kan beaktas, så torde vårdcentralerna i allmänhet inte kunna göra så mycket mer riktigt betydelsefullt än att sträva efter att alltid ha en enligt budget full bemanning med för sina upptagningsområden erfarna läkare med specialistutbildning i allmänmedicin.



**Mats Granvik**  
utredare vid ledningskontoret,  
Landstinget Dalarna, Falun  
mats.granvik@ltdalarna.se

#### Referenser

- 1 Granvik M. *Nationella patientenkäten 2009 – En granskning och analys*, Utredningsrapport (nr 180), Landstinget Dalarna, Ledningskontoret, Falun juli 2010. (<http://www.ltdalarna.se/upload/1849/rap180.pdf>)
- 2 Granvik M. *Nationella patientenkäten 2009 – Kompletterande resultatredovisning*, Utredningsrapport (nr 181), Landstinget Dalarna, Ledningskontoret, Falun augusti 2010. (<http://www.ltdalarna.se/upload/1849/rap181.pdf>)

## Vill du bli lärare i **riskbruksverkstad**?

Har du intresse av undervisning, att utveckla konsultationen och av att stimulera patienter till ändrade levnadsvanor? – Då är detta kursen för dig. Den ger kunskaper och färdigheter i:

- Verkstad som koncept för gruppundervisning: här är det deltagarna som använder sina kunskaper och gör jobbet, du coachar.
- Patientcentrerad samtalsmetodik: Motiverande samtal (MI) och "Kalymnoskursen" har varit inspirationskällor. Vi genomför och leder korta rollspel.
- Riskbruk av alkohol: Vad det är, hur det kan påverka vanliga hälsoproblem, och hur man får patienten själv att fundera på eventuella samband. Levnadsvanornas betydelse i stort berörs.

Detta är absolut sista chansen att gå denna kostnadsfria utbildning som sker i liten grupp centralt i Stockholm 25 – 26 november. Kursledare är Sven Wählin och Airene Lindfors.

Information och intresseanmälan (före 15 okt):  
Sven Wählin, sven.wahlin@fhi.se, 063-199626 (mobil)



Statens  
folkhälsoinstitutet

**RISKBRAUKSPROJEKTET**

Riskbruksprojektet är ett regeringsuppdrag till Statens folkhälsoinstitut som genomförts i samarbete med SFAM

## TRE AV FYRA BARN ÖVERLEVER CANCER



Stöd Barncancerfonden  
PG 90 20 90-0  
Tel 020-902090



VI KÄMPAR FÖR LIVET



# Utvärdera vårdval – Baslinjemätning av primärvården i Kronobergs län före vårdval



Helene Ekström



Sara Holmberg



Chister Petersson

————— FoU Kronoberg, Landstinget Kronoberg —————

## Bakgrund

Organisationsförändringen vårdval införs i primärvården över hela landet. Halland var först, Stockholm och Västmanland inte långt efter och den 1 mars 2009 var det igång i Kronobergs län. Övriga landsting följer i rask takt efter för att leva upp till det lagstadgade kravet på vårdval som gäller sedan den 1 januari 2010.

Primärvården i Sverige har varit föremål för omfattande utredningar och genomgått ett flertal organisationsförändringar det senaste femtio åren från provinsialläkarväsendet, via vårdcentraler till husläkarreform, närsjukvårdsmodeller och nu alltså vårdval. Trots nationella ambitioner har utformandet och driften legat på de olika landstingen med resultatet att vi fortfarande har en spretig primärvård med varierande resurser och resultat. Utvärderingar av alla dessa förändringar har i stort sett saknats (1, 2) och frågan är därför om vi egentligen har lärt oss något. Det är tankeväckande att när det gäller det medicinska innehållet i vården så har evidensbaserad medicin vunnit stark mark men när det gäller hur vården ska organiseras tycks ingen efterfråga en evidensbaserad kunskapsbas.

I Kronobergs län tog vi initiativ till att en kartläggning av primärvården genomfördes innan vårdval sjesattes. Syftet var att göra en strukturerad baslinjemätning att ha som grund för en kommande reell utvärdering av Vårdval Kronoberg. Uppdraget har genomförts av landstingets FoU-enhet (FoU-centrum numera FoU Kronoberg).

Landstinget gör en fortlöpande uppföljning av Vårdval Kronoberg avseende sådant som produktion, ekonomi och att de enskilda vårdenheterna lever upp till definierade krav i uppdraget. Vår utgångspunkt har varit att möjliggöra en mångsidig utvärdering av vad organisationsförändringen innebär utifrån såväl befolkningens som patienternas och personalens perspektiv. Ska vi leva upp till intentionerna i God Vård krävs att vårdgivarna bedriver kontinuerlig uppföljning och utvärdering (3).

Vårt övergripande syfte är således att utvärdera Vårdval Kronoberg på befolknings-, patient-, och personalnivå och att jämföra ett flertal områden som berör primärvården före och efter vårdvalets införande. Särskilt är vi intresserade av frågor om förtroende för och attityder till vården utöver sådant som tillgänglighet, kontinuitet, arbetsmiljö och vårdens innehåll.

## Metoder

Vi har valt en bred ansats som ligger i linje med TOPAS-Europe Association som är ett europeiskt forskarsamarbete för kvalitetsförbättringar inom sjukvården. De har utvecklat ett instrument, ”Europe Practice Assessment”, som baserat på vetenskaplig grund beskriver kvalitetsutvecklingsarbete i primärvård och redovisar förslag på utvärderingsmetoder (4). I detta dokument framhålls vikten av flerdimensionella perspektiv och långsiktig strukturerad uppföljning.

Vi har samlat in baslinjedata för primärvården i Kronobergs län från 2008 och under januari-februari 2009 fram till dess vårdval infördes. Följande mätinstrument har använts:

Baslinjerapporten (Ekström H, Holmberg S, Karlsson A, Petersson C. *Vårdval Kronoberg. Rapport Baslinjemätning, Kartläggning av primärvården i Kronobergs län före vårdval*) går att beställa som FoU-rapport 2010:1 från FoU Kronoberg, Landstinget Kronoberg. e-post: [helene.ekstrom@ltkronoberg.se](mailto:helene.ekstrom@ltkronoberg.se)

1. En *befolkningenkät* om hälsa, vårdkonsumtion, förväntningar och erfarenheter av tillgänglighet, kontinuitet och valfrihet skickades till 2000 slumpvis utvalda länsinvånare 18–84 år gamla. Enkäten utformades på FoU men genomfördes med hjälp av SCB som också kompletterade med registervariabler t.ex. utbildningsnivå.
2. En *patientenkät* (5) lämnades till alla patienter som besökte läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller samtalsterapeut vid någon av de 28 primärvårdsenheterna i länet under hela vecka 4, 2009.
3. En *personalenkät* (6) lämnades till all personal inklusive chefer i länets primärvård under vecka 7, 2009.
4. *Intervjuer* baserade på Maturity matrix (7) genomfördes med chefer om arbetssätt, rutiner, arbetsmiljö mm med syfte att få en bild av mognadsgraden i organisationen.
5. En sammanställning gjordes av *befintlig data* och statistik från många olika källor.

En detaljerad beskrivning av enkäter, intervjuer och referenser till använda instrument finns i vår rapport. Svartfrekvensen på de olika enkäterna var ungefär 65 procent. Det gjordes 27 intervjuer med verksamhetschefer, enhetschefer eller samordnare. Alla vårdenheter deltog i patientenkäten och alla utom en deltog i personalenkäten och i intervjuerna.

## Resultat

Primärvården i Kronoberg län bestod år 2008 av 26 vårdcentraler varav 23 var offentliga och tre drevs i privat regi på landsringets uppdrag. Dessutom fanns två sjukgymnastenheter som inkluderades.

### Befolkningenkät

Resultaten från befolkningenkäten visade att en mycket stor del av befolkningen haft någon form av kontakt med vården under de senaste 12 månaderna (79 %) och fyra av fem av dessa hade haft kontakt med primärvården. Få (5 %) ansåg att de inte alls eller i ringa utsträckning hade tillgång till den vård de behövde. Endast 23% uppgav att de hade en fast läkare, 37% hade det inte men önskade en fast läkarkontakt. De äldsta och de med lägst utbildningsnivå, som oftare än övriga uppgav en sämre allmän hälsa, hade emellertid i större uträkning fått en tid när de ringde eller hade tillgång till en fast läkarkontakt vid jämförelse.

### Patientenkät

Patienterna gav överlag ett bra eller mycket bra omdöme om vården avseende sådant som bemötande, tillgänglighet, noggrannhet, delaktighet mm. Det var inga stora könsskillnader men äldre gav generellt bättre betyg än yngre. Mindre enheter fick genomgående något bättre omdömen än större enheter men inga skillnader påvisades mellan privat och offentligt drivna enheter. Liksom i befolkningenkäten var det telefon-tillgängligheten till läkare som skattades lägst.

### Personalenkät

Sammanställningen av personalenkäten gav bilden att majoriteten uppfattar arbetssituationen och arbetsmiljön som relativt god. Bemanningssituationen, möjligheterna till kompetensutveckling och möjligheterna att påverka skattades dock genomgående lägre.

### Intervjuer

Vid bedömningen av mognadsgraden i verksamheten sågs generellt inte så stora variationer mellan enheterna förutom för dimensionerna "Informationsanvändning" och "Förbättring av mottagningen", se Figur 1. Däremot framkom i intervjuerna stor variation mellan vårdenheterna när det gällde mer specifika frågor om hur man organiserat sin verksamhet och vilket innehåll den hade. Vid intervjuerna hade flera chefer inte full kännedom om verksamheten vid respektive vårdenhet. Orsaker som framkom till detta var att en del var nya, andra var verksamhetschefer över flera enheter och andra enbart enhetschefer med begränsad överblick, få var medicinskt ansvariga.

### Befintliga data

En genomgång har gjorts av produktionsstatistik (t.ex. besök, tillgänglighet, remisser), förbrukning (t.ex. laboratorieresurser, röntgen, klinisk fysiologi), kvalitet (t.ex. avvikelser, patientnämnd, läkemedelsförskrivning), personal (t.ex. personaltillgång, sjuktal, fortbildning). Inga systematiska skillnader framkom mellan stora och små vårdcentraler eller privata och offentliga enheter. Däremot var det för flera av variablerna en stor spridning mellan de enskilda enheterna. En justering för skillnader i åldersstruktur eller socioekonomiska faktorer i upptagningsområdena eller för bemanningssituation på de olika vårdenheterna har inte varit möjlig att genomföra.

### Diskussion

En kartläggning av vår primärvård med detta breda perspektiv ger en intressant helhetsbild och kan användas som underlag vid utvecklingsarbete men resultaten är svåra att värdera som enskilda mätvärden. Att värdera är inte heller syftet med denna första kartläggning utan avsikten är att göra motsvarande mätningar en tid efter att vårdval har varit i bruk för att då kunna se och utvärdera eventuella förändringar och effekter av organisationsförändringen.

Medicinsk kvalitet är svårt att mäta, varje mätmetod har sina begränsningar och det är ofta vanskligt att säkert veta hur orsaksförhållanden ser ut. Förändringar över tid sker inte bara i det som mäts och studeras utan också i vården i övrigt liksom i samhället. När det gäller primärvårdens organisation är det dock troligt att det inte kommer ske någon lika genomgripande förändring som vårdval under de närmaste åren. Vi har försökt att genom vårt sätt att samla in data säkerställa någorlunda kontroll på bakgrundsvariabler och störfaktorer för att kunna ta hänsyn till sådana variabler vid en kommande utvärdering. Vi bedömer att vi har bättre möjligheter till detta än vad som kan göras via till exempel den nationella patientenkäten och

|               |                             |                                 |                      |                 |                              |                                |                               |
|---------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Mognadsgrad 6 | <b>1</b>                    |                                 |                      |                 |                              |                                |                               |
| Mognadsgrad 5 |                             |                                 |                      |                 | <b>1</b>                     | <b>15</b>                      | <b>6</b>                      |
| Mognadsgrad 4 | <b>5</b>                    | <b>5</b>                        |                      | <b>1</b>        | <b>14</b>                    | <b>1</b>                       | <b>1</b>                      |
| Mognadsgrad 3 | <b>19</b>                   | <b>22</b>                       | <b>1</b>             | <b>19</b>       |                              | <b>8</b>                       | <b>18</b>                     |
| Mognadsgrad 2 | <b>2</b>                    |                                 | <b>20</b>            | <b>7</b>        | <b>12</b>                    | <b>2</b>                       | <b>2</b>                      |
| Mognadsgrad 1 |                             |                                 | <b>6</b>             |                 |                              | <b>1</b>                       |                               |
|               | Informations-<br>användning | Användande<br>av<br>patientdata | Personal-<br>ledning | Team-<br>arbete | Lyhördhet för<br>patienterna | Förbättring av<br>mottagningen | Verksam-<br>hetens<br>rutiner |

Figur 1. Antal vårdenheter som uppnår respektive mognadsgrad enligt Maturity Matrix sju kategorier, där mognadsgrad 6 är den högsta nivån. Bedömningen är baserad på chefsintervjuerna vid 27 enheter verksamma inom primärvården i Kronobergs län år 2008.

vårdbarometern med hänsyn till hur urval och datainsamling skett vid dessa nationella mätningar.

Upplevelse av hälsa och vårdbehov i befolkningen är väsentliga faktorer att ha kännedom om vid organisering av vårdens utbud. Därför behövs befolkningsperspektivet som komplement till patienternas och vårdens perspektiv. Sjukvården som helhet är i vårt land fortfarande en gemensam solidarisk angelägenhet som via skattefinansiering i grunden bedrivs på befolkningens uppdrag.

Avsaknaden av systematiska utvärderingar av tidigare organisationsförändringar i primärvården kan kanske delvis förklaras av att bra metoder saknats eller inte varit kända.

Numera finns vetenskapligt förankrade metoder för utvärdering som vi har försökt använda oss av (4, 8). För att möjliggöra värdering av förändring över tid är det nödvändigt att ha baslinjedata. Detta saknas ganska ofta vid utvärderingar, ibland kanske på grund av okunskap men sannolikt ofta därför att initiativ till utvärdering kommer först efter att förändringen redan har påbörjats.

Vi anser att vi som allmänläkarkår har ett ansvar att medverka till ökad kunskap inom den allmänmedicinska vården men också kring organisationsfrågor. Det är av avgörande betydelse för att vi ska kunna medverka till att vård finns tillgänglig och ges så optimalt som möjligt till de medmänniskor som behöver.

Det finns redan några tidiga uppföljningar/utvärderingar av svenska vårdvalsmodeller med olika utgångspunkter och syften tillgängliga (9–13). Med tanke på de olikheter som finns mellan olika modeller i de olika landstingen och regionerna så är det angeläget att utvärderingar görs på flera håll och med olika metoder för att ge oss ett brett kunskapsunderlag för framtida utvecklingsarbete och satsningar. Det är vår förhoppning att en ny datainsamling med motsvarande mätinstrument och metoder kan genomföras efter två till tre år med Vårdval Kronoberg så att en verklig utvärdering om än med sina begränsningar kan genomföras och i förlängningen bidra till en positiv utveckling.

Helene Ekström, Sara Holmberg, Christer Petersson

#### Referenser

- Håkansson A. Stabil och enhetlig modell – inget för svensk primärvård? *Läkartidningen* 2007;104:3837
- Burström B. Vårdval - evidens och effekter för "vård på lika villkor"? *Läkartidningen* 2008;105:2992-4.
- Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2006. [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9406/2006-101-2\\_20061012.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9406/2006-101-2_20061012.pdf)
- TOPAS Europe. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice. A new approach to quality management. European Practice Assessment – EPA, 2008
- [www.sfamq.se/media/documents/SFAMQ/Verktysladda/sfamqeurop.pdf](http://www.sfamq.se/media/documents/SFAMQ/Verktysladda/sfamqeurop.pdf)  
[http://www.topaseurope.eu/files/Europep%202006rapport\\_o.pdf](http://www.topaseurope.eu/files/Europep%202006rapport_o.pdf)
- Mångfald i vården – Personalenkät. Stockholms Läns Landsting 2002. [www2.moderaterna.net/filer/pdf/rapport\\_personal\\_sll\\_resultat.pdf](http://www2.moderaterna.net/filer/pdf/rapport_personal_sll_resultat.pdf)
- Tapp L, Bekkers M-J, Braspenning J, Edwards A, Eriksson T, Grol R, Kuch C, Elwyn G. Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organisational assessment tool for primary care. Cardiff University: 2009.
- Øvretveit J. Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar. Studentlitteratur, Lund, 2001.
- Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010:12. <http://www.sll.se/upload/Rapporter/Uppfoljning%20av%20huslakarsystemet%20Vardval%20Stockholm%202010.pdf>
- Anell A. Vårdval i primärvården – jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Skriftserie 2009:1. KEFU Skåne, Lund, 2009.
- Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder. Delrapport 1. Konkurrensverkets rapportserie 2009:5. [http://www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap\\_2009-5.pdf](http://www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap_2009-5.pdf)
- Uppföljning av vårdval i primärvården – Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. Konkurrensverkets rapportserie 2010:2. [www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap\\_2010-2.pdf](http://www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap_2010-2.pdf)
- Paulsson G. Vårdval Halland – Utvärderingsrapport 2008. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet 2008. [http://www.lthalland.se/upload/72986/utv%c3%a4rderingsrapport%202008\\_090825.pdf](http://www.lthalland.se/upload/72986/utv%c3%a4rderingsrapport%202008_090825.pdf)



# Hypothyreos

## – en enkel hormonbrist eller en mystisk sjukdom med övernaturliga komponenter?

"Även jag har varit skeptisk till 'trötthetssjukdomarna', ... numera är jag inte lika säker på att 'trötthetssjukdomarna' är påhittade. I stället tror jag att det är läkarna som bär skulden för att sjukdomarna inte har kunnat diagnosticeras och botas. Jag är övertygad om att symptomen beror på bakomliggande bristsjukdomar, till exempel brist på vitamin B12 men oftast sjukdomar i sköldkörteln, framför allt för låg ämnesomsättning (hypotyreos). Det är också en sjukdom som nästan bara drabbar kvinnor. Jag har själv haft den och jag vet hur det är."

Så skrev journalisten Elisabeth Höglund i Expressen.

**H**elena Rooth Svensson, distriktsläkare i Ängelholm, berättar för en lokaltidning: "Det är en folksjukdom. I USA räknar man med att mellan 40–50 procent av befolkningen lider av låg ämnesomsättning, hypotyreos typ 1, som kan fastställas med blodprov, eller den mer dolda varianten, typ 2, som inte syns i blodtester på grund av att felet ligger på cellnivå".

Mot denna bakgrund har det bildats en patientförening som beskriver problemen i Wikipedia (091230) så här:

"Flertalet hypotyreospatienter har funnit att behandling med naturligt grishormon är överlägset det syntetiska Levaxin. De har till exempel blivit av med symtom som funnits kvar trots behandling med Levaxin. ... För att få naturligt grishormon utskrivet i Sverige behöver en läkare ansöka om licens hos Läkemedelsverket".

Föreningens medlemmar beskriver en långvarig kamp mot sjukvården för att bli accepterade och berättar om makalösa tillfrisknanden. De flesta tycks ha en klinisk hypothyreos och blir bra på någon form av substitution – helst förstås naturligt svinhormon. Flera läkare vittnar också om att svinhormonet fungerar och att patologiska värden normaliseras (1, 2, 3).

SBU har värderat svinhormonet (porcint hormon) och avråder från användandet (4).

1987 beskrev Melcher Falkenberg symtomatologi och epidemiologi runt hypothyreos. Han ställde krav på att triaden högt TSH, lågt T<sub>3</sub>/T<sub>4</sub> och typiska symtom skulle föreligga, men också att ett behandlingsförsök skulle leda till att alla avvikelser normaliserades. Sedan dess har gränsvärden och laboratoriemetoder ifrågasatts och ändrats och diagnosen "subklinisk hypothyreos" införts (5, 6). Den definieras som isolerad höjning av TSH med normala FT<sub>4</sub> och FT<sub>3</sub> – utan symtom. På senare tid har också "subkemisk hypothyreos" (hypothyreos typ 2) lanserats, ett tillstånd där diffusa symtom som t.ex. trötthet föreligger men där mätvärdena är normala. Vid båda sistnämnda tillstånd finns alltså förespråkare som hävdar att behandling ska inledas, men någon enighet finns inte, evidens saknas och det går inte att spåra att några av behandlingsförespråkarna

beaktar riskerna med överdosering av thyreoideahormon, varför sannolikt antalet patienter med förmaksflimmer i medelåldern kommer att öka, och osteoporosfrakturerna att tillta – problem som redan nu är stora.

2007–2008 utbröt en "epidemi" av biverkningar av syntetiskt T<sub>4</sub> på en av Nya Zeelands öar efter att fabriken ändrat form och färg på tablettorna. Företaget och läkemedelsmyndigheten var redan innan ifrågasatta och det rådde en monopolsituation. En apotekare yttrade sig i lokalmedia och hjälpte oroad patienter att få "biologiskt hormon". En livlig massmedial debatt uppstod och ogrundade rykten fyllde Internetdebatten. De ökade biverkningarna fanns inte på den andra ön, och inte heller i andra länder, där samma läkemedel såldes. Så småningom dog problemen ut, men processen belyser vikten av förtroende i vården, placeboeffekter och risken med fyrkantiga riktlinjer och program (7). Kliniskt verksamma läkare är sedan länge medvetna om detta, och om problemen med att vissa patienter är extremt känsliga, mår bäst på lågt TSH, eller bäst på högt. Den enkla hormonbristen kan kräva en hel del kliniskt handlag, en god kontakt med patienten, men också öppenhet för nya forskningsrön. På Nya Zeeland använder nu 80 % av patienterna den "nygamla" beredningen av T<sub>4</sub> utan bekymmer igen.

**Robert Svartholm**  
Informationsläkare, allmänläkare

### Referenser

- 1 Munsterhjelm K Hypothyreos förr och nu – en genomgång Medicinsk Access 6, 2008
- 2 Gerentser E Diskutabel gräns för TSH-värdet Primärvårdens Nyheter 9-10, 2009
- 3 www.skoldkortelforeningen.se
- 4 SBU Upplysningstjänst 090421
- 5 Lindstedt G, Eliasson M Bristande stöd för screening och terapi vid subklinisk thyreoideafunktionsrubbnig Läkartidningen 2005;1-2; 30-35
- 6 Hallengren B. Thyreoideasjukdomar Läkemedelsboken 2009-10
- 7 Faasse K Petrie K Thyroxine: anatomy of a health scare BMJ 2009; 339:b5613

# 2010 – Endnu et fantastisk år for Wonca og andre familielæge-kongresser!

Årets tre første skandinaviske fællesrejser har allerede fundet sted. Vi har været til kongres i Lech, Østrig, i januar; vi har besøgt Cape Town i Sydafrika og Cancun i Mexico i maj måned. Den sidstnævnte var Wonca's vellykkede Verdenskongres. Cancun ligger lige ud til den mexicanske golf. Nej, vi så ingen olie!, men vi så golfens flotte farver og imponerende brænding. Bagefter boede vi nogle dag på øen Cozumel, hvorfra vi foretog udflugter til fordums kulturers bygningsværker. En meget vellykket rejse på alle måder.

I de næste måneder har vi mulighed for at deltage i Nunamed 2010, 4–6 september, som finder sted i Nuuk, Grønland. Den handler om sundhed (og sygdom!) blandt grønlænderne. Vi benytter også lejligheden til at se mere af Grønland. Vi var deroppe for et par år siden, og nu har vi så muligheden igen.

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly finder sted i Denver, Colorado, fra den 29 september til den 3 oktober. Kongressen indeholder glimrende kurser og work shops. Et must for vore amerikanske kolleger og relevant for os. En særdeles familievenlig kongres. Der er også et program for ægtefæller og børn og børnebørn!

Wonca European Regional Conference finder sted i Malaga fra den 7–9. oktober. Det er let at komme dertil. Book fly og hotel på nettet.

Årets australske rejse går til Cairns og fortsætter med en rundrejse. Det er The Royal Australian College of General Practitioners Annual Scientific Convention, 6–9. Oktober, som vi igen skal besøge. Det har vi gjort de sidste femten år! Altid et vellykket besøg og en vellykket rejse for deltagerne.

The South African Society of Travel Medicine indbyder til Rejsemedicinsk Kongres i Cape Town, 14–17. Oktober, og vi har også en delegation dertil. Cape Town må være een af verdens smukkeste beliggende byer. Efter Cape Town skal vi til Mabula Lodge for at deltage i safarier.

2010's sidste rejse går til Kathmandu, Nepal, 2–4. December. Det er første gang, at vi rejser til denne spændende del af verden. Efter kongressen – The South Asia Regional Wonca Conference – skal vi naturligvis se mere af Nepal og Himalayas!



*Deltagerne i rejsen til Cancun maj, 2010. I baggrunden ses ruiner fra Maya kulturen.*

2011 banker på, og vi skal igen til Vinterkongres i Lech, Østrig, i januar, og vi skal til Wonca Asia Pacific Regional Conference i Cebu, Philippinerne, 21–24. februar. Til denne kongres har vi allerede en betragtelig delegation.

Læs mere om alle rejserne på [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk) – hvor du også vil finde links til kongresserne, så du kan se hvad de indeholder. Der er noget af interesse for os alle, og når du rejser med dine norske og danske kolleger er alt klaret for dig og dine ledsagere. Hoteller, fly, udflugter... Tag en hurtig beslutning!

Med venlig hilsen, Allan Pelch



**Wonca**  
World family doctors. Caring for people.  
EUROPE

## Fortbildnings- och kongresskalender 2010-2015

### 2010

**29/9-3/10 Denver.** The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly. [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

**6-9/10 Cairns.** Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention. [www.racgp.org.au](http://www.racgp.org.au)

**7-9/10 Malaga.** Wonca Europe Regional Conference. [www.woncaeurope2010.org](http://www.woncaeurope2010.org)

**7-9/10 Harrogate (Yorkshire).** Royal College of General Practitioners' Annual National Primary Care Conference. [www.rcgpanualconference.org.uk](http://www.rcgpanualconference.org.uk)

**14-17/10 Capetown.** The South African Society of Travel Medicine. Travel Health Africa - Research and Reality. (Wonca). [www.sastm.org.za](http://www.sastm.org.za)

**14-16/10 Vancouver.** The College of Family Physicians of Canada. Annual Family Medicine Forum. [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca)

**2-4/12 Kathmandu, Nepal.** South Asia Regional Wonca Conference. [www.gpan.org.np](http://www.gpan.org.np)

### 2011

**15-22/1 Lech.** 10th Austrian Winter Conference on General Practice and Family Medicine. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

**21-24/2 Cebu, Philippines.** Wonca Asia Pacific Regional Conference. [www.woncacebu2011.org](http://www.woncacebu2011.org)

**4-17/6 Tromsø, Norge.** Nordisk Kongres for Almen Medicin. [www.gp2011tos.com](http://www.gp2011tos.com)

**23-26/6 Brasilia, Brasilien.** 11th. Brazilian Congress of Family and Community Medicine. [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)

**8-11/9 Warszawa.** Wonca Regional Conference.

**14-17/9 Orlando.** The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly.

### 2012

**24-27/5 Jeju, Sydkorea.** Wonca Asia Pacific Regional Conference.

**4-7/7 Wien.** Wonca Europe Regional Conference.

**17-20/10 Philadelphia.** The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly. [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

### 2013

**Juni Prag.** 20th Wonca World Conference. [www.wonca2013.com](http://www.wonca2013.com)

**25-28/9 San Diego.** The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly. [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

### 2014

**Kuala Lumpur.** Wonca Asia Pacific Regional Conference.

### 2015

**Marts Taiwan.** Wonca Asia Pacific Regional Conference.



## LINDRING VID ÖMMANDE LEDER (ARTROS)

Nu kan du göra något åt artros med ömmande leder och försämrade rörelseförmåga. Glucosamin Pharma Nord är ett läkemedel för behandling av lätt till måttlig artros. Artros är den vanligast förekommande ledsjukdomen i Sverige, och den medför ofta omfattande besvär för den drabbade, eftersom både arbete och fritid påverkas negativt.

Glucosamin Pharma Nord finns receptfritt i den mindre förpackningen om 90 kapslar. Varje kapsel innehåller 400 mg glukosamin och är lätt att svälja. Den kan även öppnas och innehållet blandas i lite vätska eller yoghurt, vilket underlättar intaget.



Finns på apoteket och i väl sorterade hälsobutiker.

**Pharma Nord**  
08-36 30 36 • [www.pharmanord.se](http://www.pharmanord.se)



# Kurs i läs- och skrivmöjligheter

Det så kallade Merete-Mazzarella-seminariet är en nu etablerad mellanskånsk tradition som äger rum i början av maj. Allmänläkare från hela landet, intresserade av skrivande, kommer till den vackra stiftsgården Åkersberg i Höör just när boken slår ut i parken. Många återvänder men varje år har vi nya deltagare. SFAM Mellanskåne arrangerar och ledare är Merete Mazzarella, i SFAM välkänd författare och professor.

Håll utkik i AllmänMedicin när i början av nästa år kommande kurs aviseras!

Vi hoppas på smakprov i AllmänMedicin!

Inge Carlsson, Eslöv

## Smakprov

Ja, Inge, här kommer en serie smakprov. AllmänMedicin presenterar nu och i flera nummer framöver exempel på texter som tillkommit under dessa skrivarseminarier i Höör. Först ut är Marie-Louise Remnéus, pensionerad allmänläkare, Skåne. En av Anders Hernborgs texter får tjäna som introduktion.

Redaktionen

---

## Varför på skrivarkurs, egentligen?

**P**å skrivarkurs går jag för jag vill gärna inbilla mig att jag är en sån där lite udda typ som gillar att gå på skrivarkurs, med Merete Mazarella, finlandssvenska, essäist och någonting till, vad det nu var. Om jag blir en bättre skribent efter detta dryga kursdygn är väl tveksamt. Någon kvalitetssäkring eller uppföljning av deltagarnas litterära prestationsnivå tycks inte inkluderas i paketet.

Men för högst 3.500 kr får man ett hyggligt hotellrum, gott kaffe, givande och tagande av bekräftelse – om som medmänniska eller som stjärnskribent tillhör väl de tyst överenskomna tabun som är en nödvändig, men inte tillräcklig, ingrediens i skapandet av den trevliga stämning, som en skrivarkurs skall innehålla. Vidare bjuds man, som deltagare, kompetenta, träffande och uppmuntrande kommentarer från vår finlandssvenska emerita. Amatörskrivande läkare ligger henne sedan länge varmt om hjärtat. Oxfile med potatisgratäng OCH rödvin, mot extra tillägg, kan möjligen kompensera obligatoriskt nattarbete.

Människan säges vara ett flockdjur. Sämre flockar än läkarkollegor, med vaga humanistiska skrivarambitioner, kan man nog önska sig. Även om man inte längre är någon testosteronstinn babianhanne med prestationsångest törstar man ändå efter ett eller annat positivt ord från en solidarisk kurskamrat eller från fröken själv.

Hotellrummets minibar bestod av en tallrik utan kylaggregat med en apelsinläsk och en Loka mineralvatten. Jag var osäker på om de ingick i priset, så jag drack bara upp den ena.

Om något år är jag här igen.

Anders Hernborg, Halmstad

**Igår föddes Peter Englund  
i Burkina Faso. Han kommer  
nog aldrig att få  
lära sig läsa och skriva.**

Föds på nytt i [livetslotteri.se](http://livetslotteri.se)



**Rädda Barnen**  
Save the Children Sweden

# Elinas hår

Vad skall jag göra av det? Den tjocka länk mjukt kastanjebrunt hår som ligger i min vänstra nedersta skrivbordslåda. I många år har jag funderat.

Elina – ja, det var min fars första hustru. Högt älskad, det har jag förstått, och av samtal med gamla bybor har jag fått bilden av en intagande vacker kvinna, som ännu lever i folks minne. Hon flyttade till Dalby i samband med giftermålet med min far, lanthandlare i byn.

1928 föddes deras dotter, Britt Marianne. Lilla Britten, som min far brukade kalla henne. Hon föddes för tidigt och inne på Lunds lasarett lät man av förbiseende den lilla nyfödda ligga i ett ouppvärmrt rum. Lilla Britten dog, bara någon dag gammal.

Professorn kom till min far och erbjöd möjlighet att anmäla de ansvariga. Men Far ville inte. Sorgen var tung nog för honom och Elina, har jag förstått det.

Något mer barn blev det inte. Den vackra Elina var hjärtsjuk och på hösten 1935 fick hon en rad blodproppar. Hennes långa hår klipptes av för att inte ta av hennes svaga krafter. Korta anteckningar finns i Fars almanacka från det året. Och den 21 november dog hon.

Så stod Far ensam, änkeman vid 34 års ålder. Helt handfallen inför allt vad hushållsbestyr innebär. Inte ens koka vatten kan min far, minns jag senare från min barndom.

Slakten försökte bistå. Min farbror och faster i Sjöbo ordnade att deras husföreståndarinna (det var det ord som alltid valdes, inte hushållerska med sin enklare klang), Esther, flyttade över till Far i Dalby. Fyra år senare, 1939, gifte hon och Far sig. Det blev min mor. I bittra stunder omtalade hon sig själv som ”piga”.

Elinas porträtt stod alltid framme, dammat av Mor. Graven fanns på kyrkogården i Dalby och sköttes var lördag av Mor. När jag blev äldre fick jag följa med. Och ofta talade Far om Elina. Mor höll han väl av, men inte som henne, den första hustrun.

Ett sätt för Far att hantera sorgen de där första åren efter Elinas bortgång blev att ”gå in i det kommunala”. Han satt i kyrkonämnd, kommunalnämnd och började i frivilliga brandkåren. Mycket spännande tyckte jag det var med en särskild telefon hemma, som det bara ringde i om det brann.

Och Elinas hårlänk låg där i Fars skrivbordslåda. I åttioårsåldern gled så både Mor och Far in i demensens skymningsvärld. Den ene hörde dåligt och den andra fick efter en propp i hjärnan svårt att finna orden. Rätt fort gick det utför.

Det blev jag som fick se till att flytta dem till ålderdomshem, en av de tyngre dagarna i mitt liv. 1985 dog så Mor och 1989 Far. Jag besökte dem med en eller mot slutet två veckors mel-

lanrum. Gamla fotoalbum hade jag med för att försöka få till stånd någon sorts samtal. Ett av Fars sista levnadsår pekade han på ett foto av en vacker ung kvinna, Elina. ”Hon var så grann”, sa han. ”Jag undrar vad det blev av henne?”

Mina tankar svävade då till Mor. Till slut var Elinas saga förbi och Mor var den som Far mindes. Men då var Mor ju redan död.

Och i min skrivbordslåda ligger hårlänken. Vad skall det bli av den? Kan man skänka den till cancersjuka som har förlorat håret? Kan kanske Charlotte Weibull ha glädje av den för sin tillverkning av hembyggsdockor? Eller skall jag bara gräva ner den i ett hörn av familjegraven och sätta en vacker blomma ovanpå?

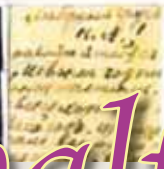
Jag vet inte.

*Marie-Louise Rennéus*





到那威奧斯德  
罗尔到匈牙利  
于一七四五  
定名師多



Illustrationer: Katarina Liliequist

# Kultur-spalten

## Kulturkrockar

Tunnelbanan lämnade just Ropsten. Jag slog mig ned i den glest befolkade vagnen. Bakom mig satt två äldre damer. Jag fick lyssna på ett engagerat och livligt samtal. "Såg du det där TV-programmet med dom där två läkarna igår?", "Jaa, var det inte bra!", "Tänk så mänskligt och sympatiskt", "Och så kloka och kunniga doktorer!" Min nyfikenhet gjorde att jag passerade min egen destination och följde med tåget tills damerna själva klev av. Då hade jag fått ta del av några tankeväckande patientfall hämtade från vardagen och kunde förstå att programmet handlade om två läkare på en mottagning i Stockholm och att det ingick i en serie med flera avsnitt. De fem följande tisdagskvällarna blev till njutningsfulla högtidsstunder framför TV:n.

på hur en konsultation skall gå till. Nu skall det screenas med fasta formulär med slutna frågor. Nu skall mätas midjor och stussar. Nu skall matvanor korrigeras. Nu skall det gås stavgång minst 30 minuter per dag. Nu skall envar patient uppge sin veckovisa alkoholkonsumtion. Nu skall varje standardglas noggsamt antecknas i en datajournal som lätt kan bli tillgänglig för tusentals vårdanställda, försäkringsbolag, rättsväsende och försäkringskassa. Den politiskt/administrativa kulturen utövar sin makt och beslutar inte bara om vad allmänläkarens konsultation skall innehålla utan också hur samtalet med patienten skall föras. Med social ingenjörskonst skall allmänläkaren formas till en agent i folkhälsans tjänst som skall se till att alla



Njutningen bestod i igenkännandets glädje och att dessa två läkare, genom att ha modet att släppa in en reportagefilmare i sina konsultationer, illustrerat vad allmänmedicinsk kultur kan innebära för patienternas tillit. De två läkarnas förmåga att skapa relation, att visa arbetsglädje, att vara nyfikna och samtidigt ge prov på djupa kunskaper, klokskap och gedigen erfarenhet delar dom med många kollegor och är just därför så viktig att visa upp. I en tid då den allmänmedicinska kulturens grundpelare, det patientcentrerade, relationsskapande dialoginriktade samtalet, attackeras från andra kulturer som styr vården, behövs motkrafter, nu mer än kanske någonsin.

Med den goda intentionen att öka intresset för levnadsvanornas betydelse för hälsan, har alla krafter inom den politiskt/administrativa kulturen slagit sig samman till en attack mot den professionella kulturens konsultationskonst. Man inleder med att skapa myten om allmänläkarnas ointresse för livsstilsfrågor. Sedan kommer från Socialstyrelsen att utgå riktlinjer, från SKL påbud och från snart alla landsting regler och krav

som visar sig i konsultationsrummet skall uppföra sig bättre. För att ytterligare stärka sitt maktgrepp över allmänläkarna lånar den politiskt/administrativa kulturen tekniker från marknadskulturen. De som följer de politiska riktlinjerna, påbuden reglerna och kraven belönas med pengar. För att få bukt med de mest motspänstiga försvararna av allmänmedicinsk professionell kultur tillgrips polisiära metoder; böter utfärdas och hot om yrkesförbud föreläggs.

Tack Lotta Brohult och Magnus Ericsson för ert mod och er förmåga att synliggöra och försvara allmänmedicinska kvaliteter!

Jag utser er härmed till att ha utfört årets allmänmedicinska kulturgärning och överlåter till Magnus att berika kultursidan i nästa nummer av AllmänMedicin!

Jonas Sjögren



# När patienten blir kund

## Nya stressorer och strategier i läkarens arbete

**N**ew Public Management (PM) är en på senare år spridd idé i många industrialiserade länder om hur man skall reformera den offentliga sektorn. Tanken är att inte längre låta professionerna (läkare, jurister etc.) ha kontrollen över sin kunskapsproduktion och bortom politisk kontroll utan istället låta exponera frontpersonalen (läkare och övrig sjukvårdspersonal) för ekonomistyrning och kundorientering och därigenom öka produktivitet och kvalitet. Kundens önskemål, behov och tillfredsställelse är då den överordnade logiken – det gäller att tillfredsställa kunden.

I vårt fall skall inte längre professionen, läkaren, tala för ”kundens” räkning. Vi har inte längre legitimitet att uttala oss om de behov som vi kan ana eller observera utan ledningen i form av tjänstemän och politiker beskriver de krav som patienten kan tänkas ha, bland annat utifrån nationella enkäter och kvalitetsindikatorer. Resurserna fördelas centralt och ansvaret för att möta kundernas krav eller om det nu är behov decentraliseras till oss utförare.

Så beskriver Eva Bejerot (psykologiska institutionen, Stockholm) och Wanja Astvik (Mälardalens Högskola, Västerås) bakgrunden till sin intressanta kvalitativa intervjustudie:

**När patienten blir kund: nya stressorer och strategier i läkarens arbete.** Högskolan i Växjö. Institutionen för samhällsvetenskap

Vilka dilemman och krav innebär detta för läkare i mötet med patienterna? Hur hotas och påverkas jag som läkare och människa av detta? Och vilka strategier används för att hantera dessa nya styrformer?

*När patienten blir kund:  
nya stressorer och strategier i läkarens arbete*

Författare: Eva Bejerot Et Wanja Astvik

ISBN 978-91-89317-53-6

Förlag: Växjö universitet Institutionen för samhällsvetenskap

*Bortom New Public Management*

Författare: Hans Hasselblad, Eva Bejerot,

Rolf Å. Gustafsson

ISBN 978-91-89300-19-4

Förlag: Academia Adacta AB

I denna studie intervjuas 17 läkare i 50-årsåldern med lång erfarenhet och verksamma inom allmänmedicin, geriatrisk, psykiatri, onkologi och kardiologi. Det finns en hel del igenkännanden i de uttalanden som de refererar till: ”Man känner sig kränkt när de vill ha en röntgen”, ”beredd att gå emot sin professionella bedömning för att undvika en konflikt”, ”tungt när patienten byter till en annan läkare, jag klarar inte av missnöjda patienter”, ”rädslan att bli anmäld styr mycket av sjukvården ... kontraproduktiv”, terapikonferenser ger oss lite trygghet...”, ”en ny patientkategori...de är oerhört frustrerade över att de inte fungerar tiptop”, ”livssituationsproblematiken har blivit kallad sjukdom”, ”väntelistor, budget, olika mail, man blir avbruten och alla känner att de går på knäna”.

Bejerot och Astvik identifierar fyra dilemman:

1. Konflikten mellan kundens rätt till service och läkarens professionella bedömning, där stat och landstingsledning har skaffat sig verktyg att styra den medicinska praktiken och rakt in i läkarens arbete (nationella enkäten, som frågar patienten om vi har tvättar

händerna och frågat om tobak, alkohol, motion - min reflektion). Förordningar om tillgänglighet, bemötande och anmälningssystem förändrar läkarens sätt att arbeta. Bejerot och Astvik finner inte att de intervjuade har haft någon ”voice” att säga ifrån med och att vi i många fall finner ”exit”-strategier och flyr fältet.

2. Konflikten som finns i rädslan för att bli anmäld kontra att arbeta effektivt och rationellt och skydda sig.
3. Balansen mellan att vara läkare med professionellt ansvar kontra patientens eget ansvar
4. Slutligen konflikten att agera etiskt professionellt kontra ekonomiska riktlinjer.

Förordningar om tillgänglighet, bemötande och anmälningssystem förändrade vår ansvarsbild och har blivit ett instrument i statens tjänst.

Denna nya maktordning innebär till slut också ett hot mot ”självet”, när vi skall utföra vad vi upplever som onödiga arbetsuppgifter. Detta kombineras dessutom med många gånger med vad man som läkare uppfattar som orimliga krav från patienterna sida eller vad som kan kallas för ”illegitimt beteende”. Kontrollsystemet medför i slutändan ett undergrävande av tillit mellan läkare och patient och kanske speglar det ett hot som länge har betraktats som en av Sveriges stora tillgångar – nämligen den höga nivån på tillit i samhället. Så avslutas deras studie, som jag tycker ger en del att tänka på, för visst upplever värden, och primärvården i synnerhet, ett påtagligt paradigmskifte.

Bertil Hagström

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

Eva Jaktlund  
0702-53 42 41  
eva.jaktlund@sfam.a.se

#### Vice ordförande

Mats Rydberg, 0702-07 23 24  
mats.rydberg@sfam.a.se

#### Facklig sekreterare

Karin Träff Nordström  
karin.traff.nordstrom@ptj.se

#### Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

#### Skattmästare

Ulf Peber  
ulf.peber@sfam.a.se

#### Övriga ledamöter

Madelene Andersson  
froken\_andersson@hotmail.com

Bertil Hagström  
bertil.hagstrom@telia.com

Lars Henrikson  
lars\_henrikson@hotmail.com

Jana Risk  
jana.risk@jll.se

### Examenskansliet

examen@sfam.a.se  
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,  
säkrast mån, tis samt ons förmiddag

### SFAMs råd

#### Fortbildningsrådet

Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@sfam.a.se

#### Läkemedelsterapirådet

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

#### Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

#### Kvalitetsrådet

Sven Engström, 070-330 48 12  
Sven.engstrom@swipnet.se

#### Informatikrådet

Olle Staf  
0485-151 33  
Olle.staf@ltkalmar.se

#### ST-rådet

Daniel Bäck  
egelstig.back@gmail.com

#### Utbildningsrådet

Ulf Peber, 070-606 57 65  
ulf.peber@sfam.a.se

### Hemsjukvård

Sonja Modin  
Sonja.modin@sll.se

### Forskningsrådet

Malin André  
Malin.andre@ltdalarna.se

### Rådet för levnadsvanor

Lars Jerden  
lars.jerden@ltdalarna.se

### SFAMs nätverk

#### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

#### ASK – Allmänläkares självvärdering i

kollegial dialog  
Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

#### Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07  
b.stallberg@dll.se

#### Balintgrupper

Conny Svensson  
conny.svensson@sll.se

#### Gastroprima – för mag-tarmintres-

serade allmänläkare  
Lars Agréus & Ture Ålander  
lars.agreus@ki.se  
Ture Ålander  
ture@tapraktik.se

### Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh  
meta.wiborgh@telia.com

### NÄSTA – nationellt nätverk för

ST-läkare i allmänmedicin  
Maria Lütkekan & Anna Nilsson  
marialutkeman@hotmail.com  
Anna.AN.Nilsson@skane.se

### Riskbruk

Charlotte Hedberg, 070-752 88 57  
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

### Studierektorskollegiet

Stefan Persson  
Stefan.persson@ltblekinge.se

### Internationella kontaktpersoner

#### Euract

Monica Lindh  
monica.lindh@lg.se

#### Equip

Eva Arvidsson  
eva.andersson@ltkalmar.se  
Sven Engström  
sven.engstrom@swipnet.se

#### Nordic Federation of General Practice/ApS

Monica Löfvander  
monica.lofvander@sll.se

## Lokalföreningar

### NORRBOTTEN

Maria Truedsson  
Maria.Truedsson@nll.se

### VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson  
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

### JÄMTLAND

Kristina Seling  
Kristina.seling@jll.se

### VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin  
kjell.sundin@lvn.se

### GÄVLEBORG

Anna-Karin Svenson  
anna-karin.svenson@bredband.net

### DALARNA

Nils Rodhe  
nils.rodhe@ltdalarna.se

### ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg  
ake.kihlberg@orebroll.se

### VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren  
Jonas.sjogreen@ptj.se

### UPPSALA

Karin Lindhagen  
karin.lindhagen@sfam.a.se

### SÖRMLAND

Magnus Gustafsson  
magnus.gustafsson@dll.se

### STOCKHOLM

Roland Morgell  
roland.morgell@sll.se  
http://www.sfamstockholm.se

### SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg  
per.sundberg@sjostaden.nu

### GOTLAND

Hans Brandström  
hans.brandstrom@gotland.se

### ÖSTERGÖTLAND

Maria Randjelovic  
maria.randjelovic@lio.se

### VÄSTERVIK

Maria Liljequist  
maria.liljequist@ltkalmar.se

### SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson  
maria.yngvesson@ltkalmar.se

### JÖNKÖPING

Josette Troon  
josette.troon@lj.se

### KRONOBERG

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

### BLEKINGE

Karin Ranstad  
karin.ranstad@ltblekinge.se

### SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren  
hans.lundgren@skane.se

### MELLANSKÅNE

Karin Träff Nordström  
karin.traff.nordstrom@ptj.se

### NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad  
maria.hafstad@skane.se  
www.sfamnvs.se

### MALMÖ

Annika Brorsson,  
annika.brorsson@skane.se

### SÖDERSLÄTT

Lars Kvist  
Lars.kv@telia.com  
Christina Nilzén  
Christina.nilzen@skane.se  
Anna-Karin Österlin  
anna-karin.osterlin@skane.se

### HALLAND

Pierre Carlsson  
Pierre.carlsson@lthalland.se

### STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund  
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

### FYRBODAL\*

Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vgregion.se

### NORRA ÄLVSBERG\*

### SÖDRA ÄLVSBERG

Christina Vestlund  
christina.e.vestlund@vgregion.se

### SKARABORG\*

\* vilande

På grund av flyttningar och byten av telefonnummer kan felaktigheter finnas på listan. Meddela eventuella ändringar till redaktionen.



## När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

**Kursledning:** Gunnar Carlgren, allmänläkare, LAH, Linköping, Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka

**Målgrupp:** Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna tillsammans med handledare.

**Arrangör:** Kursen planerad och arrangerad av SFAM.

**Plats:** Sjövillan, Sollentuna.

**Tid:** Tor 20 januari 2011 kl. 09.30 – fre 21 januari 2011 kl.16.00.

**Kursens längd:** 2 dagar.

**Kurskostnad:** Kursen hålls i internatform och kostar totalt 6000 kr, för den som ej behöver nattlogi är kostnaden 4500 kr.

Antal deltagare: 25

### Innehåll:

**Syfte:** Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och säker sjukvård i det egna hemmet.

**Områden:** Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

### Pedagogik:

Kursen förutsätter deltagarnas personliga engagemang och aktiva medverkan samt intresse för etiska frågor.

Före utbildningen: Skaffar man sig kunskap om hemsjukvård och hembesök i det egna vårdcentralområdet.

Under utbildningen: Med fallbeskrivningar som bas åskådliggörs väsentliga förutsättningarna för en fungerande basal hemsjukvård och palliativ vård och de möjligheter som hemsjukvården gömmer. Detta sker via diskussioner stödda av presentation av fakta som berör diskussionen.

Kursen avslutas med en reflektion över situationen på den egna arbetsplatsen och planering av hur man kan göra för att utveckla arbetet med hemsjukvård när man kommer hem.

**Kontaktpersoner:** Heléne Swärd, SFAMs kansli, tel 08-23 24 05, fax 08-20 03 35.

**Senaste anmälningsdatum:** Onsdag 1 december.

**Anmälan:** Anmälan är bindande, skickas med e-post till kansli@sfam.se eller via [www.sfam.se/kalendarium](http://www.sfam.se/kalendarium)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM),  
Box 503, 114 11 Stockholm,  
tel 08-23 24 01 • [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

### SFAMs kansli

Heléne Swärd  
[helene.sward@sfam.se](mailto:helene.sward@sfam.se)  
[kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)  
Post och besöksadress:  
Box 503  
Grev Turegatan 10E  
114 11 Stockholm  
Tel: 08-23 24 05  
Fax: 08-20 03 35  
Hemsida: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

## Kalendarium

### 2010

#### Oktober

##### Höstmöte i Åre

13-15 okt.

SFAM Jämtland arrangerar

##### Konsultationskurs för ST- och specialistläkare

18-21 okt. Sofieholms kursgård, Eksjö  
För ST-läkare och specialister i allmänmedicin

Kontakt:

Henning Pedersen:

[henning.pedersen@lj.se](mailto:henning.pedersen@lj.se), 0381-35917

Dorte Kjeldmand:

[dorte.kjeldmand@lj.se](mailto:dorte.kjeldmand@lj.se), 0381-35918

#### November

##### 7:e nationella kvalitetsdagen

11 nov Stockholmmässan, Älvsjö

Mer info på: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)



**Kursdiktorns** 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. För närmare presentation av aktuella kurser var god se

[www.kursdiktorn.nu](http://www.kursdiktorn.nu)

### 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 sex nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

**ISSN** 0281-3513

#### Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

[ingvar.krakau@klinvet.ki.se](mailto:ingvar.krakau@klinvet.ki.se)

#### Redaktion

Karin Träff Nordström, chefredaktör

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

Staffan Olsson, redaktör

Brahehälsan, Löberöd

0413-54 58 50, [staffan.olsson@ptj.se](mailto:staffan.olsson@ptj.se)

Stig Andersson, redaktör

Säffle, [gits.joel@tele2.se](mailto:gits.joel@tele2.se)

Tina Nyström Rönnäs, redaktör, distrikts-

läkare, Sthlm

[tina.ronnas@home.se](mailto:tina.ronnas@home.se)

Björn Nilsson, redaktör

070-210 20 16

[bjorn.nilsson@sfam.a.se](mailto:bjorn.nilsson@sfam.a.se)

Johanna Johansson,

redaktionssekreterare

SFAM

Box 503, 114 11 Stockholm

08-23 24 01

[johanna.johansson@sfam.se](mailto:johanna.johansson@sfam.se)

Katarina Liliequist, illustratör

Herrestads vårdcentral, Uddevalla

[katli@telia.com](mailto:katli@telia.com)

#### Layout

Mediahuset i Göteborg AB

Peo Göthesson

Box 29, 457 29 Fjällbacka

0525-323 50, fax 0525-329 29

[peo@mediahuset.se](mailto:peo@mediahuset.se)

#### Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmshuset 10

Helen Zimmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

[helen@mediahuset.se](mailto:helen@mediahuset.se)

#### Tryck

Åkessonstryckeri AB

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

**Hemsida:** [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

Webbredaktör: Karin Lindhagen

[karin.lindhagen@sfam.a.se](mailto:karin.lindhagen@sfam.a.se)

#### Utgivningsplan för 2010

| Nr | Manusstopp | Utgivning |
|----|------------|-----------|
| 1  | 5/1        | 24/2      |
| 2  | 16/3       | 5/5       |
| 3  | 5/5        | 23/6      |
| 4  | 13/8       | 27/9      |
| 5  | 14/9       | 3/11      |
| 6  | 2/11       | 17/12     |

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda



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

## VII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 11 november 2010  
Stockholmsmässan i Älvsjö

### Förbättringsarbete...

Låt oss visa att det är något vi i primärvården  
både vet hur man gör och verkligen genomför...



#### Teman ur programmet:

- Tystnadsplikten räcker den, när doktorn ger dig diagnoser för maximal ACG ersättning, och alla i landstinget kan läsa din journal och alla i Sverige din läkemedelslista?
- ACG är inte så bra mått för ekonomisk ersättning till vårdcentraler!
- Kan patientenkäter mäta även medicinsk kvalitet?
- Så kan vi förbättra tillgänglighet och arbetsglädje.
- Höftartros – artroplastik är inte lösningen för alla.
- Så här kommer du igång med kvalitetsutveckling på din vårdcentral!

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

Konferensavgiften 1400 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.  
Sista dag för anmälan är den 20 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.  
Vid återbud efter 20 oktober utgår full avgift.

Fullständigt program och anmälan på [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

Har du frågor om din konferensanmälan: kontakta [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)

Har du frågor i övrigt kontakta [sven.engstrom@lj.se](mailto:sven.engstrom@lj.se)