

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2009 ÅRGÅNG 30



Att mäta kvalitet i hälso- och sjukvård/sid 5

Värdebaserad medicin/sid 8 • Om Allmänmedicinskt yrkeskunnande och humanistisk bildning/sid 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 författarutmaningar på SFAMs hemsida: 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



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 Tel 0525-323 50



Omslagsfoto: George Popa

3 Ledare

Hör kvalitetsmätning hemma i allmänmedicin?
Stig Andersson, Tina Nyström-Rönnäs, Staffan Olsson

5 Vetenskap & Utveckling

Att mäta kvalitet i hälso- och sjukvård
Kjell Asplund

8 Vetenskap & Utveckling

Värdebaserad medicin
Ingemar Engström

10 Praxis

Hon ligger på fyrabäddsrum
Erland Svensson

11 Debatt

Kan primärvårdens kvalitet mätas eller bara recenserar?
Anders Lindman, Markus Kallioinen

13 Referat

Jokkmokk – nytt primärvårdsmecka?
Kennert Lenhoff

15 Vetenskap & Utveckling

Nya utmaningar, gamla strategier
Del 2 – Nya strategier
Anders Hansson

18 Utbildning

Nya ST-SPUR
Sofia Hellman, Madelene Andersson

21 Debatt

Om allmänmedicinskt yrkeskunnande och humanistisk bildning
Henrik Åhsberg

23 Fortbildning

Fortbildning för allmänläkare i Kronobergs län 2007 – 2008
Mattias Rööst, Helene Ekström, Sara Holmberg

26 Fortbildning

FQ-grupper bra, men allt för lite tid för fortbildning enligt enkät till fortbildningssamordnare
Gösta Eliasson, Meta Wiborg

28 Fortbildning

Fortbildning för allmänläkare. Riktlinjer – Kompetensutveckling för läkare inom primärvården
Anders Lundqvist

31 Recensioner

Inflammation
Johan Mörne, Agnes Wold
The spirit of the Place
Samuel Shem

34 SFAM informerar

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Stenknäckens gnisslande sång – *Torsten Green-Petersen*



Kjell Asplund. Om att mäta kvalitet i hälso- och sjukvård. Sidan 5



Anders Lindman Et Markus Kallioinen. Kan primärvårdens kvalitet mätas eller bara recenserar? Sidan 11



Gösta Eliasson Et Meta Wiborg. Här redovisas svaren från enkäten angående den lokala fortbildningen. Sidan 26



Vad önskar vi oss av körsbäret, fruktköttet eller kärnan, frågar Torsten Green-Petersen i krönikan Sidan 36

Annons

Hör kvalitetsmätning hemma i allmänmedicin?



Kvalitet är numera ett honnörsord inom hälso- och sjukvården, både i vårt land och internationellt. Naturligtvis kräver alla patienter god kvalitet på den behandling och den vård de efterfrågar. De allra flesta läkare och andra vårdgivare är angelägna om att deras insatser håller hög standard. Landsting, regioner och riksdag vill ha god valuta för de skattepengar de satsar på hälso- och sjukvård. Den kommande svenska vårdvalslagen kommer sannolikt att påverka värdenheterna att gå med i olika kvalitetsregister.

Den som vill mäta eller skatta kvalitet på vård stöter emellertid på problem. Hälso- och sjukvård är en komplicerad verksamhet. Mycket som försiggår inom den är svårt att mäta, framför allt det som har med mänskliga relationer att göra. Dit hör information, rådgivning, förståelse, tröst. Likaså skapande av hopp och motivation att ändra livsföring och delta i behandling. De tillgängliga måtten är alltför trubbiga. Detta gäller alla kliniska specialiteter och i hög grad allmänmedicin.

Debatten om kvalitet, kvalitetsregister och kvalitetsmätning är livlig. Bara i Läkartidningen ger sökning av artiklar med ämnesordet kvalitet 94 träffar för åren 2005–2009. Bland de många debattörerna återfinns flera allmänläkare^{1,2}. Även i vår tidskrift har kvalitetsfrågor debatterats. Många allmänläkare är skeptiska till kvalitetsmätning utifrån sin kännedom om verksamhetens mångskiftande och sammansatta karaktär³. Kan sådan verksamhet över huvud taget mätas, frågar de sig. Vad händer med åtgärder och värden som inte låter sig mätas? Kan man bygga kvalitetsregister på beskrivande granskningar? Hur kan kvalitetsregister kopplas samman med de prioriteringar som prioriteringslagen kräver? Skall ännu mer tid ägnas åt icke patientanknutet arbete?

Detta nummer av AllmänMedicin innehåller ett par viktiga artiklar om kvalitetsarbete. Socialstyrelsens förre chef, Kjell Asplund, redovisar i sin artikel skälen för mätning av kvalitet i hälso- och sjukvårdens prestationer men diskuterar också på ett ingående sätt mätningarnas problem och begränsningar. Han betonar skillnaden mellan rättframma insatser som kataraktoperationer och antibiotikabehandling å ena sidan och handläggning av sjukdomstillstånd med komplicerade orsaksförhållanden och varierande symtombild å den andra. De förra är relativt lätta att mäta medan de senare inte låter sig fångas av mätverktygen. Resultaten av den senare typens insatser visar sig ofta först på lång sikt. Detta är vanligt i allmänmedicin.

Kjell Asplund påvisar också problem med validitet och tolkning av kvalitetsregister. Hans slutsatser läses säkert med tillfredsställelse av många skeptiker till kvalitetsmätning men är samtidigt en stor utmaning för dem som arbetar för att utveckla kvalitetsindikatorer inom allmänmedicin.

Anders Lindman och Markus Kallioinen hör till dem. Deras artikel illustrerar på flera sätt Kjell Asplunds analys och slutsatser. Primärvården i Norra sjukvårdsregionen har bestämt sig för att arbeta fram en verklighetsanknuten och hanterbar arbetsmodell för kvalitetsmätning. Anders och Markus känner till svårigheterna och efterlyser ett nationellt stöd. En av deras slutsatser så här långt är att ett nationellt kvalitetscentrum för primärvård/allmänmedicin behövs.

SFAM har ägnat stor uppmärksamhet åt kvalitetsfrågor. Vi har ett särskilt råd för kvalitet och många delar av SFAMs övriga verksamhet har anknytning till kvalitetsarbete. Det är lika ofrånkomligt för allmänmedicinens företrädare att engagera sig i kvalitetsarbete som att delta i verksamhets- och kompetensutveckling. Svaret på rubrikens fråga är därför ja!

Allmänläkare bör sätta sig in i kvalitetsarbetets svårigheter och betänka att val av kvalitetsindikatorer har etiska komponenter. Vi måste också ha kännedom om gällande prioriteringar samt inse och till sjukvårdshuvudmännen förmedla att nuvarande kvalitetsregister och andra registerdata är otillräckliga som bas för resursfördelning. Det skulle vara bättre att – som Järhult, Lindström och Engström föreslår – kalla dem för register för uppföljning, förbättringsarbete och forskning än för kvalitetsregister, vilket är alltför pretentiöst.

Kjell Asplunds synpunkt, att lägga tyngdpunkten på processnivån och att följa patientrapporterade variabler på resultatnivån som en validering av sättet att arbeta, är sannolikt ett gott råd. Anders Lindmans och Markus Kallioinens förslag om ett nationellt kvalitetscentrum för primärvård/allmänmedicin skulle kunna ge allmänmedicinskt kvalitetsarbete en skjuts framåt.

Stig Andersson
Tina Nyström-Rönnäs
Staffan Olsson

¹ Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? *Läkartidningen*. 2008;105:3452-3455.

² Renström T, Lerner A, Persson L, Berglund O, Westerlund B, Westrom M, Moberg L, Kallioinen M. Hög tid testa kvalitetsindikatorer i primärvården. *Läkartidningen*. 2009;106:1069-1070.

³ Olsson P. Nonsens i NDR – sluta med ranking och uppge jäv! *Allmänmedicin*. 2008; 4:26-27.

Annons

Att mäta kvalitet i hälso- och sjukvård

Huvudbudskap

- Det är av många skäl nödvändigt att mäta vårdens kvalitet. Men det finns en rad problem med kvalitetsmätningar, vare sig det handlar om strukturer, processer eller resultat. Många av dessa problem kan bemästras.
- Resultatmätt (till exempel överlevnad, funktion eller livskvalitet) är av direkt betydelse för patient och samhälle men påverkas av många andra faktorer än vårdens kvalitet. De är också känsliga för bortfall och skillnader i patientsammansättning. Detta gör att resultat ofta har stort ”brus” som kvalitetsmätt.
- Problemen med resultatmätt är särskilt stora vid komplexa sjukdomar och vid långtidsuppföljningar. Processmätt har färre av dessa problem.
- När jämförelser av resultat redovisas i till exempel nationella kvalitetsregister bör de åtföljas av maningar till försiktighet så att skillnaderna inte övertolkas.

Att mäta vad hälso- och sjukvården presterar handlar inte längre bara om kvantitet utan också om kvalitet. Det

finns en rad motiv till att mäta och öppet redovisa kvaliteten. Ett grundläggande skäl handlar om sjukvårdens samhälleliga uppdrag. Med den centrala roll sjukvården spelar är det rimligt att medborgarna får inblick i hur vårdens kvalitet utvecklas och vilka brister som kan finnas. Kvalitetsmätningarna blir en form av revision av sjukvården. Vad får samhället ut av de resurser som satsas?

Lika viktig är den återkoppling som stimulerar till lokala analyser och förbättringar. Den så kallade Hawthorneeffekten innebär att en mätning i sig kan åstadkomma gynnsamma förändringar. Den som får återkoppling har större förutsättningar att förbättra sig än den som inte får det.

Mätningarna kan också lyfta fram skillnader i kvalitet mellan olika delar av landet, mellan könen, mellan olika åldrar och mellan socioekonomiska grupper. Att sådana skillnader exponeras kan i sig leda till att orättvisor minskar. Ett fjärde skäl skulle vara att ge patienterna möjlighet att välja vårdinstans utifrån vårdens kvalitet. Men där jämförande siffror länge funnits öppet tillgängliga (till exempel för elektiv ortopedisk kirurgi) är ändå erfarenheterna att de betytt föga

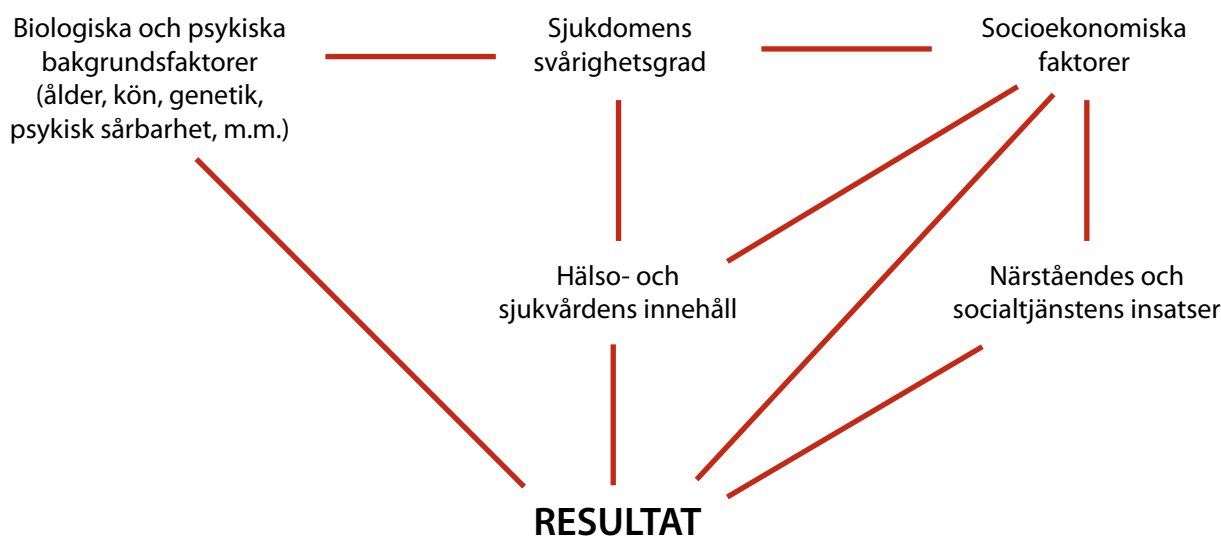
för val av sjukhus.

Jag kommer att i denna framställning begränsa mig till att diskutera några av kvalitetsmåttens förtjänster och problem. Klassiskt talar man om att verksamheter kan utvärderas på tre nivåer: struktur, process och resultat. De kan alla vara viktiga när man mäter vårdens kvalitet. Men var bör man lägga tyngdpunkten?

Kvalitetsindikatorer testas nu i primärvården i norra Sverige¹. Men kvalitetsmätningar i primärvården är inte okontroversiella. I en kort översikt som denna är det inte möjligt att ta upp alla de grundläggande frågor kring kvalitetsmätningar som diskuterats i Läkartidningen² och Allmänmedicin³, till exempel: Är det alls möjligt att mäta kvaliteten i primärvårdens insatser? Vad händer med de värden i vården som inte så lätt låter sig mätas?

Strukturmåttens begränsningar

Det är vanligt att vårdpersonal kräver att nyckeltal sätts upp, till exempel allmänläkartäthet eller bemanning nattetid på ett äldreboende. Sunt förnuft styr många av dessa strukturmått. Men för många föreslagna strukturmått skulle det behö-



Faktorer som påverkar resultatet av en behandling.



vas betydligt bättre dokumentation som visar att de är av avgörande betydelse för vårdens kvalitet.

Ett problem med fixa strukturmått är att de kan konservera gamla strukturer. Det finns risk att innovativa lösningar och effektivitetsvinster ger till synes sämre utfall i jämförelser mellan vårdcentraler eller landsting.

Strukturmåtten kan gälla inte bara resurser utan även organisation, ordning och reda. Kring detta finns en kontrovers: En ambitionshöjning kan kräva mer av administrativa insatser. Krånglet i vården riskerar öka. Därför måste man vara säker på att den ökade administrationen ger vinster i form av kvalitetsökning – de administrativa nyordningar måste utsättas för samma krav på säkerställda effekter och gynnsam kostnadseffektivitet som andra insatser inom hälso- och sjukvården.

Resultatmåttens begränsningar

En lång rad av de faktorer som bestämmer sjukdomsförloppet ligger utanför sjukvårdens möjlighet att påverka. Därför kan det uppstå problem när resultat (och surrogatmått) används för att mäta vårdens kvalitet, något som den senaste tiden debatterats, inte minst av läkare i primärvården^{2,3}. Det finns ett mycket stort brus i mätningarna – i fysiologiska sammanhang skulle man tala om ett ogynnsamt förhållande mellan signal och brus. Figuren är ett försök att sammanfatta några av bestämningsfaktorerna för resultatet. Sjukvårdens innehåll är visserligen en central, men ändå bara *en* faktor som påverkar vårdens utfall.

Med tanke på att så många faktorer bestämmer resultatet är det inte förvånande att det i vetenskapliga studier har det varit svårt att finna ett starkt samband mellan vårdens kvalitet mätt på struktur/processnivå och kvaliteten mätt som resultat^{4,6}. I en systematisk kunskapsöversikt (justerad för skillnader i patientsammansättning, case-mix) fanns till exempel ett samband mellan processmått och dödlighet i bara 26 av de 51 studierna⁵. Resultat, åtminstone när det mäts som långtidsdödlighet/överlevnad,

har helt enkelt för dålig precision som enda mått på vårdens kvalitet.

Ju mer komplex sjukdomen och behandlingen är och ju långsiktigare resultaten mäts, desto osäkrare blir resultaten som kvalitetsmått. För rättframma insatser, till exempel kataraktoperation eller antibiotikabehandling av en akut infektion, kan resultatmåttarna vara enkla. Men för kroniska och komplexa tillstånd som allmänläkaren ofta möter kommer de långsiktiga resultaten att avspegla inte bara kvaliteten i vårdkedjans många led utan också i samhällets och närståendes stödinsatser. Det blir inte lätt för den enskilda vårdcentralen, kliniken eller socialtjänsten att tolka kvalitetsmåttarna och se hur kvaliteten i just deras verksamhet kan förbättras.

Fyra krav på kvalitetsindikatorer

När man väljer kvalitetsindikatorer, brukar man ställa fyra krav: de ska vara valida, relevanta, mätbara och tolkningsbara⁷. Hur förhåller sig struktur-, process- och resultatmått till dessa krav?

Validitet. Om resultatindikatorer väljs utifrån ett patientperspektiv, har de i regel god validitet. Dit hör överlevnad, komplikationer, funktion, livskvalitet och nöjdhet med vården. Väljs surrogatvariabler, så måste man vara försiktigare. Det måste finnas ett entydigt och väldokumenterat samband med de direkt patientorienterade utfallen, till exempel mellan HbA1c-nivåer och diabeteskomplikationer vid typ 1-diabetes eller mellan blodtryck och kardiovaskulära insjuknanden.

Relevans. Inte sällan är de mest lättmätta variablerna, till exempel behandlingstider, samtidigt de som är minst relevanta ur kvalitetssynpunkt. Här bör man i stället utgå från den etablerade prioriteringsprincipen om behov. Det är mer angeläget att mäta vårdens kvalitet vid svåra sjukdomar än vid banala åkommor. Relevansen kan även bedömas utifrån kostnadseffektivitetsprincipen. Det är välmotiverat att mäta vårdkvaliteten vid de folksjukdomar som ger stora samhällskostnader.

Mätbarhet. Att i de existerande kvalitetsregistren utveckla kvalitetsindika-

torer som enkelt kan mätas har krävt stora arbetsinsatser. Sveriges Kommuner och Landsting uppmanar nu registren att inkludera fler patientrapporterade resultat, till exempel upplevd hälsa och livskvalitet. Vill man följa hur de utvecklas över längre tid vid de stora folksjukdomarna kommer det att kräva omfattande utvecklingsarbete (och stora mätresurser).

Tolkningsbarhet. Många resultatindikatorer är problematiska att tolka. Medan struktur- och processdata kan ge direkta anvisningar om vad som behöver åtgärdas för att kvaliteten ska bli bättre, hjälper resultatindikatorerna i många fall inte till att direkt identifiera vilka insatser som krävs. De kan möjligen stimulera till fördjupade analyser. Det andra stora tolkningsproblemet är att skillnader i patientsammansättning (case-mix) kan påverka jämförelser mellan vårdcentraler, sjukhus eller landsting. Med statistiska justeringar kommer man en bit på väg. Hittills har de svenska kvalitetsregistren i bästa fall tagit hänsyn till skillnader i kön och ålder i sina redovisningar. Men viktiga skillnader i bakgrundsfaktorer som man inte mäter kan man heller inte justera för. Inte ens nöjdhet med vården är oproblematiskt som resultatmått. Klyftan mellan förväntningar och vårdens innehåll och resultat bestämmer om patienterna blir nöjda eller inte⁸. Skillnader i nöjdhet mellan olika landsändar eller mellan olika befolkningsgrupper beror inte bara på skillnader i vårdens innehåll utan också på skillnader i förväntningar.

Vägning av process- och resultatmåttens för- och nackdelar

Tabellen sammanfattar för- och nackdelar med kvalitetsmätningar på struktur-, process- och resultatnivå. Vid en sammanvägning är det mycket som talar för att tyngdpunkten bör ligga på processnivå, särskilt när det gäller icke-kirurgiska interventioner. Mätningar av resultat kan i så fall användas som en slags validering att förbättringar i processerna verkligen leder till bättre utfall. Samtidigt förblir vissa patientrapporterade variabler mer mät- och tolkningsbara på resultat- än på processnivå. Dit hör till exempel frågor

Sammanfattning av för- och nackdelar med kvalitetsmätningar på struktur-, process- respektive resultatnivå. Delvis baserat på artikel av Lilford o a ⁹.

Nivå	Fördelar	Nackdelar
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Åtkomligt för direkta insatser av politiska och administrativa beslutsfattare • Kan inte sällan ge anvisningar om vilka resurser som krävs för vård av god kvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Avspeglar inte nödvändigtvis vårdens kvalitet och kan slå fel vid effektivitetsförbättringar • Kan ge mindre utrymme för innovativa och flexibla lösningar på kvalitetsproblem • Kan öka krånglet i vården
Processer	<ul style="list-style-type: none"> • Ger direkta anvisningar för vad som behöver/kan förbättras • Mäter sådant som kan påverkas av såväl beslutsfattare som vårdpersonal och (ibland) patienter • Vid jämförelser mellan vårdenheter visas hur långt man kan nå; ger direkta incitament till kvalitetshöjande insatser. • Låg (men inte helt eliminerad) risk att påverkas av patientsammansättning (case-mix) • Kräver oftast inte långa uppföljningstider 	<ul style="list-style-type: none"> • Vissa lättmätta processvariabler kan vara av liten betydelse för patienten (låg extern validitet) • Kan verka kostnadsdrivande (risk för att maximala insatser betraktas som det optimala) • Mäter inte det som är av slutlig betydelse för patienten, kan därför betraktas som surrogatmått för "verkligt" utfall; solid dokumentation av sambandet med utfallet krävs
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Mäter det som är av direkt betydelse för patienten och samhället (t ex överlevnad och funktion) • Möjlighet att ta in täcka in patientupplevelser (t ex självupplevt hälsotillstånd, livs-tillfredsställelse, nöjdhet med vården) • Möjlighet att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan sammantaget • Lättbegripliga mått vid redovisning för patienter och allmänhet 	<ul style="list-style-type: none"> • "Högt brus", dvs. påverkas av många andra faktorer än vårdens kvalitet, särskilt vid långa uppföljningstider. En del av måtten har både låg sensitivitet och låg specificitet. • Känsligt för täckningsgrad, bortfall och skillnader i patientsammansättning (case-mix). Därigenom viss risk för att resultaten kan manipuleras, medvetet eller omedvetet • Risk för förenklade beskrivningar av vårdens kvalitet om inte resultaten åtföljs av varning för övertolkning.

Faktorer som påverkar resultatet av en behandling.

kring funktion efter rehabilitering eller nöjdhet med vårdinsatserna.

Kraven på kostnadseffektivitet borde utsträckas till mätningarna och jämförelserna själva. Hur mycket resurser kräver de av vårdcentraler, kliniker och patienter och leder de verkligen till förbättringar i vården? Ett större vetenskapligt grepp på kvalitetsmätningarnas och de öppna jämförelsernas kostnadseffektivitet saknas idag.

Slutsatsen blir att de nationella kvalitetsregistren bör innehålla en rimlig balans mellan process- och resultatmått. För många av de resultatmått som påverkas av andra faktorer än själva interventionen - dit hör till exempel funktion och livskvalitet - måste redovisningarna och jämförelserna förses med maningar om försiktighet så att skillnader inte övertolkas.



Kjell Asplund, professor emeritus, Medicin, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet och Riks-Stroke, medicinska kliniken, Norrlands universitetssjukhus

Adress: Reimersholmsgatan 59,
117 40 Stockholm

Tel: 08-6695175 eller 070-5732281
kjell.asplund@branneriet.se

Referenser

1. Renström T, Lerner A, Persson L, Berglund O, Westerlund B, Westrom M, Moberg L, Kallioinen M. Hög tid testa kvalitetsindikatorer i primärvården. *Läkartidningen*. 2009;106:1069-1070.
2. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? *Läkartidningen*. 2008;105:3452-3455.
3. Olsson P. Nonsens i NDR - sluta med ranking och uppge jäv! *Allmänmedicin*. 2008;Nr 4:26-27
4. McNaughton H, McPherson K, Taylor W,

Weatherall M. Relationship between process and outcome in stroke care. *Stroke*. 2003;34:713-717

5. Pitches DW, Mohammed MA, Lilford RJ. What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:91
6. Thomas JW, Hofer TP. Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. *Med Care*. 1999;37:83-92
7. Socialstyrelsen. Kvalitetsindikatorer – ett

redskap för att följa upp och förbättra verksamheten. Webbplats <http://www.socialstyrelsen/Publicerat/2007/9576/2007-117-8htm>. 2007

8. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6:1-244
9. Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ*. 2007;335:648-650

Värdebaserad medicin

Varför finns det egentligen sjukvård i ett samhälle?

Det finns flera möjliga svar på denna grundläggande fråga. Sjukvård kan ses som en grundläggande mänsklig rättighet, som ett uttryck för solidaritet i ett välfärdssamhälle, som en vetenskaplig praktik eller som en tjänst som tillhandahålls på en marknad. Hur vi som läkare svarar på denna fråga påverkar hur vården utformas och med vilket perspektiv vi möter patienten.

Det är förmågan att förena en god, vetenskapligt baserad kunskap med ett intresse för patienten som människa, som är tecken på en god professionalitet. På ett alldeles särskilt sätt blir förmågan att vara både människa och läkare samt förmågan att växla mellan mänsklig närhet och vetenskaplig distans avgörande för mötets utformning och innehåll.



Ingemar Engström

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården lyder under åliggandelagens krav att arbetet ska utföras i överensstämmelse med "vetenskap och beprövad erfarenhet". Detta begrepp har funnits i svensk lag under lång tid, men uttydningen av detsamma har varierat över tid. Flertalet läkare skulle troligen i dag tolka "vetenskap och beprövad erfarenhet" som i huvudsak motsvarande begreppet EBM (evidensbaserad medicin).

EBM har på relativt kort tid etablerats som en självklar metod att värdera kunskapen på ett visst område som grund för ett vetenskapligt baserat medicinskt handlande. Även om det kan finnas anledning att diskutera själva begreppet **evidens** och dess implikationer i en komplicerad medicinsk vardag, så är alternativen till EBM betydligt mindre tilltalande. En *eminensbaserad* vård där den mest erfarne har tolkningsföretrådet uppfattas inte idag som rimlig. En *ideologibaserad* vård kan knappast heller sägas motsvara kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet, även om det fortfarande finns betydande inslag av detta i sjukvården. En *rutinbaserad* eller *slumpbaserad* vård är knappast heller ett alternativ, även om också detta är tämligen vanligt förekommande i sjukvården.

EBM

Nu är emellertid sjukvården en synnerligen komplicerad medicinsk praktik. Detta har man inom "EBM-rörelsen" också i viss mån tagit hänsyn till. Ett exempel är David Sacketts välkända

definition av EBM som "En medveten, uttalad och värderande användning av idag bästa tillgängliga kunskap vid beslut om vård av enskild patient". I denna sentens ryms flera centrala komponenter som inte alltid beaktas när det gäller sjukvårdens kunskapsgrund. En sådan är begreppet "idag bästa tillgängliga kunskap", som kan sägas uttrycka ett relativt förhållande till medicinsk kunskap som varandes föränderlig och i utveckling. Det som är en etablerad "sanning" idag kan visa sig vara felaktig i morgon. Den medicinska historien ger oss många exempel på sådana företeelser. Detta bör föranleda en viss ödmjukhet hos oss som läkare inför ny kunskap. En annan komponent i definitionen av EBM är begreppet "värderande användning". Jag vill fästa uppmärksamheten på möjliga innebörder av detta begrepp och hur vi som läkare ständigt använder värderingar i vårt dagliga arbete.

När en kunskapsammansättning görs

på ett visst område (exempelvis av SBU) så baseras en sådan på ett antal premisser som en s.k. critical appraisal grundas i. Främst bygger den på premissen att kunskap *kan* klassificeras och hierarkiseras/rangordnas utifrån olika kunskapsteoretiska värderingar. I den gängse rangordningen räknas randomiserade kontrollerade studier som de mest pålitliga med högst evidensstyrka. Det finns goda skäl för en sådan utgångspunkt, men det är inte ett okomplicerat påstående, främst av två skäl.

För det första är frågan om hur fakta blir till evidens värd att uppmärksamma.

Medicinsk forskning är vanligen mycket metodologiskt stringent, men även i positivistiska studier finns ett tolkande moment, som inte är värderingsfritt. Det vetenskapliga idealet om den objektive forskaren har gång efter annan visat sig vara en naiv föreställning. Även data måste tolkas och i detta sammanhang spelar förförståelse och värderingar in.

För det andra så går det sällan en rak linje från den vetenskapliga studien till den enskilde patienten i mottagningsrummet. Annorlunda uttryckt: Vilket prognostiskt värde har generella vetenskapliga data i det enskilda fallet? Data i medicinska studier är vanligen framtagna i patientgrupper som är utvalda utifrån vetenskapligt rimliga inklusions- och exklusionskriterier, som dock ofta innebär att de inte på ett godtagbart sätt återspeglar den kliniska vardagens patienter. Det blir därmed svårt att extrapolera generell kunskap från vetenskapliga studier till den individuella patienten. Resultaten från randomiserade kontrollerade studier är också baserade på grupper, där variationer mellan individer kan vara betydande. En signifikant skillnad i medelvärdet mellan grupper blir därmed inte alltid till hjälp i det enskilda fallet, eftersom vi inte känner till var i gruppens variation den enskilde patienten befinner sig. Det som gäller på gruppnivå, gäller därmed inte automatiskt alla enskilda patienter i gruppen. Detta generella kunskapsteoretiska problem diskuteras alltför sällan när vårdprogram och riktlinjer utformas för en komplicerad medicinsk vardag.

Rätt vård eller god vård?

Det kan diskuteras vad EBM betyder för läkarens kritiska tänkande. Här kan det finnas såväl för- som nackdelar. En klar fördel ligger i den metodologiska stringens som "EBM-rörelsen" arbetat fram och som inneburit en ökad kvalitet när det gäller kritisk värdering av tillgänglig kunskap. En nackdel kan vara risken för "kokbokssjukvård" som innebär att alla patienter behandlas enligt vårdprogram på ett schematiserat snarare än ett kritiskt och individuellt anpassat sätt. Konsekvensen kan då bli att läkaren inriktar sig på att ge **rätt** vård snarare än **god** vård, en distinktion som kan vara värd att fundera på.

På samma sätt kan det diskuteras vad EBM betyder för läkarens etiska medvetenhet. EBM kan sannolikt hjälpa läkaren att se vad som är verkkningsfullt eller ej, vilket ger en god, men otillräcklig, grund för ett etiskt handlande. Med sin relativa kunskapsposition tvingar den också läkaren att hantera osäkerhet. Risken med EBM ur ett etiskt perspektiv kan emellertid vara att det driver fram en teknologisk och rationell medicinsk vård som bortser från värdeaspekterna i vården och då inte minst patientens värdepreferenser.

VBM

Som en pendang till EBM-begreppet har därför begreppet Värdebaserad medicin (Value Based Medicine, VBM) vuxit fram. Detta synsätt bygger på filosofen David Humes distinktion mellan fakta och värden som främst är känd genom hans uttryck "av vad som **är** följer inte vad som **bör**". Med denna distinktion som ontologisk utgångspunkt kan man välkomna EBM som metod inför faktafrågan men hävda att EBM inte alls är ett hjälpmedel för värdefrågorna i medicinen.

Inom den värdebaserade medicin är det en principiellt viktig utgångspunkt att beslut inom medicinen alltid är baserat på en kombination av tillgängliga fakta och olika slags värden, såväl från läkarens sida som från patientens. I VBM fokuserar man på värdekomponenten i medicinska beslut utifrån erfarenhet att detta perspektiv alltför ofta saknas

i diskussionen kring den evidensbaserade medicinen. Ett primärt mål är att tydliggöra värden som finns explicita eller – oftare – implicita i sjukvården och finna former för att uttrycka och beakta dessa. Detta såväl i den enskilda konsultationen som i generella diskussioner om medicinens innehåll och praktik.

En grundläggande princip i VBM är att alla medicinska beslut vilar på fakta **och** värden, så också diagnostiska och terapeutiska beslut. Vi behöver fakta som grund för våra beslut i vården, men vi behöver också ta hänsyn till värden av olika slag; kunskapsteoretiska, sociala, kulturella eller existentiella. Det är ett välkänt faktum att vi tenderar att lägga märke till värden först när de är olika eller motstridande och därför kan vara problematiska. När värden är uniforma eller delas av många, tenderar de att endast vara implicita, men icke desto mindre verkkningsfulla.

Betydelsen av val

Vetenskapliga framsteg skapar vanligen flera valmöjligheter, vilket gör att behovet av tydliga värderingar inom medicinen ännu mera angelägen. I detta sammanhang blir det viktigt att se att med val följer potentiella konflikter mellan olika värden och mellan olika intressen. Den moderna medicinen har på detta sätt blivit än mer impregnerad av etiska frågeställningar, som inte kan lösas med mera evidenssyftande forskning. De kräver i stället en tydligare diskussion om värden i vården.

Medan EBM prioriterar objektiv information strävar VBM efter att lyfta fram subjektiv information och tolkningsföreträdet går vanligen till patientens perspektiv. Poängen i resonemanget är att människor har legitimt olika värden, som måste beaktas i högre utsträckning i vården än vad som ofta är fallet i dag. Både läkaren och patienten styrs av värden, medvetna eller omedvetna. En del av dessa värden är uttryck för en viss kultur eller tidsanda, medan andra mer får betecknas som individuella. I ett mångkulturellt samhälle som vårt blir det särskilt viktigt att beakta värden i det medicinska handlandet.

Den medicinska praktiken är ett möte

Så hur kan då den medicinska praktiken beskrivas? Jag menar att det medicinska mötet är ett möte mellan två perspektiv. Patienten söker sjukvården för ett problem som denne uppfattar som en sjukdom. Det är patientens tolkning av sitt symtom eller problem som är drivkraften till vård sökandet. Det är patientens levda erfarenhet som kommer till uttryck i vad patienten berättar. Läkarens perspektiv utgår från helt andra källor, nämligen den professionella erfarenheten av vad symtom eller problem kan vara uttryck för ur ett medicinskt perspektiv. Det är i skärningspunkten mellan dessa två väsensskilda perspektiv; patientens levda erfarenhet och läkarens professionella erfarenhet, som en ny och gemensam tolkning av problemet kan ske.

Detta möte består av mer än en rationell tillämpning av evidensbaserad vetenskaplig kunskap. Hela dess process innehåller tolkningar och värderingar. Detta är inget märkligt eller oönskat. Det är bara en konsekvens av att vi är människor. Medicinsk praktik måste därför förstås som ett möte mellan två människor där vetenskap möter levd erfarenhet.

Vad VBM tillför är ett komplement, inte ett alternativ, till EBM.

Med en värdebaserad medicin som grund för ett medvetet medicinskt handlande kan vi också göra det medicinska beslutsfattandet mera transparent och tydligt. Värden är en omistlig del av det medicinska handlandet. Frågan är bara hur medvetet detta sker i vardagen.

I den medicinska etiken, alltifrån Hippokrates och framåt, har läkarens kunskaper, men också dennes värden, varit utgångspunkten för det medicinska handlandet. Huvudprincipen har alltid varit att läkaren alltid ska arbeta med patientens bästa som sitt enda mål. I denna *paternalism* är utgångspunkten att läkaren i kraft av sin kunskap är den som vet vad som är bäst för patienten. Den andra linjen, som just nu är förhärskande, betonar patientens *autonomi*. Patienten är en rationellt handlande och medveten kund på den medicinska marknaden och det är patienten som har tolkningsföreträdet utifrån sina värderingar.



Är betoningen av patientens autonomi lösningen på värdefrågan i det medicinska mötet? Med anledning av resonemanget om de två perspektiven (patientens och läkarens) och för att i större utsträckning beakta olika värden hos människor, behövs en tredje väg. Denna väg vill jag benämna **delaktighet**. Med utgångspunkten att det medicinska mötet är en situation där två människor möts, den ena utifrån en levd erfarenhet, den andra utifrån en professionell erfarenhet, kan en etik utformas som tar själva relationen som utgångspunkt. Frågan gäller då hur vi som läkare på bästa

sätt kan utgå från patientens subjektiva perspektiv och till det lägga vårt vetenskapliga perspektiv för att **tillsammans** komma fram till ett adekvat handlande där både fakta och värden får en tydlig plats.

Basen för den medicinska praktiken blir på detta sätt ett möte mellan två människor där vetenskap möter levd erfarenhet. I detta möte är det mötet med patienten och dennes värdeprefenser som blir utgångspunkten, inte enbart vårdprogrammet och vår evidensbaserade kunskap. Det är förmågan att förena en god, vetenskapligt baserad

kunskap med ett intresse för patienten som människa, som är tecken på en god professionalitet. På ett alldeles särskilt sätt blir förmågan att vara både människa och läkare samt förmågan att växla mellan mänsklig närhet och vetenskaplig distans avgörande för mötets utformning och innehåll.

Ett värdebaserat möte utan fakta blir blint, men ett faktabaserat möte utan värden blir kallt.

Ingemar Engström
professor i barn- och ungdomspsykiatri,
Örebro
ingemar.engstrom@orebroll.se

Hon ligger på fyrabäddsrum



Hon ligger på ett fyrabäddsrum i sängen närmast fönstret. Det var visst höften. Allt hade gått så plötsligt. Ambulans till akuten. Opererad på ett annat sjukhus. På tredje dagen hamnat här för att lära sig att gå igen.

Det är dags för examination. Det gäller konsultationens 4 F, status och journalskrivning som skall bedömas.

– ”Javisst kan hon ställa upp för kandidaten.”

Jag som skall bedöma, distriktsläkare från landet, letar och frågar mig fram i de stora komplexen, skyltar, korridorer, trappor och hissar. Där, avd 106. Öppnar trevande dörren. Hmm, vart skall jag nu ta vägen? Vem skall jag fråga? Men där är hon ju, kandidaten. Men vad ung hon verkar vara, några och tjugo kanske. Och redan så hemmastadd och van, hon har redan hälsat på Greta Johansson, hon som bröt benet.

– ”Det kommer gå så bra.”

Men det finns inga enskilda rum lediga så det får bli examination på salen.

91 år, blind och nästan stendöv. Det är full aktivitet i salen, tvättning, påklädning, bäddning. Surr och prat och slammer. Man har erbjudit kandidaten en

skärm som hon placerar mellan sängar, ut mot golvet. Men ljuden tränger sig på. Hur skall det gå?

Hon sätter sig stilla, nära, så helt nära kvinnans ansikte. Kanske kan den gamla ändå skönja något lite, mörker och ljus? Det skapas ett rum, inbäddat hörn, avskilt från den slamrande världen därute. Han som bedömer får titta in. Examinationen kan börja.

Hon sänker rösten, nej inte till viskning, tyst men tydligt. Förtroligheter. Minnesfunktioner. Den gamla besvarar frågor, eftertänksamt och dröjande men så berättas minnen och episoder. ”Var bor hon, hur hamnade hon här, har hon några anhöriga? Finns det något roligt att tänka på? Bra att ha syskonbarn. Det finns saker som är värdefulla.” Ja, elegant får hon fram F-en: förväntningar, förhoppningar, farhågor, vad var det fjärde nu igen?

Sedan blir det kroppslig undersökning. Varsamt förs armen åt sidan, en lätt knackning mot senorna, stadigt men mjukt. Reflexerna finns där, lite svaga kanske. Hon lyfter varligt kvinnans vänstra bröst, lyssnar över hjärtspetsen, ”Jo, hjärtat slår jämt och fint.” Den gam-

la är trött och har ont. ”Orkar hon sitta?” Försiktigt hjälps hon upp och håller sina magra händer om sänggrinden. Lungor kan lyssnas på.

– ”Det låter bra.”

Så var det kraften och reflexerna. Det görs ett försök att lyfta benet. Det gör så ont.

– ”Då gör vi inte det. Men vilka varma och goa fötter!” ”Nu skall jag inte bröta mer.” Kofta hjälps på, strumpor likaså.

Jag, examinatorn som skall bedöma enligt mall glömmer skriva ner.

Förundras. Känner ett stänk av vemod. ”Vad kan jag lära ut. Varför fick vi inte lära oss detta eller fick vi det? Går det att lära?”. Är trött, börjar bli gammal. Men så gläds jag igen, det finns hopp för bättre tider. Det är hon – kandidaten som skall ta över.

Kandidaten överlämnar en blomma till Greta som tack för att hon ställde upp. Greta blir häpen, skall hon få blomman, men det är ju hon som skall tacka kandidaten.

Vem gav och vem tog emot? Kärlek kan man se och känna. Men mätas och bedömas?

Erland Svensson

Kan primärvårdens kvalitet mätas eller bara recenseras?

Att mätas och jämföras och att öppet redovisa sina resultat för huvudmannen och befolkningen är en realitet för dagens sjukvård. Den som själv inte vill ägna sig åt mätningar kommer att bli mätt och jämförd av andra.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har nu öppna jämförelser (SKL) också för primärvård. Socialstyrelsen (SoS) har med "Nationella indikatorer för god vård" redovisat förslag till indikatorer för ett antal sjukdomsområden. SoS skriver att man dessutom avser att göra fördjupade uppföljningar av process, resultat och kostnader inom ett flertal områden, bland andra primärvård. Vårdvalsreformen innebär att intresset för uppföljning ökat starkt från huvudmannens sida.

Det ställs nu krav på primärvården att vi ska registrera i allt fler av de befintliga sjukdomsorienterade nationella kvalitetsregistren. Det är nu mer eller mindre obligatoriskt med Nationella diabetesregistret (NDR). Senior alert och Palliativa registret står på tur och sedan finns det ytterligare ett 60-tal register, som kan ta vår tid i anspråk! Vi upplever att man på central nivå har svårt att se att sjukhusvårdens medicinska kvalitetsregister, som alla är snävt avgränsade och ofta sjukdoms- eller åtgärdsbaserade, inte är anpassade till vårdnivån primärvård. Att mäta dess arbete med medicinska kvalitetsregister är inte samma sak.

Val av kvalitetsindikatorer

Norra sjukvårdsregionens primärvårdsschefer har "beställt" ett dussin gemensamma kvalitetsindikatorer för att få en uppfattning om kvaliteten i verksamheten. De ska mäta primärvårdens kvalitet, inte enstaka medicinska resultat. Indikatorerna ska kunna vara i bruk inom kort

och använda sig av befintliga indata och utnyttja möjligheterna till utdata från datorjournalerna. Sedan två år pågår ett gemensamt arbete där nu utdata på de föreslagna indikatorerna börjar komma. Vi har arbetat via möten och under en öppen konferens i ämnet i april 2008 i Sundsvall. Vi har också sökt medel från SKL för att kunna skapa ett nationellt kvalitetscenter för primärvård, men ännu inte fått något gehör.

De indikatorer vi valt är sådana som vi kan ta ut från våra datorjournaler, tidböcker med mera, men utan att behöva göra separata registreringar, vilket är viktigt. Vi började med en stor bruttolista på "alla möjliga och omöjliga förslag" på indikatorer. De flesta föll bort därför att önskvärda indata saknades eller var undermåliga. Vi försöker begränsa oss till vad som överhuvudtaget går att mäta. Många förslag har fallit därför att de inte mäter enhetens kvalitet utan snarare speglar patientsammansättning med avseende på ålder, socioekonomiska faktorer, med mera. Några förslag förs till en "göra-utvecklings-lista". Efter bedömning och röstning blev följande 16 förslag till kvalitetsindikatorer kvar:

På första, andra respektive tredje plats: Telefontillgänglighet, patientenkät, dokumentation om rökning.

"Allas tre i topp": dokumentation om alkohol respektive fysisk aktivitet, influensavaccination till 65+, inrapportering till NDR, tid till läkare inom sju dagar.

"Övrigt": Läkarkontinuitet, deltagande i PV-kvalitet, provtagning avseende STD-klamydia för unga patienter, ett index för andel läkarbesök över/under 75 års ålder, övervikt vid 4-årskontrollen.

Tre indikatorer för läkemedelsförskrivning: Sammantaget index för hypertoni-läkemedel och statiner, olämpliga läkemedel för personer över 75 år, luftvägsantibiotika till barn 0-6 år (dels totalt, dels andelen penicillin V). Flera av indikatorerna torde behöva modifieras.

Erfarenheter hittills

Erfarenheten från att ta fram utdata har visat på stora problem med kvalitet i indata, exempelvis olika eller brist på diagnosättning, olika termer och begrepp för samma sak, olika sätt att registrera. Exempelvis registreras vaccinationer mot influensa på olika sätt i vart och ett av våra landsting.

Data lagras på många olika och sällan genomtänkta sätt, vilket gör sökningar och datauttag mycket komplicerade. Datauttag per enhet, inte som tidigare per landsting eller kommun, visar att mången indikator inte håller måttet på grund av talen blir små även för inte alltför ovanliga händelser. Det blev uppenbart när vi fick utdata för överviktiga vid 4-årskontrollen. Vid närmare eftertanke fann vi även att BMI troligen mer är en indikator på socioekonomisk bakgrund hos föräldrarna än på vårdcentralens kvalitetsarbete.



Vår erfarenhet stärker oss i vår övertygelse om att det behövs praktiska försök i skarp drift för att få igång arbete med diagnossättning, att rensa termer och begrepp och att komma överens om var och hur data skall lagras. Lika viktigt är att entydigt definiera indikatorn så det går att ta ut rätt uppgifter.

En önskan är att vi kunde få en akademisk uppbackning inom landet för att kunna skaffa oss kunskap om att formulera indikatorer med god sensitivitet och specificitet för det de avser mäta. Topas och EPA är europeiska nätverk under EQuiPs paraply (Wonca Europas arbetsgrupp för kvalitet) där ett antal länders allmänmedicinska akademiska institutioner tar fram kvalitetsinstrument.

Slutsatser

Vi är övertygade att det går ta fram kvalitetsindikatorer som på ett rättvist sätt beskriver kvaliteten i primärvårdens

arbete. Dessa indikatorer bör innehålla både mätningar och recensioner. Vi kan i dag inte mäta annat än spridda delar av primärvårdens kvalitet. För att mäta dagens allt mer komplicerade primärvård behöver vi utveckla våra instrument på liknande sätt som fotografin har utvecklats. Vid en liknelse med fotografins utveckling har vi nu en lådkamera med glasplåtar. Dagens fototeknik kan avbilda små föremål på marken från satelliter i rymden även om det är mörkt och moln skymmer. Vi måste få till stånd motsvarande utveckling för att på ett bra sätt kunna mäta kvaliteten i primärvården och inte bara recensera den. Då behövs det mycket arbete av oss i primärvården för att utveckla och definiera indikatorerna. Gör vi inte det själva riskerar vi att andra, med mindre erfarenhet av primärvård, gör det åt oss med resultat som vi kommer att förskräckas över.



Anders Lindman
Anders.Lindman@nll.se



Markus Kallioinen
Markus.Kallioinen@lvn.se

Annons

Jokkmokk – nytt primärvårdsmecka?

För andra gången inbjöd primärvården i Norrbotten och Jokkmokk till allmänläkardagar. Ett synnerligen välkomponerat program med klar allmänmedicinsk prägel, inramat i soldränkt vintermiljö. Vad mer kan man begära? Jo, bättre deltagande från primärvårdsläkare i södra Sverige!

Programmet var brett upplagt med verklighetsnära problemställningar, både gemensamma föreläsningar och verkstäder där man själv fick välja ämne.

Sammantaget ett mycket välkomponerat allmänmedicinskt program. Därtill trevlig miljö och konferensanläggning. Som bonus hade vi verkligen tur med vädret – Norrland är bäst på vårvintern!

Verkstäder

Man fick lära sig att stoppa näsblod och rensa örat. Allmänläkarkirurgi, som hur man suturerar på hud och hand, var ett inslag. Man kunde även lära sig undersökning och injektionsteknik vid värkproblem i axeln. EKG-tolkning, hjärtsvikt och sorkpest fanns också på schemat. Således ett brett verkstadsprogram. Även för en gammal distriktsläkare som undertecknad, med mer än tre decennier allmänmedicin i bagaget, fanns det många värdefulla tips; "Låt stygnen sitta på ryggen i tre veckor!". "Var försiktig med exstirpation i hud på underbenen". "Spruta axeln bakifrån". Mycket smått och gott under handledning av verklighetsnära norrländska specialister.

Föreläsningar

Uffe Ravnskov provocerade med sina tankar om kolesterolhypotesen. Föreläsarens tes är ju kortfattat: det är inte kolesterolet som är farligt, detta är en grundläggande missuppfattning, vetenskapen är ledd på fel väg, styrd av ett mäktigt imperium. Föreläsningen väckte onekligen reaktioner.

Jonas Sjögren och Meta Viborg höll samman rådslag om vårdval och vårdvalsmodeller och pekade inte bara på problem utan också på möjligheter.

Sista dagen i ett gemensamt program talade Iona Heath, välkänd allmänläkare



Iona Heath tillsammans med delar av organisationskommittén (från vänster: Markus Beland, Iona Heath, Maria Truedsson, Meta Wiborgh).

från London om döden, terminalvård och allmänläkarens roll i en föreläsning med titeln "Matters of Life and death".

Diskussion

För andra gången ordnade således primärvården i norr detta utmärkta möte. Få deltagare från målarområdet och sönderut dök upp. Vad handlar detta om? Via läkarförbundets statistik vet vi att allmänläkare utbildar sig externt minst av alla specialiteter, medan vi kanske egentligen har störst utbildningsbehov av alla, med tanke på vår bredd.

Utbudet av allmänmedicinsk utbildning är ju ganska begränsad. På hösten har vi viktiga DLF- och SFAM-möten. De har sin självklara plats, men handlar också mycket om primärvårdsideologi. Astra anordnar Allmänmedicinskt forum, som är mycket välbesökt år ut och år in, och speglar ett behov av allmänmedicinsk utbildning.

Men – det finns ett behov även av oberoende utbildning. Kan det vara så att vårdvalsmodeller och arbetstygnd gör att allmänläkarna inte längre söker sig till allmänmedicinsk utbildning? För det kan väl inte vara så illa att allmänläkarna förvägras extern utbildning av ekonomiska skäl medan utrymme finns för andra specialiteter? Något för verksamhetschefer och andra inom primärvården att tänka på.

Undertecknad arbetar halvtid som läkemedelskommittéordförande och halvtid som distriktsläkare. Jag har därför inte haft möjlighet att delta i allmänmedicinsk utbildning på flera år, men var entusiastisk vid Jokkmokksmötet. Hoppas ni återkommer därpå i norr!

Kennert Lenhoff

Tullgårdens vårdcentral, Karlskrona
kennert.lenhoff@ltblekinge.se

Annons

Nya utmaningar, gamla strategier

Nya strategier

I föregående artikel nämnde jag, att läkarvetenskapens möjligheter att lösa alla livets problem kommit att ifrågasättas allt mer under de senaste decennierna. Patienterna hade blivit mer kundorienterade och ställde ökade krav på sjukvården medan politiker och sjukvårdsadministratörer krävde ekonomisk balans och resultatredovisning. Läkarna har inte helt inordnat sig i sjukvårdens organisation och inte ställt sig i spetsen för den utveckling av sjukvården, som blivit alltmer nödvändig. Tvärtom tycks många läkare ha resignerat. De har hävdad sitt ansvar för sina patienter och för utvecklingen av den biomedicinska faktakunskapen, men låtit andra, sjukvårdsadministratörer och sjuksköterskor, ta ansvar för sjukvårdens organisation.

Läkaren som en del i organisationen

Idag talar man om patientcentrerad vård. Men hur går den att genomföra på ett sedvanligt halvtimmes läkarbesök? I normala fall brukar en konsultation, med en patient med en eller flera kroniska sjukdomar, börja med att man frågar patienten hur han eller hon mår. Patienten tar då gärna upp de mest akuta besvären först: det kan vara att man har ont i ett knä eller en axel. Det tar kanske en kvart och under den tiden tillkommer ofta ytterligare besvär som upplevs akuta. Kvar blir då 15 minuter att ägna åt den/de kroniska sjukdomen/-arna, som patienten egentligen hade tid för. I en patientcentrerad konsultation skall man under dessa minuter hinna informera sig om patientens sjukdomshistoria, hur det har varit sedan sist, vilka andra läkare patienten har varit hos, vilka mediciner dessa har skrivit ut, vilka av medicinerna som tas och varför andra inte tas, eventuella biverkningar, och så vidare. Vidare skall man informera om sjukdomen, vilka

behandlingsmöjligheter som finns och hur patienten själv skall kunna påverka sin sjukdom genom livsstilsförändringar. Därefter skall patienten undersökas, eventuella remisser skall skrivas, nya recept utfärdas, laboratorieprover beställas och en ny tid avhandlas.

Det säger sig självt att det är svårt att få med allt. Dessutom så förstår och minns patienten endast en del av det som sades. Som tur är finns diabetes-, astma- och hjärtsviktssköterskor, som har mer tid. Så som de flesta vårdcentraler är organiserade idag, är det ingen fördel att vara en patientcentrerad läkare, eftersom man ständigt känner sig otillräcklig och tiden aldrig räcker till.

Bodenheimer och Grumbach [1] hänvisar, i "Improving Primary Care – strategies and tools for a better practice", till två undersökningar, som visade att en allmänläkare med 2 500 innevånare på sin lista under en arbetsdag skulle behöva ägna 10,6 timmar för att adekvat kunna ta hand de patienter, som har en eller flera kroniska sjukdomar [2]. Skulle läkaren dessutom vilja erbjuda samma patienter förebyggande insatser, skulle det ta ytterligare 7,4 timmar i anspråk [3]. Då återstår 6 av dygnets 24 timmar för att ta hand om de övriga patienterna med mer eller mindre akuta sjukdomar.

För att vården av de kroniskt sjuka skall kunna vara patientcentrerad, måste samma tänkesätt genomsyra hela vårdkedjan, menar Bodenheimer och Grumbach. Kommunen måste ha seniorcenters, träningslokaler och träningsprogram, självhjälpargrupper och kunna erbjuda patientcoacher och utbildning för patienter i egenvård i samarbete med sjukvården. Det patientcentrerade perspektivet måste också genomsyra den politiska organisationen och vara väg-

ledande för beslut som tas i sjukvården. Patienterna och deras anhöriga måste få undervisning i hur man hanterar sin sjukdom.

Vårdcentralens arbete behöver organiseras utifrån ett patientperspektiv, där patientens behov av vägledning, undervisning i egenvård och prevention, förberedelse och uppsummering efter läkarbesöket, genomgång av medicinering, laboratoriesvar och andra vårdkontakter, behov av rådgivning i kost- och motionsfrågor, etcetera, står i fokus. Det kan innebära att man baserar sitt arbete på gemensamt antagna vårdprogram och har gemensamt utarbetade vårdrutiner. Arbetet behöver organiseras utifrån team där patientens behov i första hand tillgodoses av den personal, som kan ge den mest adekvata hjälpen till den lägsta kostnaden (så kallad LEON-principen). Detta kan organiseras på olika sätt, med olika personalkonstellationer, alltefter vad som finns att tillgå. Det viktiga är att det finns en gemensam diskussion och delaktighet i gruppen om hur man skall uppnå målet: "...the Chronic Care Model envisions an informed, activated patient interacting with a prepared, proactive practice team, resulting in high quality, satisfying encounters and improved outcomes" [1].

Således skulle en av de nya strategierna vara att läkarna blir mer delaktiga i sjukvårdens organisation. Lars Werkö har i ett flertal artiklar påpekat att läkarna måste kliva ned från sina höga hästar, ingå i partnerskap med sjuksköterskorna, inordna sig och bli delaktiga i den större sjukvårdorganisationen och låta dem med de bästa ledaregenskaperna styra vårdlagen [4,5]. Ingen behandling kan bli effektiv om inte hela vårdkedjan samordnas. Det hjälper inte att kirur-





Många allmänläkare har någon gång arbetat i ett team och de flesta har en åsikt om teamarbete

gen behärskar sitt område till fulländning eller att distriktsläkaren är en hejare på patientkonsultationen, så länge inte varje enhet och sjukvården som helhet genomsyras av ett patientcentrerat arbetssätt.

Att förena olika perspektiv

I min avhandlingens första artikel intervjuades, dels individuellt och dels i fokusgrupp, sammanlagt tolv erfarna distriktsläkare om vad de ansåg vara det väsentliga i deras uppdrag. Intervjupersonerna beskrev att de hade många roller och motstridiga uppdrag. Huvudtemat blev, att man gick en balansgång mellan de olika perspektiven, vilket kunde upplevas som frustrerande: hur skall de olika perspektiven och uppdragen förenas? Det föreslogs att istället för att se motsättningarna, så borde allmänmedicinens främsta uppgift vara att förena de olika perspektiven.

Olesen och medarbetare anser att det behövs en ny och modernare definition på vad allmänmedicin är och föreslår att en förening mellan den medicinska kunskapstraditionen och de humanistiska, som sociologi, psykologi, antropologi, är den allmänmedicinska praktiken och forskningens viktigaste uppgift [6].

Kathryn Montgomery föreslår något liknande i "How Doctors think" [7]. Läkaren är inte en vetenskapsman i Newtonsk anda, som tillämpar naturvetenskapliga/evidensbaserade sanningar på sina patienter, utan mer lik en hantverkare som framför allt bygger sin praktik på handledd erfarenhet och praktiskt know-how, det som kallas *phronesis*, och tidvis tillämpar akademisk medicinsk kunskap i sin yrkesutövning. Arbetet är mer att likna vid en socialarbetare än en forskare, hävdar hon. Men få läkare skulle tillstå det.

I "The Cunning Man", en roman om en mans liv och yrkeskarriär som privatpraktiserande allmänläkare i Kanada, hänvisar Roberston Davies till myten om guden Hermes som slungade sin stav



Caduseus mot två ormar representerande *kunskapen* och *visdomen*, vilka var insnärjda i en kaotisk härva [8]. På samma sätt som guden fick de två ormarna att slingra sig i ett harmoniskt mönster längs staven, är det läkarens, och speciellt allmänläkarens, uppgift att tillämpa och anpassa kunskapen, som kommer från de medicinska fakulteterna, till den praktiska verklighet som är patienternas, menar Davies. Läkaren behöver fråga sig, vad den enskilda patienten behöver, vilka åtgärder som är meningsfulla och vilka medicinska mål som skall prioriteras.

Vetenskaplig och generaliserbar kunskap är nödvändigt för att veta vad vi gör och kanske speciellt för att veta vad vi inte skall göra, men kunskaperna behöver värderas och anpassas till våra patienters verklighet. För att kunna bedriva en vård enligt evidensbaserade principer på den egna mottagningen, behöver läkaren, förutom att ha den rent medicinska och personliga kännedomen om sina patienter, se till att alla utreder och behandlar ungefär efter samma principer och förmedlar samma budskap till patienterna. Helst skall också samma be-

handlingsmetoder tillämpas sjukhuset, om patienten skulle hamna där, och i hela vårdkedjan.

Olesen talar om den allmänmedicinska diagnosens fyra dimensioner: den medicinska, den sociologiska, psykologiska och antropologiska, där den medicinska diagnosen mest handlar om att utesluta allvarliga och i primärvården ovanliga sjukdomar [9]. Även bakom det medicinskt *banala* fallet döljer sig en hel värld av föreställningar om sjukdom, familjemönster, kulturella föreställningar, förhoppningar, sekundärvinster, relationsproblem i familjen och arbetslaget. Alla har betydelse för den allmänmedicinska diagnosen. För att täcka alla dimensionerna behöver allmänläkaren ha kännedom om denna värld, vidga det traditionella diagnosbegreppet och fördjupa sina kunskaper i medicinsk psykologi, sociologi och antropologi, menar Olesen.

Således, det rent biomedicinska perspektivet är för snävt och täcker inte alla de ingredienser som sjukdomar består av. Om den biomedicinska kunskaps-traditionen är bra på att förutsäga varför och hur sjukdomar uppstår hos befolkningen, så ger den medicinskt humanistiska traditionen kunskaper om hur människor tänker om sjukdom, och om hur dessa tankar och föreställningar påverkar hur sjukdomen uppträder i det individuella fallet. Den humanistiska vetenskapen är inte exakt och reproducerbar på samma sätt som den naturvetenskapliga, men den ger oss istället erfarenheter och klokskap som kan tillföras den strida strömmen av nya kunskaper. Att betrakta detta gränsland mellan kunskap och förnuft, population och enskild individ, som allmänmedicinens huvudområde utgör således ytterligare en strategi.

Att utnyttja teamets möjligheter

Många allmänläkare har någon gång arbetat i ett team och de flesta har en åsikt om teamarbete. Erfarenheterna är oftast av kortvarig natur och många av dessa team har saknat en uttalad målsättning och struktur. Det har blivit mycket diskussion och lite verkstad och läkarna har med all rätta dragit slutsatsen att större nytta kan göras på egen hand.

Det finns oändligt mycket skrivet om team i den vetenskapliga litteraturen, och ungefär lika många artiklar talar till teamarbetets fördelar som till dess nackdelar. Men i översikterna kommer man fram till ungefär samma slutsatser: underlaget för studierna är för knapphändig, undersökningarna för ofullständiga, de mäter fel saker och det saknas jämförande studier med kontrollgrupper [10]. Man kan inte i randomiserade studier bevisa att teamarbete är bra. Och frågan är om det överhuvudtaget går att bevisa rent vetenskapligt.

Trots allt brukar man rekommendera teamarbete i många olika sammanhang, som till exempel i Socialstyrelsens rekommendationer för behandling av långvarig värk, från 1994 [11]. I SBU:s rapport "Ont i ryggen, ont i nacken" konstateras att multidisciplinärt teamarbete är den enda behandlingsmetod, som i studier med hög evidensgrad har påvisat effekt [12]. I moderna definitioner av vad som bör ingå i läkarnas profession, nämns förmågan till samarbete och multiprofessionellt teamarbete som en viktig ingrediens [13]. I ett konsensusdokument om läkares kompetensutveckling, från EU:s råd för specialistföreningarna, CPME, från 2006 kan man i § 7 läsa följande:

"Specific attention must be given to the doctor's work environment, to ensure that this is supportive of learning 'on the job'. This will encourage doctors to reflect on, and learn from issues directly applicable to their clinical practice. As important members of healthcare teams, doctors should also be encouraged to support multi-disciplinary and multi-professional team learning where that is relevant to the care of patients" [14].

Frågan är varför så få distriktsläkare arbetar i team och varför de verkar motsätta sig teamarbete? Det tycks bli något mer än ett praktiskt verktyg, som kan användas i olika sammanhang. Inte sällan görs ett ställningstagande för eller emot, som om vore det frågan om livsåskådning.

Ett team kan avlasta läkaren från olika uppgifter och ett övermäktigt ansvar. I ett team med flera professioner, så som sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut, sjuksköterska och läkare, kan patientens problem kartläggas och belysas ur olika aspekter och i samråd med patienten kan man hitta en lösning. Teamarbetet underlättar även för en patientcentrerad vård: andra yrkeskategorier än läkarna kan fungera som patientcoacher, som förbereder läkarkonsultationen genom att ta reda på patientens sjukhistoria, medicinering, och så vidare.

Teamarbete kan också ha flera fördelar för allmänläkaren, till exempel slippa ensamrollen, renodla läkarens arbetsuppgifter, låta andra ta hand om patienter med enklare sjukdomstillstånd och rutinuppgifter och öka tillgängligheten till vården. Faktarutan visar förutsättningar för bra teamarbete.

Förutsättningar för teamarbete

- jämställda roller i teamet
- teamet har en tydlig målsättning
- teamets resultat utvärderas så att alla i teamet får känna att deras arbete leder till framgång
- klart definierade yrkesroller
- en klar arbetsdelning

Att samarbeta i team är ingenting vi läkare behärskar särskilt väl. Det är process som kräver utbildning och handledning och som tar tid. Dessutom behöver man utvärdera om det är till nytta för patienter och för teammedlemmar och hur det påverkar läkarens roll.

Referenser

- 1 Bodenheimer T, Grumbach K: Improving Primary Care – strategies and tools for a better practice. NY: Lange Medical Books, 2007.
- 2 Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, et al: Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 2005;3:209-14.
- 3 Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, et al: Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health.* 2003;93:635-41.
- 4 Werkö L: Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstappan. Att laget och lagledaren drar jämnt är av allt större betydelse. *LT.* 2003;100:2373-7.
- 5 Werkö L: Från läkarens hjälpredda till jämställd vårdpartner. *LT.* 2003;100:1694-8.
- 6 Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P: General practice – time for a new definition. *BMJ.* 2000;320:354-7.
- 7 Montgomery K: How Doctors Think. Clinical Judgement and the Practice of Medicine. Oxford University Press, 2006.
- 8 Davies R: The Cunning Man. London: Penguin Books, 1994.
- 9 Olesen F: A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Family Practice.* 2003;20:318-23.
- 10 Schmitt M: Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care.* 2001;15:47-66.



Anders Hansson
Primärvården i FyrBoDals FoU-enhet

Nya ST-SPUR

Den nya målbeskrivningen för ST har nu trätt i kraft och i och med det behöver även utvärderingen av ST förändras.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) för Läkares specialiseringstjänstgöring finns inskrivet under kvalitetsaspekter att verksamheter som bedriver ST-utbildning ”regelbundet ska granskas genom externa inspektioner”. SPUR är ett exempel på hur dessa kvalitetsgranskningar kan göras. Det nya SPUR-verktyget som arbetats fram är baserad på nya målbeskrivningen samt Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd. Från och med den 4 maj 2009 kommer alla SPUR-inspektioner att ske efter de nya riktlinjerna. Fortfarande finns det frågor rörande de nya enkäternas utformning – något vi hoppas kommer få en snabb lösning efter att de har använts och utvärderats i praktiken.

Som SPUR-samordnare för Allmänmedicin vill vi informera om hur SPUR som verktyg för granskning av en ST-utbildningsplats fungerar.

Vad är SPUR?

SPUR – SpecialistUtbildningsRådet inrättades 1989 inom Sveriges Läkarförbund med syfte att stärka och höja kvaliteten i läkarnas specialistutbildning. 1993 blev verksamheten permanent genom grundandet av den icke vinstdrivande SPUR-stiftelsen - ett samarbete mellan Läkarförbundet och Läkarsällskapet. Utvecklingen fortskred och från år 2004 har SPUR-inspektioner även skett av AT-utbildning, s.k. AT-SPUR.

Syfte med SPUR-inspektion

En SPUR-inspektion avser att granska, stärka och höja kvaliteten i ST och skall ses som ett hjälpmedel i vårdcentralernas förbättringsarbete. Inspektionerna kan även ge underläkare som är intresserade

av ST information om utbildningskvaliteten runt om i landet.

Vad granskas?

SPUR ser till två aspekter, struktur och process. Med struktur avses de personliga och materiella resurserna för utbildningen; patientunderlag, medarbetarstab, lokaler etcetera.

När man värderar processen tittar man på hur resurserna utnyttjas, det vill säga hur utbildningen är upplagd och fungerar utifrån exempelvis handledning, uppföljning och dokumentation.

SPUR – allmänmedicin

Primärvården i Sverige är en decentraliserad verksamhet med många små enheter. Våren 2008 gjordes av SFAMs arbetsgrupp för SPUR en inventering av primärvården med avseende på antal ST-läkare, enheter och studierektorer. Då fanns det 997 vårdcentraler (inkl. privata) varav 789 av dem bedrev ST-utbildning. Idag kan vi bara misstänka att dessa siffror är högre med anledning av det ökande antal vårdenheter som vårdval fört med sig, bland annat i Västra Götaland regionen. Med anledning av det stora antalet vårdenheter är det inte rimligt att tro att det är möjligt med inspektion av enskilda vårdcentraler. För att hitta en lösning på detta problem gjordes i FAMMIS regi, med Gösta Eliasson som projektledare, år 2003 ett pilotprojekt med inspektioner av mindre grupper av vårdcentraler. Alla vårdcentraler besöktes inte i person men fick fylla i enkäterna. Slutsatsen av projektet var att denna modell kunde användas med fördel inom allmänmedicinen och det är den vi kommer att använda oss av framöver.

Hur går en inspektion till?

Lämplig storlek för gruppinspektion får antas vara ca 6–7 vårdcentraler. Tanken är att studierektorn, som ofta är den person med bäst kännedom om ST-utbildningen, är med i diskussionen kring inspektionen. Anmälan av intresse för inspektion sker antingen till Ylva Öijvall på SPUR-kansliet eller till undertecknande. Som SPUR-samordnare är det vårt ansvar att hitta två inspektörer till uppdraget. Vi behöver ca sex månaders förberedelse.

I god tid före inspektionen tar någon av inspektörerna kontakt med beställarens kontaktperson för en diskussion om upplägget samt information. Frågeformulär som skall fyllas i av ST-läkare, handledare, studierektor och verksamhetschef skickas till kontaktpersonen i pappersform eller kan laddas ner ifrån nätet. Dessa fylls i och skickas därefter tillbaka till SPUR-inspektörerna, senast tre veckor innan inspektion.

Inspektörerna går därefter igenom ifyllda frågeformulär och förbereder sig för inspektion.

Under dagarna för själva inspektionen kommer inspektörerna till aktuella vårdcentraler och intervjuar berörda för att skaffa sig en bra bild av utbildningsklimatet och klargöra frågetecken från enkäterna. Efter avslutad inspektion görs en skriftlig bedömning samt poängsättning utifrån givna kriterier. Inspektören skriver dessutom en kortare kommentar som kommer att publiceras i Läkartidningen samt på SPURs hemsida. Innan bedömningen skickas in till SPUR-kansliet skall inspekterad enhet få ta del av den för att ha möjlighet att kommentera eventuella missuppfattningar. Efter inspektionen kan verksamheten använda



sig av enkäterna som instrument för självvärdering av förutsättningarna för ST-utbildning på mottagningen

SPUR-samordnare – vad gör vi?

Det är specialitetsföreningarna i Läkar-sällskapet som är ansvariga för SPUR inom respektive specialitet. Som SPUR-samordnare är vi ansvariga för utbildning av inspektörer, förmedla kontakt mellan beställare och inspektörer samt utvärderingsmöten för inspektörer.

Kontakta oss gärna om ni har några frågor.



Sofia Hellman



Madelene Andersson

Välkommen till SFAMs höstmöte



4 – 6 november i Uppsala Tema: Växtkraft

Höstmötet arrangeras i år av SFAM-Uppsala och hålls i universitetshuset. Vi vill bjuda på en blandning av vetenskap och kultur med temat växtkraft som röd tråd. Programmet finns på SFAMs hemsida www.sfam.se och kommer att uppdateras efterhand. Där finns också anmälningsblanketten. Kontaktperson: Karin Lindhagen, ordförande i SFAM Uppsala. karin.lindhagen@sfam.a.se

Preliminärt program

Onsdag *Förmötesdag och föreningens årsmöte. Registrering från kl 10.*

Förmiddag Möten för examen, råd, nätverk.

Eftermiddag Fortsatta möten. Nytt för i år är att onsdagen även kommer att innehålla några föreläsningar/workshops särskilt riktade till ST-läkare, men öppna även för övriga intresserade.

15:30 Fullmäktigemöte – se särskild kallelse från SFAMs styrelse.

Kväll Mingelkväll.

Torsdag *Registrering från kl 8. Torsdag-fredag är det stora gemensamma mötet för alla deltagare.*

9:00 Välkomsthälsning.
Invigningsföreläsning av författaren Elsie Johansson:
Våga växa, våga vara.

Hela dagen Posterutställning.

10:30 Examensuppsatser och avhandlingar i parallella seminarier.

13:30 Plenarföreläsning av professor Nils Uddenberg:
Charles Darwin - en aktuell 200-åring.

15:30 Parallella seminarier med blandade ämnen – se hemsidan.

18:30 Bankett i Rikssalen på Uppsala Slott.

Fredag

8:30 Plenarsession: Övriga på tema växtkraft.

9:30 Plenarsession: Årets avhandling, högtidsföreläsning.

10:30 Parallella seminarier med blandade ämnen – se hemsidan.

13:30 Plenarföreläsning av professor Cecilia Björkelund:
Dagens allmänmedicin – spjutspets eller gammal skåpmat?

15:00-15:30 Avslutning.

Annons

Om allmänmedicinskt yrkeskunnande och humanistisk bildning

”30 juli. Fjärden har blivit excentrisk – idag vimlar maneterna för första gången på åratat, de pumpar sig fram lugnt och skonsamt, de hör till samma rederi: AURELIA, de driver som blommor efter en havsbegravning, tar man upp dem ur vattnet försvinner all form hos dem, som när en obeskrivlig sanning lyfts upp ur tystnaden och formuleras till död gelé, ja de är oöversättliga, de måste stanna i sitt rätta element.”

Tomas Tranströmmer, ur *Östersjöar*, 1974

Jag har ibland svårt att förklara för mina vänner, varav många är läkare, varför jag läser och reflekterar kring skönlitteratur och filosofi på KTH i min forskning som allmänläkare. En del tycker att det verkar mer som ett angenämt tidsfördriv än seriös forskning. Kanske kan Tranströmmers ord ovan vara en hjälp att förstå det problematiska med att bedriva forskning kring yrkeskunnande, i mitt fall allmänläkarens. Liksom maneterna ovan är yrkeskunnandet på ett sätt oöversättligt, det gör sig bäst i sitt rätta element, den praxis som faktiskt utgör själva yrkeskunnandet.

De flesta allmänläkare i Sverige tror jag är ganska medvetna om gränserna för vad man kan uträtta med naturvetenskapliga (humanbiologiska) modeller i form av EBM med mera. Det är också få, om ens någon, som ifrågasätter betydelsen av den enorma naturvetenskapliga utvecklingen som skett inom medicinen de senaste decennierna, men jag upplever att de flesta *vill se sig själva* som praktiker med både naturvetenskaplig och humanistisk förankring. Så långt allt väl, men tyvärr finns det även moln på den annars så soligt gemytliga allmänmedicinska himlen.

För det första delas det allmänmedicinska perspektivet inte av så många andra grupper i samhället. Jag tror att flertalet av våra specialistkollegors syn på det väsentliga i läkarrollen klart domineras av

det naturvetenskapliga perspektivet, och det verkar i alla fall helt klart att det är detta perspektiv som våra ytterst ansvariga sjukvårdspolitiker har för ögonen. För allmänheten i stort betraktas vi inte sällan som de mindre ambitiösa/begåvade läkarstudenterna som inte klarade av att bli ”specialister” på riktigt.

– Jaså, du är allmänläkare, men har du inte tänkt gå vidare och specialisera dig?

Vi har ingen domän av naturvetenskaplig påståendekunskap där vi överglänsar våra specialistkollegors, och blir därmed lite sekunda i mängas ögon. Detta påverkar naturligtvis vår förmåga att styra och påverka debatten. SBU kom till exempel nyligen med en rapport om gastroesofageal refluxsjukdom och dyspepsi, som främst riktar sig mot primärvården¹. Rapporten är skriven av en allmänläkare och nio (sic!) sjukhusspecialister.

Lösningen till dilemmat borde vara att förklara vad vi faktiskt gör för att bemötas av den respekt som vi tycker vårt yrkeskunnande är värt, men det är lättare sagt än gjort. Under alla (8) år som jag verkat som läkare har det förts en debatt inom kåren om vad vi som allmänläkare *egentligen* är specialister på. Det senaste budet med flest anhängare tycks vara att vi är experter på *individ*en. Det är möjligt att det är det minst dåliga förslaget, men för egen del tycker jag det skulle kännas märkligt och inte helt med san-

ningen överensstämmande att beskriva mig som expert på fru Johansson, herr Svensson och de andra som jag träffar med jämna mellanrum, eller bara vid ett tillfälle för den delen. Jag förstår att man med beskrivningen *expert på individen* vill lyfta fram vikten av kontinuitet med sin allmänläkare, men det ger likväl en del märkliga associationer.

Vidare, när man försöker att utveckla beskrivningen av vårt yrke fastnar man lätt i floskler och klichéer. I det senaste numret av *Allmänmedicin* skriver Anna-Karin Svensson, facklig företrädare för SFAM en artikel med titeln *Samtalet är vårt finaste verktyg*, där hon i positiva ordalag kommenterar äldre- och folkhälsoministern Maria Larssons folkhälso proposition². I sak har jag inget att invända mot artikeln, jag håller med artikelförfattaren, men hur skall man komma förbi klichéerna? Ett ax-plock ur artikeln (förutom titeln): *”Se den enskilde patienten i ett helhetsperspektiv...”, ”Vi möter patienten-människan i hennes unika situation...”, ”Patientens empowerment är att hans hans eller hennes egna resurser för hälsa tas i anspråk”.*

Det kan naturligtvis vara svårt att skriva en kort artikel utan att använda sig av dessa utvattnade begrepp, men jag tror att en förklaring kan ligga i allmänläkarens bild av sig själv som humanist, som delvis är en kliché. För allmänläkare i



allmänhet har ingen stark humanistisk förankring, annat än att vi ”arbetar med hela människan”, som är det svar jag fått när jag frågat kollegor om på vilket sätt de ser på sig själva som humanister. *En bild av oss själva som humanister höll oss fångna*, för att travestera Wittgensteins. Vi är fostrade och skolade i ett naturvetenskapligt språk, och när vi skall prata om det genuint mänskliga fastnar vi lätt i klichéer. Här ser jag en anledning för allmänläkare att läsa och reflektera över vad de skönlitterära och vetenskapsteoretiska klassikerna kan lära oss. Klassikerna ger oss även verktyg att komma förbi klichéerna, i det att de gestaltar erfarenheter som är allmänmänskliga. Därmed ger de oss en ingång att reflektera över våra egna liknande erfarenheter – vi kan se oss själva med andra glasögon. Dessutom påminner de humanistiska klassikerna oss att ställa frågan vad det innebär att vara människa, en fråga som delvis innehåller sitt eget svar – att ställa den är att vara människa – och frågan hjälper oss att se gränserna för vad vi kan och bör utträtta som allmänläkare.

Åter till forskning om allmänläkarens yrkeskunnande. Hur skall man kunna bedriva detta på ett metodiskt sätt, utan att endast formulera en död gelé av floskler. Bo Göransson ger i essän *Bildning och Teknologi* tre förslag som *dialogseminariet* använder sig av för att närma sig yrkeskunnande:

- att återupptäcka de vetenskapsteoretiska klassikerna,
- att utveckla den filosofiska dialogen som litterär genre samt
- att söka analogier mellan skilda yrkesområden³.

Alla tre har sina förtjänster för den allmänmedicinske forskaren, och flera allmänmedicinska avhandlingar de senaste åren innehåller nyskapande metaforer, bland annat har själva konsultationen liknats vid en pardans och studenters lärande under utbildningen vid ett tim-

glas. Detta är emellertid inte normen, de flesta kvalitativa arbeten använder sig fortfarande av ett traditionellt ”kvantitativt” vetenskapligt språk, där själva poängen inte framträder bakom formalia, utom möjligtvis i den något friare *konklusionen*. Att man med en annan *form* för framställningen bättre skulle kunna beskriva verkligheten är för många fortfarande otänkbart, i alla fall om man aspirerar på någon vetenskaplig tyngd. Men det är svårt, för att inte säga omöjligt, att gestalta allmänmedicinskt yrkeskunnande utan att fastna i floskler.

Det handlar ju om att med språkets hjälp beskriva en komplex och mångfacetterad verklighet, om vilken man skaffat sig en bild genom att använda en viss metod. Vi har helt enkelt att göra med begreppen sanning, vetenskap och konst och deras inbördes relation. Hur kreativ kan jag som forskare bli i mitt sätt att uttrycka min metodologiskt förskaffade bild av verkligheten?

- Kan jag utveckla nya metaforer?
- Ja, definitivt!
- Kan jag ge ut en haikusamling?
- Förmodligen inte!

Den filosofiska dialogen kan vara ett fruktbart sätt att gestalta en mångfacet-

terad yrkesverklighet. Den är på något sätt det mest vetenskapligt stringenta skönlitterära greppet och den befinner sig i brytpunkten mellan vetenskap och konst. Och den kräver inte lika mycket av mig som konstnär som att ge ut en haikusamling. Den kan på ett förtjänstfullt sätt gestalta det mångtydiga i en komplex verklighet på ett sätt som blir överskådligt och tillgängligt både för författaren och läsaren (vilket min haikusamling aldrig skulle bli).



Henrik Åhsberg, Styrso
henrik.ahsberg@vgregation.se

Allmänläkare på Styrso VC, Göteborg. Deltagare i forskarskolan på KTH (yrkeskunnande och teknologi) där man bedriver forskning kring yrkeskunnande och så kallad tyst kunskap.

Allt samlas i språkets kreativa aspekt
Och skjuts in, under den mörknande
blå bakgrundens kant Skarpt
avgränsad bara i språkets

bländningar, inåt Också du har del
av upplösningen, förtvivlan Snabbt
virvlar det upplösta språkets större alfabet, i randomiserade

funktioner Du ska nu kunna möta
allt som finns där För varje ord i
det språket finns kanske okänd verklighet

Du vet inte Du ska inte veta
Vet bara, att om vårt liv skall bli möjligt
Måste vi tala med hela språket

Göran Sonnevi, ur *Små klanger; en röst*, 1986

1 Stael Von Holstein C., Agréus L., Engstrand L., et al.
Dyspepsi och reflux – en systematisk översikt, SBU 2007

2 *Allmänmedicin*, nr 2, 2008

3 Bo Göransson, *Bildning och Teknologi*, Högskoleverket 2007

Fortbildning för allmänläkare i Kronobergs Län 2007–2008

Mattias Rööst, Helene Ekström, Sara Holmberg för SFAM Kronoberg



Hösten 2008 genomfördes en undersökning om allmänläkares fortbildning i Kronobergs län. En enkät skickades till 105 allmänläkare med en svarsfrekvens på 61%. Resultaten visar att det är en god uppslutning till den lokalt anordnade fortbildningen, men att en stor del av läkarna inte varit på någon extern fortbildning eller har någon kontinuerlig fortbildning på sin arbetsplats.

Introduktion

Allmänmedicinens breda uppdrag tillsammans med en ständig medicinsk utveckling ställer höga krav på kontinuerlig fortbildning för att bibehålla hög kompetens och kvalitet inom primärvården [1]. Som riktlinjer rekommenderar därför Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) att 15% av arbetstiden används till fortbildning. Läkarförbundet rekommenderar minst tio externa utbildningsdagar per år och en halv dag per vecka för intern fortbildning och eget lärande. En oroväckande trend är dock att fortbildningen för allmänläkare minskat successivt de senaste åren jäm-

fört med flertalet övriga specialiteter [2]. Nedan presenteras resultaten från en enkätundersökning som genomfördes av SFAM Kronoberg hösten 2008. Syftet med undersökningen var att kartlägga hur fortbildningen har sett ut de senaste två åren för allmänläkare verksamma i Kronobergs län. Vi ville både få en aktuell beskrivning av läget samt ta fram basinformation för en framtida jämförelse efter vårdval Kronoberg som införs under våren 2009.

Metod

En enkät skickades i oktober 2008 till samtliga fast anställda specialister i allmänmedicin i Kronobergs län. Enkäten följdes av en påminnelse. Efterfrågad fortbildning specificerades i termer av intern fortbildning (gemensam fortbildning för läkarna anordnad inom landstinget), kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen (löpande utbildningsaktiviteter som anordnas på vårdcentralen) samt extern fortbildning (deltagande i konferenser eller kurser som anordnas utanför landstinget). Svaren analyserades deskriptivt med SPSS 14.0 där Chi2-test användes för jämförelser mellan grupper. Ett p-värde <0.05 ansågs signifikant.

Resultat

Enkäten skickades till 105 specialister i allmänmedicin i Kronobergs län och vi erhöll 64 svar vilket innebär en svarsfrekvens på 61%. Av de svarande var 40% kvinnor och 60% män, vilket motsvarar fördelningen bland specialisterna. Majoriteten var över 50 år (62%). Mängden erhållen fortbildning skiljde sig inte mellan män och kvinnor. Därremot observerades skillnader beroende på vårdcentralstorlek varför resultaten presenteras separat enligt tabell 1. En tredjedel av läkarna (31%) arbetade på en liten vårdcentral (3 eller färre läkartjänster), 27% arbetade på en mellanstor vårdcentral (4–6 läkartjänster) och 42% arbetade på en stor vårdcentral (7 eller fler läkartjänster).

Intern utbildning

Knappt hälften av allmänläkarna (44%) hade deltagit vid 6–10 interna utbildningstillfällen per år som anordnats inom landstinget. Det var få som inte hade deltagit vid någon intern fortbildning (2%), eller vid fler än 15 tillfällen (3%). Nästan samtliga (94%) har gått på någon av de utbildningar som anordnas av den lokala läkemedelskommittén och



Tabell 1. Fortbildning för allmänläkare i Kronobergs län 2007–2008

Variabel	Totalt n (%)	Liten VC n	Mellan VC n	Stor VC n
Intern fortbildning (antal tillfällen/år)				
0	1 (2)	0	0	1
1-5	17 (27)	6	7	4
6-10	28 (44)	9	6	12
10-15	15 (24)	2	3	9
>15	2 (3)	1	1	0
Svar saknas	1	1	0	0
Kontinuerlig intern på arbetsplatsen				
Inte alls	22 (35)	10	8	4
Ibland	31 (49)	8	6	16
Nästan varje vecka	10 (16)	0	3	6
Svar saknas	1	1	0	0
Extern fortbildning (dagar/år)				
0	12 (19)	8	3	1
1-4	36 (57)	7	9	19
5-8	13 (21)	2	4	6
9-12	2 (3)	1	1	0
Svar saknas	1	1	0	0

cirka 50 % hade deltagit vid mer än ett tillfälle per år. De flesta (94 %) hade även gått på de utbildningsdagar som initieras av SFAMs lokala organisation och cirka 80 % hade gått mer än en gång per år. Majoriteten av de svarande hade under den 2-årsperiod som enkäten avsåg medverkat aktivt i en FQ-grupp (60 %). Det fanns inga signifikanta skillnader i erhållen intern fortbildning relaterat till ålder, kön eller storlek på vårdcentral.

Kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen och egen fortbildning

En stor andel (35 %) av de svarande hade inga löpande egna fortbildningsaktiviteter på sin arbetsplats, medan 49 % angav att det förekom sporadiskt och endast 16 % hade sådan fortbildning varje vecka. Frånvaron av kontinuerlig fortbildning var betydligt vanligare på små vårdcentraler än på stora (56 % jämfört med 15 %, $p=0.026$).

Egen fortbildning, så som litteraturstudier, sker framförallt på fritiden. I medeltal användes 2.4 timmar per vecka av fritiden till egen fortbildning vilket kan

jämföras med att man använde 0.5 timmar per vecka av sin arbetstid.

Extern utbildning

De flesta (57 %) hade deltagit vid någon extern fortbildning under 1–4 dagar per år. De vanligaste aktiviteterna man hade deltagit i var: Allmänmedicinskt forum (40 %), Riksstämman (30 %), SFAMs höstmöte (25 %), SFAMs kvalitetsdagar (10 %) och Nordiska allmänläkarmötet (10 %). Att inte ha gått på någon extern fortbildning var dock relativt vanligt (19 %). Detta var speciellt utmärkande för läkarna på små vårdcentraler där 44 % inte hade varit på någon extern fortbildning jämfört med 4 % på stora vårdcentraler ($p=0.034$).

Enkäten innehöll även frågor om hur mycket extern utbildning man skulle vilja ha. Resultaten visar tydligt att man skulle vilja gå på mer extern utbildning än man gör. Knappt hälften (43 %) önskar 5–8 dagar per år, 32 % önskar 1–4 dagar per år, 19 % önskar 9–12 dagar per år och 6 % önskar fler än 12 dagar per år.

Eget inflytande över fortbildningen

Drygt tre av fyra svarande (78 %) tycker inte att de deltagit i tillräckligt med fortbildning de senaste två åren. Majoriteten (65 %) upplever att de själva främst är ansvariga för sin fortbildning, medan en mindre del (10 %) uppfattar att verksamhetschefen eller att de själva tillsammans med verksamhetschefen (13 %) är ansvariga. På frågan om vad som hindrat ytterligare fortbildning svarar allmänläkarna framförallt att man själv ansett att man inte kan vara borta från sitt kliniska arbete (84 %) eller att man blivit nekad av verksamhetschefen på grund av; personalbrist (58 %), tidsskäl (45 %) eller ekonomiska skäl (16 %).

Diskussion

Resultaten från enkätundersökningen visar en god uppslutning till den interna fortbildning som organiseras lokalt inom landstinget, men att en stor del av läkarna inte har någon kontinuerlig fortbildning på sin arbetsplats eller har deltagit vid extern fortbildning de senaste två åren.

Eftersom vi inte kunnat relatera resultaten till anställningsgrad kan vi inte uttala oss om den genomsnittliga andel av arbetstiden som används till fortbildning i Kronoberg. Däremot är det tydligt att majoriteten av allmänläkarna inte får den mängd fortbildning som rekommenderas av SFAM eller Läkarförbundet, varken i form av intern eller extern utbildning. Den aktuella enkäten visar även att tre av fyra läkare inte uppfattar sin fortbildning som tillräcklig, en andel som inte nämnvärt förändrats sedan 90-talet, då lokala SFAM i Kronoberg gjorde en liknande enkätundersökning [3]. Resultaten visar att det föreligger ett behov av att se över hur möjligheter till fortbildning skulle kunna förbättras.

Läkarna i den här studien beskriver ett stort eget ansvar för sin personliga fortbildning. Samtidigt var den vanligaste orsaken till utebliven fortbildning att man upplevde sig inte kunna vara borta från den kliniska verksamheten. Konflikten mellan fortbildning och patientarbete blir tydligare på små vårdcentraler än på stora. Sannolikt finns här en

del av förklaringen till att läkare på små vårdcentraler erhöll mindre såväl extern som kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen. Det borde vara självklart att fortbildning ses som en rutinmässig del i uppdraget som allmänläkare och kanske behöver arbetsgivare och enhetschefer ytterligare uppmärksammas på behovet av goda rutiner för att säkra möjligheterna till löpande fortbildning [1].

En stor del av det kontinuerliga lärande som präglar läkaryrket sker förstås i den kliniska vardagen, vilket kräver tid för egen reflektion och diskussion med kollegor. FQ-grupper har sedan början av 90-talet varit en viktig del i allmänläkares fortbildning, men antalet aktiva grupper har minskat påtagligt senaste åren [4]. Även om deltagandet i Kronoberg verkar ha sjunkit så är en stor andel fortfarande engagerade i någon FQ-grupp, och i takt med framtida

pensionsavgångar görs ansträngningar för att fylla på befintliga grupper med yngre kollegor.

Vid förra årets riksstämma hölls ett seminarium om fortbildning där det poängterades att läkare själva är bäst lämpade för att bedöma vilken kunskap och form av utbildning som de behöver och att det inte på ett meningsfullt sätt går att standardisera dessa utbildningsformer [5]. I Kronobergs län har en stor del av allmänläkarnas interna fortbildning sedan slutet av 70-talet organiserats inom professionen, initialt av lokala DLF och sedan mitten av 90-talet av lokala SFAM [6]. De senaste åren har lokala SFAM initierat 5–6 utbildningsdagar/år. Detta har skapat en plattform där läkarna själva har ett stort inflytande på utbildningens form och innehåll, vilket har medfört ett stort intresse med högt deltagande.

I genomsnitt kommer drygt 70-80 deltagare per gång. Vi tror att detta är ett framgångsrikt sätt att skapa en relevant intern fortbildning.

I mars 2009 infördes Vårdval Kronoberg. I underlaget och kravspecifikationen finns inte fortbildningens omfattning eller mål preciserad. Fortbildning är en av hörnstenarna för god kvalitet och patientsäker vård. Vi i SFAM Kronoberg ser det därför som angeläget att följa hur fortbildningen utvecklas de närmaste åren när primärvårdsorganisationen förändras så påtagligt i Kronoberg, liksom i övrigt landet.

Författarpresentation

Mattias Rööst, ST-läkare, doktorand, ledamot SFAM Kronoberg.

Vårdcentralen Alvesta, 342 36 Alvesta samt
FoU-centrum Landstinget Kronoberg,
Box 1223, 351 12 Växjö.
E-mail: mattias.roost@ltkronoberg.se

Helene Ekström, Distriktsläkare, medicine doktor, kassör SFAM Kronoberg.
Vårdcentralen Alvesta samt FoU-centrum Landstinget Kronoberg.

Sara Holmberg, Distriktsläkare, medicine doktor, ordförande SFAM Kronoberg.
Vårdcentralen Rottne samt FoU-centrum Landstinget Kronoberg.

Referenser

1. Werkö L. Primärvårdens roll – en (kritisk) granskning av Socialstyrelsens rapport. Läkartidningen; 35:3788-92.
2. Fortbildningsenkät 2007. Sveriges läkarförbund. <http://www.slf.se/upload/Slutversion%20Fortbildning%20anstallda%202007%20korrigerad.pdf>
3. Alm G, Thorén E, Håkansson A. Fortbildningsenkät till Kronobergs distriktsläkare. AllmänMedicin 1996; 17:189-90.
4. Eliasson G. Fortbildning ska ge känsla av sammanhang – SFAMs program högaktuellt. Allmänmedicin 2008; 2:23-25.
5. Hjelmqvist H, Nilsson K, Stenhaugen T. Poäng för fortbildning behövs inte. Läkartidningen 2009; 6:376.
6. Petersson C. Allmänmedicin, fortbildning och FoU Kronoberg. AllmänMedicin 2001; 1:22-3.

Sju lite annorlunda teser om allmänmedicin

Utdrag ur antologin "Evidensbefriad Medicin"

1. Allmänmedicin innebär att försöka leva ett eget liv värt namnet.
2. Allmänmedicin innehåller ödmjukhet och fantasi som omistliga ingredienser.
3. Allmänmedicinskt engagemang kräver samhällsengagemang.
4. Allmänmedicin är en form av kärlek.
5. Allmänmedicin möter allt som livet och döden har i sina respektive sköten.
6. Allmänmedicin är gränslös.
7. Allmänmedicin är all hälso- och sjukvårds moder och fader.

Torsten Green-Petersen
Distriktsläkare Slite, Gotland
tgp@telia.com

FQ-grupper bra, men alltför litet tid för fortbildning enligt enkät till fortbildningssamordnare

Kollegor inom SFAM:s nätverk för fortbildningssamordnare har besvarat en enkät med frågor om den lokala fortbildningen. I denna artikel redovisas resultatet, som visar att många samordnare saknar uppdrag från ledningen, att de befarar utebliven fortbildning när vårdvalsmodellerna ska sjasättas och att kollegiala grupper anses viktiga för fortbildningen



Gösta Eliasson



Meta Wiborg

"Det är viktigt att vi inom SFAM diskuterar hur vår fortbildning skall vara strukturerad."

Svensk förening för allmänmedicin stöder ett nätverk för allmänläkare som på ett eller annat sätt ansvarar för kollegornas fortbildning, så kallade fortbildningssamordnare. Kommunikation inom nätverket sker genom mail och i samband med nationella möten en till två gånger per år. Antalet personer på nätverkets maillista uppgår för närvarande till 49 stycken, men någon uppdatering av listan har inte gjorts under det senaste året.

Syftet med denna enkät var att få en uppfattning om vilka förutsättningar fortbildningssamordnare har för sitt arbete och hur de ser på villkoren för sina kollegors fortbildning.

Metod

SFAM:s utbildningsråd skickade i december 2008 en webbaserad enkät (Google-tjänst) med 21 frågor till de 49 medlemmar som finns på nätverkets maillista. Enkäten skickades till fortbildningssamordnare i 13 landsting och två regioner. Svarsalternativen var i huvudsak fasta, men vissa frågor kunde besvaras med fri text.

Resultat

Svar inkom från 38 personer, varav 31 angav att de har uppgifter som fortbildningssamordnare medan sju personer angav att de numera inte har denna funktion. Tolv landsting och två regioner var representerade i svaren (Tabell 1).

Region/landsting	Antal samordnare som svarat
Dalarna	1
Gävleborg	2
Jämtland	2
Jönköping	1
Kronoberg	1
Norrbottnen	1
Region Skåne	4
Stockholm	9
Sörmland	1
Värmland	1
Västernorrland	3
Västmanland	1
Västra Götaland	3
Örebro	0
Östergötland	1

Tabell 1

De flesta samordnare angav att de hade åtagit sig sin uppgift år 2000 eller senare. Många arbetar utan uppdrag från sin ledning. En tredjedel har en befattningsbeskrivning för uppdraget och en sjättedel har särskilt lönetillägg (Tabell 2)

Jag har...	Antal som svarat ja	%
ett uppdrag som utbildnings-samordnare från min ledning	20	65%
en befattningsbeskrivning för mitt uppdrag	10	32%
tid avsatt för mitt uppdrag	24	77%
lönetillägg för mitt uppdrag	5	16%

Tabell 2

Ser man på finansieringen saknar mer än hälften av de representerade regionerna och landstingen särskilt avsatta medel för allmänläkares fortbildning (Tabell 3). Denna fråga har i större landsting/regioner besvarats av fler än en samordnare och svaren divergerar ibland avseende centrala medel respektive individuellt fortbildningskonto. Det vanligaste svaret är att särskilt avsatta medel för fortbildning saknas.

Tabell 3

Typ av finansiering	Antal landsting/regioner
Ja, individuellt fortbildningskonto	1
Ja, centrala medel	5
Inga särskilt avsatta medel	8

Läns-/regionövergripande fortbildningsdagar för allmänläkare förekommer i rätt stor omfattning. Nästan hälften av fortbildningssamordnarna (45 procent) anger att det förekommer mer än åtta sådana möten per år. Tretton procent anger att det förekommer sponsring från läkemedelsindustri vid dessa möten. När det gäller aktiviteter på vårdcentral har 61 procent av samordnarna uppfattningen att regelbundna interna läkarmöten förekommer på alla eller på många av vårdcentralerna i området.

Nio av 31 samordnare har uppfattningen att kollegorna inte är särskilt nöjda med sin fortbildning (Tabell 4)

Tabell 4

Hur nöjda uppfattar du att dina kollegor är med sin fortbildning i allmänhet?	Antal	%
Mycket nöjda	1	3%
Nöjda	19	61%
Inte särskilt nöjda	9	29%
Missnöjda	0	0%
Vet ej	2	6%

Den avgjort vanligaste orsaken till att kollegorna inte är nöjda bedöms vara svårigheter att lämna mottagningen, det vill säga tidsbrist. Brist på pengar eller otillräckligt kursutbud verkar däremot inte ha betydelse. (Tabell 5).

Tabell 5

Om kollegorna inte är nöjda, vad tror du det beror på?	Antal jakande svar	%
Dåligt kursutbud	0	0%
Brist på pengar	2	7%
Svårt att komma ifrån mottagningen	19	68%
Dålig förståelse från ledningen	5	18%
Annat	2	7%

Nästan alla samordnare anser att kollegiala grupper (FQ-grupper) är viktiga eller mycket viktiga för fortbildningen. Femton samordnare anger att de känner till mellan en och sex kollegiala grupper inom sitt område och en samordnare anger fler än tio. Tolv samordnare känner inte till om det finns FQ-grupper eller ej. Träffar för gruppleddare förekommer men är sällsynta.

På frågan om man anser att fortbildningen bör följas upp svarade 30 av 31 samordnare jakande och nästan hälften att de kan tänka sig recertifiering liknande den norska modellen. Många anger flera tänkbara uppföljningsinstrument (Tabell 6).

Tabell 6

Anser du att fortbildningen bör följas upp?	Antal	%
Ja, med recertifiering nationellt som i Norge?	13	42%
Ja, med krav på fortbildningspoäng från huvudmannen	13	42%
Ja, med SPUR-inspektioner även av fortbildningen	7	23%
Ja, på annat sätt	7	23%
Nej	1	3%

Övriga synpunkter

För övrigt anger fortbildningssamordnarna i sina fritextsvar oro över hur det ska gå med kompetensutvecklingen när vård- och hälsovalsmodeller införs med befarad konkurrens om tid och pengar och avsaknad av definierat ansvar för fortbildning. Man efterlyser ekonomiska incitament för fortbildning. Det är ytterst få kollegor som har individuella utvecklingsplaner. Vakanser och sköra organisationer ses av många som allvarliga hot mot fortbildning.

Många efterlyser lokala grundstrukturer för fortbildning. Flera samordnare använder "lobbyarbete" och dialog för att förbättra fortbildningen inom sina landsting, både till kollegor och ledning.

När det gäller att få igång kollegiala grupper föreslås att de premieras i ett certifieringssystem, satsning på gruppleddarutbildning och att kollegiala grupper ska ingå i beställning av primärvård. Nyrekrytering till grupper föreslås ske via redan etablerade ST-nätverk och studierektorns roll framhålls. Uppsökande verksamhet genomförd av "betrodna kollegor" anges som en möjlighet att medvetandegöra fortbildningens betydelse.

Diskussion

Man bör ha i åtanke att denna enkät endast beskriver samordnarnas uppfattning om hur kollegorna upplever sin fortbildning. Enkäten speglar de subjektiva uppfattningarna hos 31 fortbildningssamordnare representerande tolv landsting och två regioner. Den täcker inte alla regioner/landsting och ger därför



inte någon fullständig bild av hur fortbildningen fungerar i landet som helhet. Enkäten ska därför ses som ett försök att spegla en del av problematiken när det gäller allmänläkarnas fortbildning.

Cirka en tredjedel uppfattar att deras kollegor inte är nöjda med sin fortbildning och som främsta skäl anges svårigheter att komma ifrån sin mottagning. Varken ekonomi eller brist på kurser tycks ha någon större betydelse som hinder. Antalet kollegiala grupper (FQ-grupper) har minskat sedan 90-talet samtidigt som de av de flesta samordnare uppfattas som en viktig del av fortbildningen. Men trots att de kollegiala grupperna betraktas som viktiga är det påfallande många samordnare som inte känner till hur många grupper det finns inom det egna området. Anmärkningsvärt är också att många samordnare inte har något egentligt uppdrag från ledningen och att de flesta saknar en befattningsbeskrivning som definierar ett sådant uppdrag. Detta talar för att dialogen mellan ledning och profession behöver förbättras.

Det är viktigt att vi inom SFAM diskuterar hur vår fortbildning skall vara strukturerad. Det kan inte vara rimligt att så många upplever att de inte har tid med fortbildning. Fortbildningssamordnare kan hjälpa till med att få ordning på detta, men i slutändan är det den enskilde specialisten i allmänmedicin som måste ta ansvar för sin kvalitet i arbetet och därmed sin fortbildning. Viktiga uppgifter för SFAM är att ge fortsatt stöd till nätverket för fortbildningssamordnare och att hjälpa till att nystarta och utveckla kollegiala grupper. Den kollegiala gruppen ger en unik möjlighet att, med hjälp av problembaserat lärande och deltagarstyrning utveckla kompetens på allmänmedicinens egna villkor. En välfungerande FQ-grupp utgör därvid en naturlig bas för det livslånga lärandet. Detta enkätresultat ger anledning att fortsättningsvis betrakta de kollegiala grupperna som en viktig del av vår fortbildning.

Gösta Eliasson
Ordf Fortbildningsrådet

Meta Wiborgh
Nätverket för fortbildningssamordnare

Ett par avsnitt från Anders Lundqvists artikel *Fortbildning och hälsovalet* i AllmänMedicin nr 2/09 föll tyvärr bort. De kommer här.

Fortbildning för allmänläkare

Ett första förslag från gruppen utifrån diskussionerna under seminariet

Kontraktet

Består av rättighet och krav

Erbjudandet/rättigheten: Vårt gamla dokument (RIKTLINJER – KOMPETENSUTVECKLING FÖR LÄKARE INOM PRIMÄRVÅRDEN) utgör grunden.

Krav/motprestation: Deltagande i fortbildning (specificeras senare), krav på årlig individuell fortbildningsplan (tas fram tillsammans med basenhetschef) inklusive redovisning av förra årets fortbildning. Olika typer av fortbildning ska ingå, lokalt arbete, smågrupp...

Miniminivå på fortbildning krävs. En obligatorisk del, en frivillig del?

Övergripande organisation

Fortbildningsråd/fortbildningskollegium/fortbildningssamordnare/beställarenhet?

Någon grupp innehållande både administrativ funktion och allmänmedicinsk kompetens.

Uppgifter: att granska, bevilja och uppmuntra utifrån kontraktet.

Utbildningspott

En viss utbildningspeng/läkare (Vad ingår? Prissättning?)

En viss miniminivå på fortbildning krävs för ersättning över huvud taget.

Någon typ av trappstegsvis kostnadstäckning?

Om det inte utnyttjas – går till grannen (enligt dansk modell)?!

Gemensamma utbildningar

Behövs också framöver.

Kopplas till kvalitetsarbetet, SBU, nationella riktlinjer.

Utgångspunkt också från behov utifrån allas individuella fortbildningsplaner, 1-2 /år.

Smågrupper

Utbildning till ledare, handledning.

Kriterier för godkännande för ersättning bör finnas, (utbildad ledare?)

Intresseförfrågan ska gå ut snabbt.

Anders Lundqvist

RIKTLINJER – KOMPETENSUTVECKLING FÖR LÄKARE INOM PRIMÄRVÅRDEN

Ordinarie läkare inom Primärvården skall vara specialister i allmänmedicin. Allmänmedicin som specialitet ligger i skärningspunkten mellan individ, samhälle och medicin.

Fortbildning för specialister inom allmänmedicin, är av stor vikt ur kvalitetssynpunkt. Förutsättningar för ett livslångt lärande måste finnas för att yrkeskompetensen kontinuerligt ska utvecklas, vilket ställer höga krav på en fungerande fortbildning.

Den enskilde allmänläkaren ansvarar tillsammans med basenhetschefen för sin egen kompetensutveckling.

Fortbildning kan genomföras på olika sätt, till exempel genom att:

- Lära av patienter
- Läsa artiklar och böcker
- Medsittning av och med kollegor
- Kollegial vardagsdialog, informellt eller mer organiserat
- Utvecklingsarbete och forskning
- Hospitering på annan klinik/enhet
- Kurser, interna och externa
- Konferenser

Mål och utvärdering

Mål för kompetensutvecklingen sätts, och kompetensutvecklingsplan utformas, i samverkan med ansvarig chef. Utvärdering av planen följs upp årligen i samband med medarbetarsamtal. Kompetensutvecklingsplanen dokumenteras.

Riktlinjer

Extern utbildning

– Med extern utbildning menas utbildning som ofta är utanför länet, och som regel har en kursavgift. Dock hör till detta också länsgemensam utbildning och konferens, där landstinget kan vara en av flera medarrangörer.

Varje distriktsläkare har rätt att delta under fem dagar/halvår. Deltagandet ska vara i linje med framtagna kompetensutvecklingsplan.

Intern utbildning

– Som intern utbildning, räknas lokalt arrangerad utbildning på vårdcentralen eller i samverkan med flera vårdcentraler, till exempel distriktsläkarnas fortbildningsprogram. Interna utbildningar kan med fördel användas till kompetensutveckling och förbättrad samverkan mellan olika lokala aktörer inom hälso- och sjukvård. Interna utbildningseftermiddagar, cirka fyra timmar, bör anordnas inom varje primärvårdsområde en gång/månad. Det är viktigt att man skapar förutsättningar för ett så stort deltagande som möjligt i dessa utbildningar.

FQ-grupper

Alla ordinarie läkare bör erbjudas plats i en FQ-grupp.

– Med FQ-grupp menas lokala träffar med deltagande av 8–10 läkare, där man dryftar specifika allmänläkarfrågor, diskuterar patientfall eller inbjuder extern resurs. Träffarna bör inte överstiga två timmar/månad. En ledare bör utses för gruppen.

Utlandskonferenser

För primärvårdsverksamheten i Landstinget, kan det vara av vikt att inhämta internationella kunskaper och andra intryck från utlandet. Utlandskonferenser för läkare kan vara en sådan möjlighet och får inte glömmas bort.

Deltagande i utlandskonferenser beviljas av Förvaltningschefen efter godkännande av Basenhetschefen. Basenheten står för kostnaden.

Övrigt

Utöver ovanstående riktlinjer, äger varje basenhet rätt att efter egna förutsättningar, till exempel ekonomi, bemanning och behov, utöka antalet utbildningsdagar för enhetens läkare.

Återkoppling

Efter genomgången kurs, konferenser eller utbildning, återger läkaren inhämtade medicinska nyheter eller för verksamheten annan värdefull information, till såväl kollegor som annan personal.

Rättelse



I Allmänmedicin 1/2009 ifrågasatte Andreas Karlsson researchen i Ingrid Carlbergs bok "Pillret", med det missvisande argumentet att hon bara arbetat ett år med boken. Ingrid Carlberg har meddelat att hon arbetat fyra år med boken, förberedelser och det grundläggande reportaget inkluderat.

I recensionen spekulerade Andreas

Karlsson i om inte det positiva mottagandet av "Pillret" i medierna har styrts av Bonnierkoncernens ekonomiska intressen av boken. Boken "Pillret" är dock utgiven på Norstedts förlag.

Tidskriften Allmänmedicin ber om ursäkt för missförstånden.

Tillägg:

Recensenten avböjer att kommentera författarens rättelse av den recension som gjordes av hennes bok.

Annons

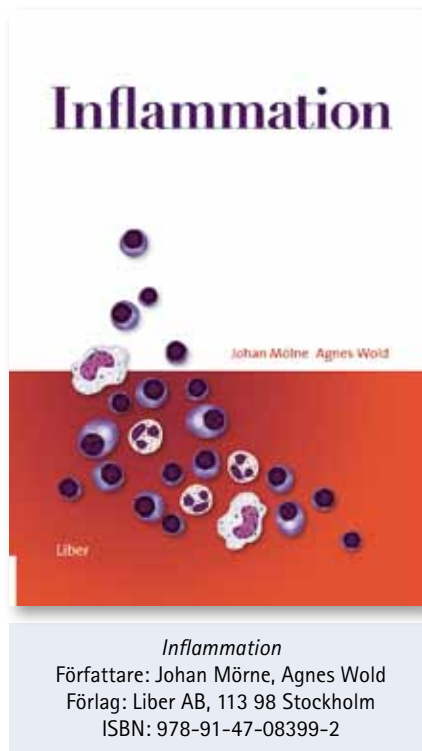
Inflammation

– ett grundläggande kunskapsområde

Läkarnas grundutbildning och fortbildning liksom allmänläkarnas arbetsdag är synnerligen mångskiftande. Många delar och oräkneliga detaljer passerar. Det är lätt att hamna i ett läge där man ”inte ser skogen för bara träen”, eller, som en klok kollega från Malmö uttryckte det, ”törstar efter kunskap men drunknar i information”. Men ofrånkomligt är att människan som biologisk och som social varelse är komplicerad. En del av oss strävar hela livet med att förstå delar av och ibland även helheten människan. Aldrig blir man färdig.

Man måste förundras över det samspel som organismens celler, vävnader och organ utför, hur beroende de är av varandra och hur allt för det mesta hålls i balans, i homeostas. Det gäller organismens olika biologiska nivåer. Tar man sedan in de psykologiska delarna av livet, det den amerikanske psykiatern Kenneth S. Kendler kallar emergensen, och det sociala samspelet tilltar komplexiteten ytterligare. BMJ hade för några år sedan en artikelserie om komplexitet i sjukvården^{1,2,3,4}. De artiklarna förtjänar läsning och begrundan.

Läsningen av *Inflammation* väcker sådana tankar. Författarna är välmeriterade. Johan Mörne är medicine doktor samt specialist i patologi och cytologi. Agnes Wold är docent i mikrobiologi och immunologi och överläkare i klinisk bakteriologi. De vill med boken fylla ett tomrum i utbudet av grundläggande medicinska böcker och de når sitt syfte. Författarna demonstrerar att inflammation är en grundläggande biologisk företeelse.



Det inledande kapitlet känns enkelt. Men sedan kommer författarna in på en detaljerad beskrivning av inflammationens olika delar och former. Det gäller invecklade händelseförlopp och läsaren möter en stor komplexitet och mångfald. Det gäller då att hålla tag i boksidorna och ta vara på bokens vackra och mycket pedagogiska bilder. Bildtexterna upprepar i rätt hög grad den löpande texten, kanske i onödigt hög grad, men det underlättar förståelsen. Står läsaren på sig, öppnas en fascinerande, dynamisk värld av celler och signalsubstanser. Man häpnar över den invecklade interaktionen och över de forskningsprestationer som kartlagt alla dessa delar.

Inflammation gäller organismens försvar och integritet. Immunitet, som betyder frihet eller oemottaglighet, är ett nyckelbegrepp. Den uttrycks på tre olika nivåer. Den första försvarslinjen består av olika typer av mekaniska och kemiska barriärer. Hit hör saltsyran i magsäcken, lipiderna från talgkörtlarna, slemlagren i mag-tarmkanalen och i luftrören.

De mikroorganismer som tar sig förbi dessa barriärer stöter på den andra försvarslinjen, det medfödda (”ospecifika”) immunsystemet. Det består av celler och molekyler som känner igen och reagerar på de larmsignaler mikroorganismerna åstadkommer. Detta startar inflammationen, där huvudaktören är makrofagen.

Den tredje försvarslinjen utgörs av det förvärvade (”specifika”) immunsystemet. Dess celler är lymfocyter av olika typer som när de aktiverats bildar specifika antikroppar, som dels är bundna till T-lymfocyterna, dels utskickade av de till plasmaceller utmognade B-lymfocyter. Inflammation är försvar mot mikroorganismer av olika slag men aktiveras också av skador, kirurgi och cancer. Ibland mobiliserar försvaret av vad man kan kalla ”inbillade” faror, som vid autoimmunitet och allergi. En inflammation kan vara akut, allergisk eller kronisk. Inflammatoriska processer är centrala vid många typer av sjukdom. När man läser *Inflammation* slås man av att dess innehåll på ett eller annat sätt kan appliceras på de flesta patienter som man som allmänläkare har att göra med.

Boken ger en grundlig översikt över de olika inflammatoriska cellerna i kroppen,



såväl de vävnadsbundna som de i blodet förekommande. En del av dem, endotelceller, glatta muskelceller och fibroblaster, har många av oss inte betraktat som inflammatoriska celler, åtminstone inte jag. Läsaren får också en detaljerad redogörelse för de inflammatoriska mediatorerna, de som står för de aktiverande och kontrollerande signalerna. Många av deras beteckningar har man sett flimra förbi i olika vetenskapliga artiklar. Man vet endast på ett ungefär vad namnen står för. Här får man ett djupare vetande. Bland de många detaljer texten rymmer vill jag nämna akutfasreaktionen med CRP, serumamyloid A-protein och fibrinogen, urinsyrans roll som nedbryt-

ningsprodukt från cellkärnorna vid cellsönderfall, det fria järnets farlighet, det utmärkta avsnittet om tbc. Jag förundrades över lymfocytantikropparnas och immunoglobulinernas knivskarpa specificitet och fick möjlighet att ge mig in i komplementsystemets och koagulationssystemets kaskadfunktioner, en läsning som – det måste erkännas – ger tendens till virvlar inuti huvudet.

Allmänläkare som jobbat med den här boken ett antal timmar kommer att förstå mycket av vad de dagligen ser på sina mottagningar på ett djupare och klarare sätt.

Stig Andersson

¹ Plsek, P E. Greenhalgh, T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-28.

² Wilson, T. Holt, T. Complexity and clinical care. *BMJ* 2001;323:685-88.

³ Plsek, P E. Wilson, T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001;323:746-49.

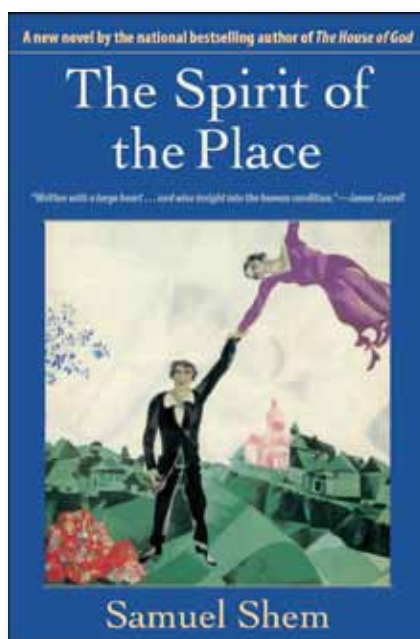
⁴ Fraser, S W. Greenhalgh, T. Coping with complexity: education for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.

Han var MSF

The Spirit of the Place

The Spirit of the Place
Författare: Samuel Shem
Förlag: The Kent State
University Press, Kent, Ohio
ISBN: 978-0-87338-942-6

Dr. Rose är MSF, läkare utan gränser, och lite vilse i livet. Själv märker han inte så mycket av det utan flyter nöjd omkring. Smällen kommer med dödsbudet om hans mor. Han är i Italien och mitt i en romantisk kärleksaffär med en spirituellt yogalärlarinna. Relationen med modern hade varit ansträngd. I sitt testamente tvingar hon honom till ett svårt val: Villkoret för att ärva hennes förmögenhet är att tillbringa ett år som allmänläkare i sin hemstad Columbia, där hans tidigare mentor och samhällets allmänläkare Dr. Starbuck långsamt åldrar. Efter många om och men bestämmer Rose sig för arvet och stannar den utmätta tiden. Hans ambivalens märks dock i en kluven inställning till sitt åtagande och sin hemstad.



Författaren Samuel Shem ger en burlesk beskrivning av amerikansk allmänläkarverksamhet i ett litet samhälle med kanske 8 000 invånare, inbäddad i en kontext av kärlek, gamla konflikter, besvikelse och död. Relationer, allmänläkarprofession och plats blir i denna bok till en imponerande komplex väv. Lokalbefolkningens relation till sin doktor, patienternas ”mandat”, och doktors relation till sina patienter utgör en av bokens huvudtrådar.

Oss allmänläkare ger boken anledning att fundera. Kontrasten till vår svenska ”primärvård” förefaller enorm. Boken bjuder in till en sällsynt stimulerande och tankeväckande lästund om samhälle, läkaryrke och allmänmedicin.

Markus Beland

Annons

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Annika Eklund-Grönberg
070-757 81 08
annika eklund-gronberg@sfam.a.se

Vice ordförande

Björn Nilsson, 070-210 20 16
Bjorn.nilsson@ptj.se

Facklig sekreterare

Anna-Karin Svensson, 070-311 39 96
anna-karin.svensson@sfam.a.se

Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare

Ulf Peber
Ulf.peber@sfam.a.se

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16
Froken_andersson@hotmail.com

Eva Jaktlund
Eva.jaktlund@sfam.a.se

Sofia Hellman
Sofia.hellman@bredband.net

Mats Rydberg
Mats.rydberg@lthalland.se

Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg,
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson,
Gunnar Carlgren och
Sara Holmberg.

Kansli

Heléne Swärd
08-23 24 05
helene.sward@sfam.a.se
(Se även redaktionsrutan)

Examenskansliet

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

Tidningen AllmänMedicin

Anders Lundqvist
070-234 26 36, fax 0660-898 03
anders.lundqvist@lvn.se

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

Madelene Andersson
Froken_andersson@hotmail.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

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@dli.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04
thomas.fritz@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

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 Svensson
anna-karin.svensson@sfam.a.se

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dli.se

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Torsten Green-Petersen
torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lthblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

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
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se



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

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, Hemsjukvårdens Hus, Linköping och 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: Ons 21 oktober 2009 kl. 09.30 – tors 22 oktober 2009 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar 6000 kr, inkl. logi.
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, läkemedelshandling/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

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

Senaste anmälningsdatum: Onsdag 9 september.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till helene.sward@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Box 503, 114 11 Stockholm, tel 08-23 24 01 www.sfam.se

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

EGPRN

Anders Håkansson
Anders.Hakansson@smi.mas.lu.se

Euract

Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip

Per Stenström & Birgitta Danielsson

Nordic Federation of General Practice/ApS

Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG

Bertil Hagström
Bertil.hagstrom@telia.com

SKARABORG*

Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.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

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: 450 kr/år.

ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@klinvet.ki.se

Redaktion

Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 50, staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnäs, adjungerad redaktör, distriktsläkare, Sthlm
tina.ronnas@home.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
handel.hans@telia.com

Johanna Johansson, redaktionssekreterare, SFAMs kansli
chefredaktor@sfam.a.se

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
Peo Göthesson
Box 29, 450 71 Fjällbacka
0525-323 50, fax 0525-329 29
peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Peter Brorson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
peter@mediahuset.se

Tryck

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryckeri.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2009

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	5/1	24/2
2	16/3	5/5
3	5/5	23/6
4	3/8	18/9
5	14/9	3/11
6	2/11	18/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

Stenknäckens gnisslande sång

Det var ett evigt tjat om kärnan! I allmänmedicin alltså. Som om den söta solmogna persikans eller körbärets lite sura röda frukt runtom inte hade någon betydelse. Nej. Att tala om kärnan är att tala om något annat än mitt yrke. Att, kanske i känslan av trångmål, försöka häva oss upp, ta våra triceps i anspråk för ytterligare några armhävningar det vill säga bar-dips på modern gymsvenska. Med den vaga förhoppningen om att bli lika bra, uppnå samma status, bli minst lika lyckade eller erkända. Som de riktiga läkarna. Ja. Ni vet de som jobbar på sjukhuset och är specialister med stort S och sitter med resurserna kuttrande under sina smidiga stjärtar.

Nej. Det är inte det jag drömmer om på nätterna i fläkten av min CPAP och efter att ha ökat dosen citalopram till den dubbla som förberedelse inför nästa lönesamtal.

Men vi lever ju mitt i våra liv. Förhoppningsvis. De flesta av oss dessvärre, liksom jag själv, kanske med upplevelsen av att hela tiden vara lite vid sidan av. Sådär i kanten av vägrenen, halvvägs mot ett lerigt dike. Med skit upp till armhålorna och Jean-Paul Sartre och hans smutsiga händer tickande i bakhuvudet. Men mellan kanske åtta på morgonen och ungefär fem på eftermiddagen deltar vi på försök parallellt i andras liv. Vi kommer närmare deras år av erfarenheter, deras tunnaste hud, än någon annan gör. Till och med prästerskapet ryggar och sällar sig istället, med sina självmordstankar, till patientskaran. Kan jag bli sjukskriven från Gud under en tid? Har något läkemedel ännu registrerats på indikationen klenotrende?

Och kassörskan från Konsum berättar sin sorgkantade historia om ensamhet, vårdnadstvist och taskig ekonomi medan Energibolagets verkställande direktör sitter i väntrummet med ileus. Och båda dessa människor är mina – läs just mina – kamrater och ledsagare dessa dagar medan aprilens solen står som spön i backen.

Hur kan vi då prata om kärna överhuvudtaget? När livets ström forsar fram och vår uppgift är att ta sällskap med den. När vår största och, egentli-

gen enda allt överskuggande, utmaning är att lära oss själva att bara leva. Och låta livet strömma. Kanske som sand mellan fingrarna. Kanske bättre som Östersjöns kalla vatten en vardag som denna den fjärde april. Då jag kommer direkt från ett jourpass på akuten här i Visby. Solen skiner. Ingen av de kanske 20 patienterna idag behövde antibiotika. Inte på någon av dem fanns anledning att komplettera mina öronslyssande och mina händers undersökning med några prover. Två stycken blev jag nödd att hänvisa vidare med respektive misstänkt lungemboli och parafimosis som stått länge.

Men allesammans gav de mig sin historia. Flödande, porlande, i staccato eller med ett ord i sänder långsamt och liksom vårdande och omsorgsfullt inifrån en egen längtan, i lite olika takt men alltid helt autentiskt ur den egna upplevelsens gruva. Där också dvärgarna och demonerna dväljs. Där andnöden gärna blir ångest om natten eller hjärtats varma röda krumbukter pockar på uppmärksamhet nu när varslat hägrar.

Vad är vi egentligen rädda för? Vilken handske försöker vi, förmodligen förgäves, att plocka upp? Och ur vilken strid? Det har ändå gått några århundraden sedan de tre musketörerna lät värjorna klinga emot varandras blänkande stål.

Jag påstår nu detta. Och jag anar redan Din indignation. Att du blir rädd över att jag nedvärderar vårt arbete. Att du räds min önskan att vi slutar jämföra oss. I själva verket anser jag att vår uppgift är så viktig. Att den, till sitt själva väsen, är ojämförlig. Och snart utgör det enda levande som erbjuds på denna hälso- och sjukvårdens marknad av kött och blod.

Hellre instämmer jag i och citerar Erik Beckmans ord "Livet – även om jag dog av det." än jag ropar hurra för detta andra: Kärnan – även om plomberna ryker.

I vardagslivets vanliga förvirring

Torsten Green-Petersen
Distriktsläkare Slite, Gotland
tgp@telia.com

2009

September

Wonca Europe Regional Conference

The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty
16–19 Sep 2009, Basel, Switzerland
www.congress-info.ch/wonca2009/home.php

Oktober

När doktorn tar av sig skorna

Kurs i hemsjukvård.
21–22 oktober.
Kontaktperson: Gunnar Carlgren, gunnar.carlgren@comhem.se
Anmälan senast 8 september.
www.sfam.se/hemsjukvard.html

WONCA regional conference

25–28 oktober, Sydafrika.
www.woncafrica2009.org/

November

SFAMs höstmöte i Uppsala

4–6 nov.



Kursdoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Senaste granskning genomfördes 090106. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktorn.nu

SFAMs Fortbildningsråd inbjuder till kurs för Gruppledare i Kollegiala grupper

Den kollegiala dialogen är en av hörnstenarna i allmänläkarens kompetensutveckling, men också ett viktigt forum för gemenskap och samhörighet i arbetet. I den kollegiala gruppen kan behov av fortbildning tillfredställas, områden för kvalitetsarbete identifieras, och kollegialt stöd utövas. Gruppen träffas på frivillig bas, i demokratisk anda, och identifierar själv sitt kompetensutvecklingsbehov.

SFAMs Fortbildningsråd inbjuder till en två-dagars kurs för ledare till kollegiala grupper. Programmet kommer att innehålla utbildning om praktiska verktyg i gruppens arbete, och i ledarskap och gruppdynamik.

Är du intresserad men vill veta mer så rekommenderas läsning av SFAMs skrift Kollegiala Grupper som kan laddas ner från: www.sfam.se/media/documents/pdf/Kollegialagrupperwebbversion.pdf

Kursen hålls i Sjövillan i Rotebro, en gemytlig kursgård på pendeltågsavstånd från Stockholms Central, 7–8 oktober. Kursledare är Cecilia Ryding, allmänläkare med mångårig FQ-erfarenhet, och Hjördis Nilsson-Ahlin, leg. psykoterapeut, som också arbetat mycket med FQ-grupper, och med gruppledarskapets dynamik. Medverkar gör även Agneta Pettersson, SBU.

Kursen arrangeras i samarbete med SBU och Riskbruksprojektet. Kurskostnad är 3000:- och inkluderar boende och måltider.

Anmälan sker till SFAMs kansli, Helen Swärd på mail helene.sward@sfam.a.se, före 15 juli. Kursen har 20 platser, först till kvarn gäller.

Välkommen med Din anmälan!!
Fortbildningsrådet