

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2013 ÄRGÄNG 34



Tema: Barn

Tidig upptäckt av autism – en viktig uppgift för BVC sid 17
Hormonstörande kemikalier i miljön och vår hälsa sid 21

- 2 En ny era av samarbete?**
Karin Träff Nordström
- 3 Det var för barnens skull jag blev distriktsläkare**
Ingrid Eckerman
- 3 Låt oss bilda ett nätverk för IT inom primärvården!**
Anne Björk
- 4 Danskmöte**
Kenneth Widäng
- 5 Studierektorer möttes i Järvsö**
Gösta Eliasson
- 7 Smygreklam på kongressen?**
Annika Andén
- 7 Svar på Annika Andéns inlägg**
Maria Wolf, Ingvar Krakau
- 8 SFAM i tiden – i vilken värld lever styrelsen?**
Karin Lindhagen
- 10 En nybliven allmänläkares funderingar kring medlemskapet i SFAM**
Petra Widerkrantz
- 11 ACG – Kejsarens nya kläder?**
Kjell Lindström, Sven Engström
- 13 Det politiska tillkortakommandet**
Sven Svederberg
- 14 Förskolans utomhusmiljö – en okänd guldgruva till gagn för barnhälsan**
Margareta Söderström
- 16 Vägledning för elevhälsan – nytt dokument på väg**
Christian Rauer
- 17 Tidig upptäckt av autism – en viktig uppgift för BVC**
Guðrun Nygren
- 19 Vad gör en skolläkare egentligen?**
Anna Cederlund
- 21 Hormonstörande kemikalier i miljön och vår hälsa**
Olle Söder
- 23 Manual i kemikaliemedvetet föräldraskap**
Ingrid Eckerman
- 25 Barnkalasen, mellanmålen och livet**
Lars Bäcklund
- 26 Han leder SKL:s vårdvals nätverk**
Gösta Eliasson
- 27 Kontinuitet – från farhåga till förutsättning**
Joel Freilich
- 28 En gammal fråga på nytt – ska vi behandla mild hypertoni, varför och varför inte?**
Witold Pisarek
- 30 Vården på vägen**
Boris Ersson
- 34 Personlig vård och generella riktlinjer – går det ihop?**
Bengt Mattsson
- 37 Önskelista för journalsystem**
Magnus Ångslycke
- 38 Några råd till dig som skall upphandla IT-system**
Michael Cardell Widerkrantz
- 39 Journalerna: Så mycket som är fel**
Martin Wehlou
- 41 Svenska läkaresällskapets IT-kommitté**
Anne Björk, Susanne Bergenbrant Glas, Göran Petersson
- 43 Saskia Bengtsson – ifrågasätter och utmanar allmänmedicinska sanningar**
Gösta Eliasson
- 45 Lars Agréus i styrelsen för EURIPA**
- 46 Medicinska äventyr i Kamerun**
Olof Cronberg
- 49 Möte med årets examinander**
Erlend Svensson
- 50 Politiker och profession diskuterade fortbildning under årets kongress**
Gösta Eliasson
- 51 Tio extra doktorander antas**
Ledningsgruppen för Nationella Forskarskolan i Allmänmedicin
- 52 Hur ser framtidens allmänläkare på kompetensområdet allmänmedicin?**
Andreas Kasemo, Ulf Måwe, Robert Svartholm & Maria Truedsson,
- 53 Wonca World 2013 i Prag**
Sofia Eriksson
- 55 Glesbygdsmedicinska visioner, akutsjukvård och ultraljud – eller "Glesbygdsmedicin i framkant"**
Meike Harmening
- 57 Läsvärd bok om effekter av socker i vår kost**
Lars Bäcklund
- 58 Alkoholbok som ger lust**
Erlend Svensson
- 59 Utmärkelser och tack**
- 63 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner



Omslagsbild – Petra Widerkrantz

*En vacker vinterdag i Visby.
Neej, inte bada nu!
Barnet ser få hinder och många möjligheter.
Vem har mest roligt, hon eller mamma?*

Petra Widerkrantz
Redaktör och AT-studierektor
Vårdcentralen Lunden, Malmö
p@widerkrantz.se



En ny era av samarbete?

De senaste veckorna har för stora delar av styrelsen inneburit ett antal möten i Stockholm. Intensivt och inspirerande!

Inledningsvis ett fullmäktigemöte på Svenska Läkaresällskapet, som dras med samma problematik som SFAM i form av sjunkande medlemsantal och ett tärande på kapitalet. Något måste göras! En nydaning av Riksstämman är ett försök att vända trenden – väl mött på Waterfront Hotel i Stockholm 5-6 december!

Eftermiddagen ägnades åt fortbildning. Gösta Eliasson, ordförande i SFAM:s utbildningsråd, berättade om SFAM:s tankar kring strukturerad fortbildning för specialister, där vi sneglar på det norska poängsystemet för CPD – continual professional development. Medan Läkarförbundet fokuserar på arbetsgivarens ansvar att skapa förutsättningar för fortbildning jobbar vi mer med innehållet och vårt eget personliga ansvar att upprätthålla rätt kompetens. I den efterföljande workshopen var intresset stort för en strukturerad fortbildning för specialister medan de flesta var mer skeptiska till en recertifiering, åtminstone innan en frivillig modell är testad och funnen välfungerande.

Tisdagssammankomsten hade titeln ”Hur skapar vi en mänskligare sjukvård?” och var en uppföljning till sommarens Läkarupprop. Paneldeltagarna gav oss allt från ersättningsystemens historik till exempel på nya modeller som testas. Tydligt blev att en så komplex verksamhet som sjukvård inte kan styras och ersättas med en enkel och samtidigt rättvis modell. Medicinsk profession, vetenskap, ekonomer/statsvetare och politiker ser med olika ögon på sjukvården. Allas perspektiv behövs och det är kanske främst dialogen och samarbetet som hittills saknats?

Styrelsen har haft ett tvådagarsinternt för att jobba vidare med de stora interna och externa frågorna. Efter en sommar och höst med täta och effektiva möten via telefon/web kändes det mycket bra att ha gott om tid att diskutera olika frågor. Huvuddelen av tiden ägnades åt uppdraget från fullmäktige att leda arbetet med att ta fram ett bra ersättnings-system för primärvård, ett uppdrag som nog är övermäktigt, men icke desto mindre avser vi att försöka.

Den bild som klarnat för mig under senaste tiden är en

bild där en på 1940-talet professionsstyrd sjukvård byggts på med politisk styrning på 1960-talet under den tid då den offentliga sektorn byggdes ut som mest. På 1980-talet såg man att kostnaderna drog iväg i en takt som inte skulle hålla i längden och man sneglade på den mer effektiva industrin för att få hjälp. In kom beställar-/utförarorganisationer, interna marknader och diverse styrinstrument, det vi idag lite slarvigt kallar NPM. Idag har vi såväl professionell, politisk som ekonomisk styrning. Samtidigt.

Med de utmaningar vi har framför oss i form av en alltmer åldrad befolkning, krympande ekonomier, ny och dyr teknologi och alltmer pålästa och krävande patienter ställs krav på något nytt. Vi ser att nuvarande styrning ofta leder fel och har tappat i förtroende hos både läkare och patienter, men jag tror inte ett ögonblick att det skulle bli så mycket bättre om vi i professionen fick styra och organisera oss själva. Detta stora offentligt finansierade system kräver alldeles uppenbart såväl politisk, professionell, ekonomisk som organisationskompetens för att fungera. Inget av dessa perspektiv är helt överordnat de andra. Om vi i stället, med patientens behov i centrum, bryter våra olika perspektiv, förslag och farhågor mot varandra är jag övertygad om att vi kan hitta de lösningar som krävs för att möta utmaningarna.

I det arbetet har SFAM en central roll. Som Svenska Läkaresällskapets största sektion och som företrädare för de medicinska generalisterna kan vi – och måste vi – ta vårt ansvar och delta i denna dialog. Dialogen förs också lokalt i varje landsting och är en utmaning för varje lokalförening att vara delaktig i. Inte bara för att tala om för ekonomer och politiker hur det borde vara utan för att lyssna in och föra såväl allmänmedicinen, primärvården som sjukvården som helhet in i en ny era av samarbete.

Karin Träff Nordström
ordförande SFAM
ktn@sfam.se



Vinn medlemstävlingen!

Värva ytterligare några medlemmar före årsskiftet!

Din lokalförening kan bli den som vinner äran och en plats till kongressen.

Det var för barnens skull jag blev distriktsläkare

På grund av barnafödande blev jag försenad med min med.lic. och fick lov att göra en halv AT. Psykiatrin, som kom att bli ett år, gjorde jag vid Maria ungdomspol. Där mötte jag missbrukande tonåringar från mer eller mindre dysfunktionella familjer (detta var under den period då all skuld lades på föräldrarna). Sedan kom jag till gamle dr Buga vid Handens vårdcentral. Här fick jag träffa familjer i två eller tre generationer. Jag insåg att det är här man ska jobba om man vill försöka förebygga.

På en WONCA-konferensen i Vancouver år 1990 lyssnade jag till Helen Caldicott från Australien. Hon beskrev hur vi hanterar vår jord. Detta fick mig att engagera mig i Läkare för Miljön, där jag nu är ordförande.

Den epigenetiska forskningen visar allt tydligare att foster och barn ska ha det allra bästa av allt, och det i generationer bakåt. Det gäller nutrition såväl som alla aspekter av miljö. Föräldrar och blivande föräldrar ska ha ett bra liv med trygghet, glädje, frihet från stress och ett allmänt sunt leverne. Fostret och barnet ska ha en miljö fri från ämnen med potentiellt skadliga effekter.

Vill vi arbeta hälsofrämjande och förebyggande så är bar-

nen den allra viktigaste målgruppen. Hur tar vi allmänläkare oss an den utmaningen?

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se
ingrid.eckerman@lakareformiljon.se



Redaktionsmöte i Kollektivhuset Sockenstugan. Från vänster Karin Lindhagen, Erland Svensson, Petra Widerkrantz och Ingrid Eckerman. Saknas gör Gösta Eliasson.

Upprop:

Låt oss bilda ett nätverk för IT inom primärvården!

Vi som arbetar inom primärvården blir ofta frustrerade av nya IT-lösningar som påverkar vårt dagliga arbete. Systemen införs utan att vara färdigutvecklade. Exempel är övergripande journalsystem för hela landsting, PASCAL och nationella kvalitetstestregister. Ofta uppstår irritation när man upplever att systemen tycks vara i första hand utvecklade för slutenvårdens intressen. Långsamma inloggningsar är ett stort problem. Parallellt med ett flertal olika system för journaler, Waranordinatörer, APO-dosförskrivning, besöksregistrering mm. används fortfarande pappersjournaler, t.ex. inom BVC.

På senare tid har dålig användbarhet uppmärksamats, till exempel i en ny rapport "Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet". Men i det dagliga arbetet har det inte märkts någon förändring.

IT-utvecklingen nationellt sker i hög fart och med många intressenter (SKL, regering, apoteksindustrin, IT-företag, patientföreningar). Inom landstingen pågår också ständiga förändringar. Därför är det viktigt att som primärvårdsläkare ta sig tid att engagera sig på olika nivåer, såväl nationellt som

på landstings- och primärvårdsnivå, dels för att påverka den framtida utvecklingen, men även för att sätta sig in i hur systemen är tänkta att fungera, lära sig programmen och inte minst att få kunskap om hur man kan få support.

En fråga är om primärvården nationellt behöver en egen IT-strategi, utifrån vårt sätt att arbeta. Till skillnad från slutenvården har vi en mer långsiktig relation som ibland sträcker sig över många år med patienterna, blandat med mer akuta/sporadiska besök, sjukhem, BVC, mm.

För att lyfta fram dessa perspektiv föreslår jag att ett nätverk inom SFAM bildas, för att diskutera hur vi åstadkommer en god vård trots eller tack vare IT-utvecklingen.

Är du intresserad? Kontakta mig!

Anne Björk
Ledamot av SLS:s IT-kommitté
Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
annebj@bredband.net



Danskmöte

Vår systerförening i Danmark DSAM och FYAM, förening för blivande allmänläkare, har haft möte i Kolding. 400 deltagare var nytt rekord. Jag anar att vårens samling mot regelförändringar som mobiliserade nästan alla allmänläkare i Danmark har positivt påverkat intresset för gemensamma aktiviteter. Tänk om vi svenska läkare förmådde visa samma engagemang mot tokigheter i vår värld!

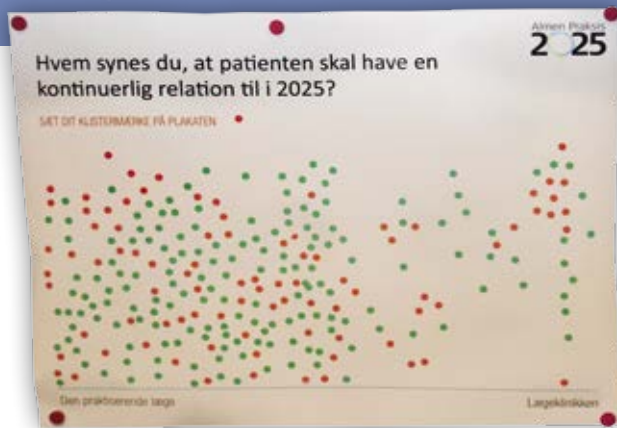
Arrangemangen var så välordnade att de knappt märktes. Namnbrickorna på ett bord för självplock. Ingen kongresspåse. Tider hölls utan påminnelser. Frukt och kaffe lätt tillgängligt i pauserna. Korta introduktioner ofta i välförberedd dialogform sparade tid och lät ändå alla som borde visa upp sig göra detta.

Samlingsnamn för dagen var "Almen Praksis 2025: Hvor vil vi hen?". Den började med framtidsforskare och patientrepresentant som blickade framåt. Utgångspunkten var att nuvarande generationer nog behåller sitt grundbeteende när de åldras. Avstämningen gällde bl.a. om kontinuitet ska gälla läkare eller klinik, där slutsatsen var läkare så långt detta går att ordna på ett rimligt sätt. Andra frågor var om tillgängligheten ska vara mer eller mindre än kl 8-16 och i vilken mån uppsökande verksamhet ingå bör i uppdraget. Om uppdraget kom via kommun, region eller stat ansågs spela mindre roll så länge självständigheten inte hotades.

De yngre läkarna aviserade under stort larm en forskningskampanj för att få fram sex kanonförklarade forskningsrapporter under året med specifik allmänmedicinsk prägel. De



Foto: Kenneth Widäng



bjöd också in till underhållning på www.fyam.dk. Kolla på deras Supervision!

Jag deltog i ett seminarium om patientråd och fick en konkret beskrivning av läkare och deltagande patient. Ambitionen var att tydligt få in patientsynpunkter på en mottagnings verksamhet. Patienter med kritiskt förhållningssätt och representerande olika åldrar och olika medicinska behov tillfrågades av mottagningen. Totalt ingick tolv patienter i rådet, utan arvode. De sammanträdde två timmar 2-3 gånger per år. Dagordning bestod av ordet är fritt, uppföljning av tidigare ärenden och mottagningens önskemål om synpunkter.

Ett annat seminarium handlade om ledningsfrågor, vilket får ses som en tydlig signal på att grupp-mottagningar håller på att ersätta "ensampraksis".

I utställningshallen, som var helt fri från läkemedelsreklam, återupptäckte jag Månedsskrift for almen praksis, en liten behändig tidskrift med resonerande översikter ur ett allmänmediciskt perspektiv skrivna av allmänläkare, blandat med referat av diverse intressanta artiklar från annat håll. Som väl är går ju danskan betydligt bättre att förstå i skrift än i tal.

Ett betydande generationsskifte är på gång bland de danska allmänläkaren. Bilden av den ensamarbetande manlige doktorn håller i snabb takt ersättas av en ung kvinna som jobbar på en grupp-mottagning med två eller fler kolleger. Viljan att vara med och äga sin arbetsplats verkar ändå bestå. Detta bekräftades av en ung värmländska som såg en bättre framtid i att investera i en mottagning utanför Köpenhamn än att återvända till Sverige.

Att delta som representant för SFAM tillhörde inte de betungande delarna av styrelsearbetet.



Kenneth Widäng
Facklig sekreterare
kenneth.widang@sfam.se

Annons

Studierektorer möttes i Järvsö



Per Forsgren föreläser om landstingsorganisationen.



Kursarrangörerna. Fr.v. Olof Agner, Anna-Karin Svensson, Inger Bodin och Lisa Rydén Månsson.

Foto: Gösta Eliasson

Järvsö och Landstinget Gävleborg tog i september emot ett trettiotal av landets studierektorer under två dagar för att diskutera utbildningsfrågor. Temat för konferensen var "Värdering och professionalisering".

Docent Göran Fransson, universitetslektor i didaktik från Umeå universitet inledde med en föreläsning om professionalisering och vuxenlärande och därefter diskuterades huvuddragen i allmänmedicinsk SPUR. Ett besök på JärvZoo avslutade dagen. Dag två föreläste Per Forsgren, övergripande studierektor i Landstinget om samarbete mellan olika specialiteter och hur man sätter utbildningen på kartan i en

landstingsorganisation.

Även Socialstyrelsen hade bjudits in för att informera om hanteringen av specialistansökan, men tackade nej. I stället gavs tillfälle till gruppvisa diskussioner om värderingsfrågor. Olof Agner, studierektor och en av initiativtagarna till konferensen är nöjd.

– Jag tycker det har varit en lagom blandning mellan det som ger oss inspiration och nya tankar och de mer handfasta ämnena. Göran Fransson var inspirerande när han talade om professionens roll och till slut kom in på new public management. Men Socialstyrelsens riktlinjer, extern granskning och värdering fick också sin givna plats,

även om de själva tackade nej till att medverka.

Hur kom ni på att lägga årets studierektormöte i Järvsö?

– Det bestämde vi under förra årets möte i Ystad. Det är ju så vackert här, och det finns saker att se och göra, det brukar locka folk. Omgivningarna är spännande, inte minst JärvZoo, som ger möjlighet att komma nära vilda djur i en naturlig miljö, alltifrån varg och järv till lappuggla och kungsörn.

Hur många deltagare är anmälda?

– Drygt trettio personer, det är litet färre än vad det brukar vara. Många kanske tycker att det är lång väg att resa hit. En annan förklaring kan vara att det just nu är AT-rekryteringsdagar och då finns många AT-studierektorer på andra ställen.

Var äger nästa möte rum?

– Studierektorerna i Örebro har tagit över stafettpippen och kommer att arrangera studierektorskongressen 2014.



Gösta Eliasson

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



Anna-Karin Svensson, distriktsläkare i Sandviken och studierektor i Gävleborg.



Maria Randjelovic ansåg att det är viktigt med granskning av utbildningskvalitet.

Annons



Smygreklam på kongressen?

Det var ett bra och trevligt SFAM-möte i Stockholm 15-17 maj. Men tyvärr blev det smolk i bägaren. Där fanns en ulv i fårakläder.

På detta möte bevistade jag ett minisymposium om beslutsstöd i vården som leddes av Ingvar Krakau, professor i allmänmedicin. Detta minisymposium bestod av fem delar. Efter en introduktion kom SBU, VISS och Stockholms läns landsting. Men först kom Medibas, den kommersiella produkt som är en svensk omarbetning av norska Elektronisk legehåndbok och drivs av Dagens Medicin och Bonniers. Den beskrevs noggrant av symposiets arrangör – den allmänmedicinske professorn Ingvar Krakau som tillika är Medibas medicinska redaktör.

Medibas beskrevs inte som en av flera informationskällor

utan den fick uppta en dominerande del i minisymposiet som just Medibas. Det liknade marknadsföring.

Detta tycker jag är ett etiskt övertramp likställigt med att en läkemedelsrepresentant höll i ett symposium utan att det annonserades, smygreklam inbäddat bland trovärdiga tunga experter som SBU och Stockholms läns landsting.

Borde inte ett SFAMmöte hålla en högre etisk moralisk nivå?

Annika Andén

Luleå

annika.anden@telia.com



Svar på Annika Andéns inlägg

Som ordförande för SFAM Stockholm och kongressens arrangörsgrupp beklagar jag om någon uppfattat att Medibas fått för stort utrymme vid seminariet om beslutsstöd på kongressen. Ingvar Krakau fick vårt fulla förtroende att, som medlem i SFAM Stockholm, utforma programmet vid detta

Detta minisymposium innehöll sju (inte fem) ungefär lika långa presentationer – inklusive paneldebatt – om olika tjänster för beslutsstöd till primärvården. Det är således inte med sanningen överensstämmande att den om Medibas ”fick uppta en dominerande del i minisymposiet” (knappt en sjundedel av symposiet ägnades åt Medibas). Det är inte heller sant att denna presentation (eller någon av de andra) ”liknade marknadsföring”.

Annika Andén ondgör sig över att Medibas ”drivs av Bonniers”. Kanske anser hon att staten och sjukvårdshuvudmannen skall ha informationsmonopol när det gäller besluts- och kunskapsstöd till allmänläkare? Det passar i vart fall inte in i ett samhälle präglat av valfrihet och mångfald. Som jag

seminarium där flera exempel på beslutsstöd skulle presenteras.

Maria Wolf

Ordförande i SFAM Stockholm

maria.wolf@sl.se



ser det är det i detta sammanhang viktiga att de tjänster som erbjuds skall vara oberoende av ovidkommande hänsyn och således inte annonsfinansierade, vilket var ett kriterium för att få delta med presentationer vid detta symposium.

Man bör vara försiktig med invektiv som ”ulv i fårakläder” och ”etiskt övertramp” om man vill delta i seriös debatt – sådant kan lätt slå tillbaka!

Ingvar Krakau

Universitetslektor, Stockholm

ingvar.krakau@ki.se



Scandinavian Journal of Primary Health Care

är de nordiska allmänläkarföreningarnas gemensamma vetenskapliga tidskrift. Den ges ut av stiftelsen Nordic Federation of General Practitioners som också står bakom de nordiska kongresserna.

Artiklarna är tillgängliga elektroniskt:
<http://informahealthcare.com/loi/pri>



SFAM i tiden

– i vilken värld lever styrelsen?

AllmänMedicin 3/2013 presenterade Ulf Österstad styrelsens förslag till ändring av SFAM:s organisation och ekonomi under rubriken "SFAM i tiden". Antalet medlemmar minskar och styrelsen vill hitta sätt att vända den trenden. Det är en viktig och bra ambition. Men analysen bygger på sakfel och ogrundade antaganden. Den blir därigenom missvisande och kan äventyra föreningens ekonomi.

Medlemsavgiften var oförändrad i tretton år

"Långsamt har medlemsavgiften krupit upp" skriver Ulf Österstad, och ser det som orsak till minskningen i medlemsantal. Men så var det inte. Figur 1 visar att det skedde en snabb stegvis höjning av medlemsavgiften under mitten av 1990-talet och samtidigt en snabb stegring av medlemsantalet. Medlemsavgiften förblev sedan under lång tid stabil, samtidigt som medlemsantalet successivt sjönk. De flesta föreningar har minskat i medlemsantal under denna tid. Det är inte unikt för SFAM.

Vad hände i mitten av 1990-talet?

Denna period var en mycket aktiv tid för SFAM. Då gjordes en stor fortbildnings-satsning, delvis med finansiellt stöd från Socialdepartementet. Den ledde bland annat till att FQ-grupper initierades över hela landet. Fortbildningsråd och fortbildningskansli skapades. Fortbildningsamordnare och FQ-gruppledare utbildades. Kvalitetsrådet SFAM-Q var aktivt och utformade sin Verktyslåda. Examen kom igång. Lokalföreningar bildades i hela landet. Det lockade till medlemskap och starkt engagemang på många håll.

Vad är drivkraften att vara medlem i SFAM?

Ulf Österstad skriver: "Kärntruppen av medlemmarna i SFAM är människor som gärna vill vara med i ett kollektiv, som tycker att kårandan är viktig och vill bidra till att utveckla vår specialitet". Vad bygger han det på? Jag hör till dem som varit och är intensivt aktiva i SFAM, men jag är inte någon som drivs av önskan att vara med i ett kollektiv,

och jag tycker definitivt inte att det är "kårandan" som är viktig. Däremot vill jag vara med om att utveckla vår specialitet. Genom att dessa två helt olika typer av motiv beskrivs som om de hörde ihop ges en skev bild som kan leda till felaktiga slutsatser om vad som kan vända den minskande trenden i medlemsantal.

"Det vore dumdristigt att införa en nyordning på så lösa grunder. Risker är stor att SFAM:s ekonomi ytterligare undermineras istället för att förstärkas."

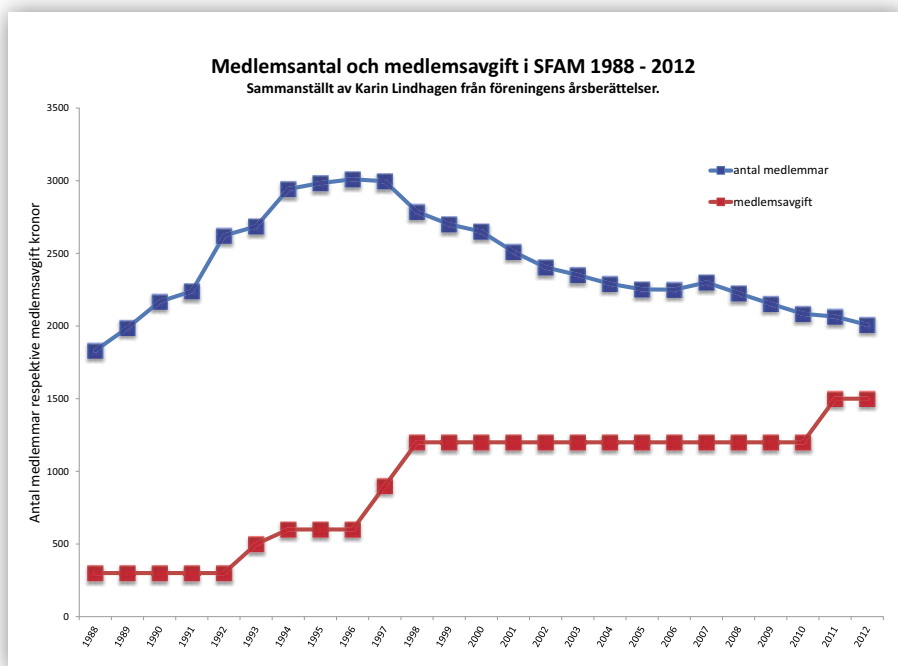
Hur skulle nyordningen påverka SFAMs ekonomi?

I sin verksamhetsplan för 2013 har styrelsen redovisat sina beräkningar av den föreslagna förändringens ekonomiska konsekvenser [1]. Styrelsen räknar med en ökning av medlemsantalet med 5 % per år och att fortbildningsprenumeration kommer att tecknas av 30 % första året, 40 % andra och 50 % tredje året efter ändringen. Är dessa antaganden realistiska?

Det handlar inte om småpengar. Det skiljer på miljonbelopp. Om styrelsens antaganden håller skulle SFAM få in en miljon mer det tredje året än om nuvarande avgift och medlemstrend gäller. Men om det bara är var femte medlem som tecknar en fortbildningsprenumeration istället för hälften, och om medlemsantalet inte ökar, så skulle styrelsens förslag inte ge någon ökad intäkt alls.

Fortbildningsprenumeration – vad får man för den?

Enligt styrelsens förslag skulle medlemmar genom en fortbildningsprenume-





ration som arbetsgivaren betalar kunna få rabatter på SFAMs konferenser och kurser samt tillgång till studiebrev och fortbildningsmodul på hemsidan. Men vad innebär det konkret? Har SFAM tillräckligt många sådana aktiviteter för att det ska bli lönsamt att prenumerera? Kommer de slutna delarna av hemsidan att vara tillräckligt attraktiva? Är arbetsgivaren beredd att betala? Vad vet vi om det?

Förslaget byggt på lösan sand

Styrelsens förslag till nyordning bygger på felaktig tolkning av fakta om medlemsutvecklingen, lösa spekulationer

om vad som driver allmänläkare att vara medlemmar i SFAM och överoptimistiska antaganden om effekten av den föreslagna förändringen. Det vore dumdrigtigt att införa en nyordning på så lösa grunder. Risken är stor att SFAMs ekonomi ytterligare undermineras istället för att förstärkas.

Referens

1. http://www.sfam.se/media/documents/Fullmaktige/3013/Verksamhetsplan_inkl_budget_för_Svensk_förening_för_allmänmedicin_2013.pdf (2013-09-15)



Karin Lindhagen

Medlem i SFAMs kompetensvärderingsråd,
samordnare för specialistexamen.

Tidigare medlem i SFAMs styrelse
(1996 – 2008).

karin.lindhagen@sfam.se

Annons



En nybliven allmänläkares funderingar kring medlemskapet i SFAM

Varför blir jag medlem i en förening?

– Jag tror på syftet med föreningen. Jag tror att mitt medlemskap gör skillnad.

Varför fortsätter jag betala medlemsavgiften?

– Jag lär känna människorna i föreningen och ser resultat av deras ansträngningar.

När slutar jag vara medlem?

– När jag inte vet eller håller med om vad som händer i föreningen. När jag inte ser några resultat av mitt medlemskap.

Det måste vara lätt att bli medlem – jag kan vittna om att det inte alltid är så. Efter mitt första försök att fylla i formuläret på hemsidan (2007) hände ingenting – ingen avi, meddelande eller tidning. Tiden gick och jag hade annat att tänka på. Efter något år påpekade en ST-kollega att jag inte fanns med i medlemsregistret. Hade jag använt något konstigt format eller glömt fylla i något fält? Jag har hört att fler försökt men inte lyckats. Jag rekommenderar kollegor att skicka ett mail istället.

En ytterligare pinsam detalj – innan jag inbjöds till lokala SFAM-styrelsen visste jag som ST-läkare inte ens att SFAM fanns! Kanske såg jag namnet på den preliminära målbeskrivningen, men inte medförde det en tanke på att jag borde bli medlem. Att själv ta reda på information känns självklart, men här missade jag något väsentligt.

Kan det vara så att de erfarna glömt bort den elementära introduktionen? Har inga nya allmänläkare tillkommit på sååå länge? Det är den enda förklaring jag kan komma på till att man inte automatiskt i lokalföreningarna informerar alla nyanställda ST-läkare på vårdcentralerna om SFAM. De fackliga representanterna ser till att synas regelbundet, men inte SFAM.

Jag tror att traditionellt har studierektorerna och äldre kollegor i bästa fall informerat om föreningens aktiviteter. Det har nog fungerat väl när de varit engagerade och kunnat sätta ansikte på föreningen, men det är ett väldigt personberoende system.

Kan man se variation i medlemsantal beroende på hur aktiva lokalföreningarnas enskilda medlemmar varit? Kan andelen ST-läkare i min lokalförening ha något att göra med hur synliga vi varit i kursutbudet här och på deras återkommande träffar? Eller har de själva på egen hand förstått hur bra det är att vara medlem?

Kanske har tidsandan gjort att jag har lite för höga förväntningar. Men det har väl aldrig varit så att en förening utan aktiviteter lockar till sig medlemmar?

Kanske vill jag se nya debatter och nya frågeställningar oftare än mina föregångare, kanske är jag ung och otålig? Kanske vill jag ha för mycket serverat?

Dessutom vill jag att min avgift ska användas till något jag själv kan dra nytta av, självskheten kan jag inte förneka. Visst ger jag bort pengar till välgörande ändamål men jag gör det inte till okända grupper och jag gör det inte utan att veta vad pengarna ska användas till. Det måste finnas något i givandet som gör att jag mår bra. Ingen av de biståndsorganisationer jag sett verkar förvänta sig att jag själv ska leta upp vad de ska använda pengarna till utan det blir jag alltför ofta påmind om.

Jag föreslår att styrelsen tittar en gång till på korrelationen mellan medlemsavgiftens storlek och medlemsantalet, sammanställd av Karin Lindhagen (sid. 8), innan de återkommer med nytt förslag på hur vi ska värva fler medlemmar. Jag ser där två kurvor som inte har någon relation till varandra förutom att året då SFAM tappade flest medlemmar höjdes avgiften från 900 till 1200. Där finns ingen korrelation i övrigt till löneutvecklingen eller det ekonomiska läget i landet. Före 1995 då kurvan på nyrekryteringar började plana ut fanns där några stora frågor som många allmänläkare engagerade sig i, t.ex. ädelreformen och husläkarreformen, men inget därefter. Det är en mer trolig förklaring än att man inte har råd med medlemsavgiften.

Jag föreslår att lokalföreningarna ska få uppdaterade

”Jag tror också att ju mer vi syns desto fler medlemmar får vi, och att det kan vara mest effektivt att ha synliga och aktiva lokalföreningar.”

medlemsregister var tredje månad och förslag på kvartalsbrev att förmedla till sina medlemmar. Jag tror också att ju mer vi syns desto fler medlemmar får vi, och att det kan vara mest effektivt att ha synliga och aktiva lokalföreningar. Kanske omfördelning av medlemsavgiften istället för sänkning?

Petra Widerkrantz

AT-studierektor
Vårdcentralen Lunden, Malmö
p@widerkrantz.se





ACG – Kejsarens nya kläder?

Med anledning av vår SFAM-ordförande Karin Träff Nordströms försäkran i föregående nummer av Allmänmedicin att ACG varken kan manipuleras eller innehåller hemligheter vill vi redovisa hur ACG-systemet och dess svenska vikter kommit till, beskriva möjliga felkällor och ge exempel på hur ACG kan manipuleras. Vi har båda lång erfarenhet av mätning och utvärdering av primärvård och långvarig bekantskap med ACG-systemet (S.E. inledde sin första valideringsstudie av ACG redan 2002 [1]).

ACG systemet i sig

ACG systemet utvecklades på 1980-talet för att beskriva samband mellan sjuklighet och vårdutnyttjande inom barnsjukvården och utvidgades sedan till att omfatta alla åldrar.

Så här gick det till när systemet skapades: Två läkare, en invärtesmedicinare (Laura Mumford) och en barnläkare (Barbara Starfield) gick igenom nära 5000 diagnoser. De sorterade alla diagnoser till 32 olika ADG-grupper (ADG = ambulatory diagnostic groups) med hänsyn taget till förväntad varaktighet och recidivbenägenhet, utrednings- och behandlingskostnader samt sannolikheten för återbesök, inläggning på sjukhus, invaliditet och död.

Grupperingen granskades av ytterligare fyra läkare, däribland en allmänläkare [2]. Patientens sjuklighet/vårdbehov skulle sedan beskrivas av de kombinationer av ADG som patientens diagnoser tillhörde. Dock ger 32 ADG upphov till 4,3 miljarder möjliga kombinationer, varför man sammanförde 32 ADG till 12 Collapsed ADG (CADG), och det är kombinationer av dessa som ger 92 olika sjuklighetsgrupper: Adjusted Clinical Groups (ACG) [2]. Det finns inte offentligt redovisat hur denna process går till (d.v.s. vilka diagnoser som hamnar i vilken CADG), ej heller är algoritmerna för hur kombinationer av CADG omvandlas till ACG offentliga.

ACG-vikt

När man nu har skapat 92 ACG-grup-

per behöver dessa få en siffra som beskriver vårdtyngden = ACG-vikten. I Sverige används ACG-vikter beräknade på data för år 2006 från Östergötland, där man genom systemet KPP (kostnad per patient) bokför kostnaden per patient för varje åtgärd (läkarbesök, kemisk analys, röntgenundersökning, etc.). En viss ACG-grupps vikt beräknas som medelkostnaden för patienterna i den gruppen delat med medelkostnaden för alla patienter.

Vilken evidens stödjer att ACG systemet fungerar som ersättningssystem?

Det finns ett antal studier som på individnivå visar att ACG-vikten har mycket bättre samband med vårdkostnader/vårdkonsumtion än ålder och kön [3-6], däribland två från Sverige [1, 7]. Man finner dock i flera av studierna att ACG-systemet verkar vara känsligt för intensiteten i diagnossättningen. Det finns nästan inga studier gjorda på vårdcentralnivå, troligen beroende på svårigheter att få pålitliga kostnadsdata. Trots omfattande sökning har vi bara hittat en sådan studie [8]. Liksom i övriga studier korrelerade ACG-vikten på individnivå väl med kostnader, medan ACG förklarade mindre än 25 % av kostnadsvariationen på vårdcentralnivå, samtidigt som t.ex. de listades medelålder och socioekonomi förklarade 54 %.

Möjliga felkällor vid ACG-systemets användning för att ersätta vårdcentraler

1. ACG är inte anpassat för svensk primärvård

Grupperingen bygger på förväntad konsumtion av sjukvårdsresurser i USA:s sjukvård där kostnadsmaximum ligger vid 60 års ålder, medan det i Sverige ligger närmare 80 års ålder.

2. Vikterna är ej anpassade till vårdvillkoren

Vikterna som används i Sverige bygger på data från Östergötland från år 2006. I underlaget ingick all den hemsjukvård som då sköttes av primärvården och all medicinsk service, men barn- och mödrhälsovård liksom läkemedelskostnader

ingick inte. Hemsjukvården ingår idag inte i primärvårdens åtagande, medan kostnader för läkemedel ingår i t.ex. Jönköping, Västra Götaland och Skåne.

3. Det finns stora olikheter i läkares val av diagnos

Läkare har sinsemellan mycket olika syn på hur man använder diagnoser. I en svensk studie var överensstämmelsen på diagnoskodsnivå mellan olika läkare endast 59 % [9]. I en studie från Tyskland var överensstämmelsen mellan olika läkare på kodnivå ännu lägre, 43 % [10].

4. Ekonomiska incitament har inverkan

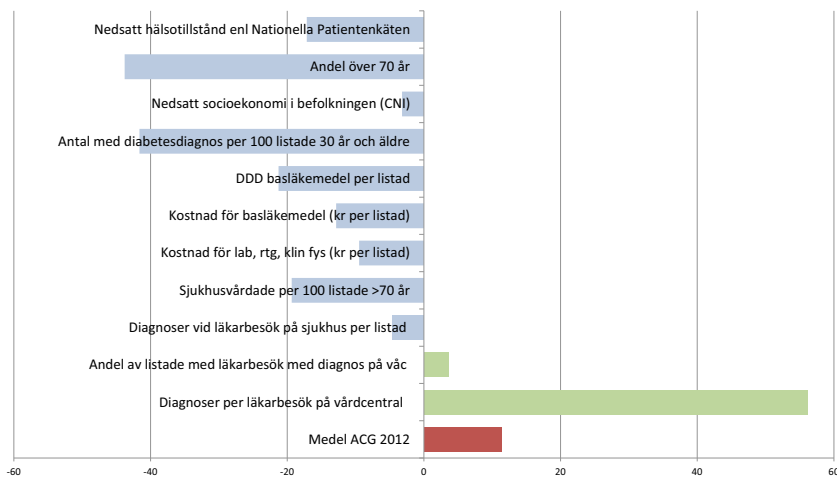
Vi bedriver för närvarande studier i Landstinget i Jönköpings län och i region Skåne där vi som proxy för sjuklighet använder genomsnittlig läkemedelskonsumtion (antal DDD/listad exkl. folsyra). Ålder och socioekonomi förklarar i Jönköpings län 84 % och i Skåne 77 % av variationen i DDD. För offentliga vårdcentraler i Landstinget i Jönköpings län förklarar ACG 60 % av variationen i antal DDD/listad. För vårdcentraler ägda av läkarna på vårdcentralen förklarar ACG endast 25 %. I Skåne var resultaten för ACG generellt bättre: för offentliga vårdcentraler förklarade ACG hela 81 % av variationen i DDD/listad, för läkarägda vårdcentraler 51 %. Sannolikt kan dessa skillnader i resultat för ACG mellan vårdcentraler ägda av läkarna och offentliga vårdcentraler förklaras av skillnader i ekonomiska incitament för läkarna. För att ytterligare illustrera hur ACG och övriga bilder av verkligheten kan divergera visas här exempel från våra sammanställningar av data för alla vårdcentraler i Landstinget i Jönköpings län.

Figur 1 och 2 (på nästa sida) visar en rad faktorer som beskriver den listade befolkningens sjukdomsburda hos vårdcentralerna A och B, nämnda i Kjell Lindströms artikel om ACG i Allmänmedicin nr 3-2013. Diagrammen visar att det framför allt är olika intensitet i diagnossättning som leder till den stora skillnaden i ACG mellan dem. Som exempel på flitig diagnossättning kan nämnas att två av läkarna på



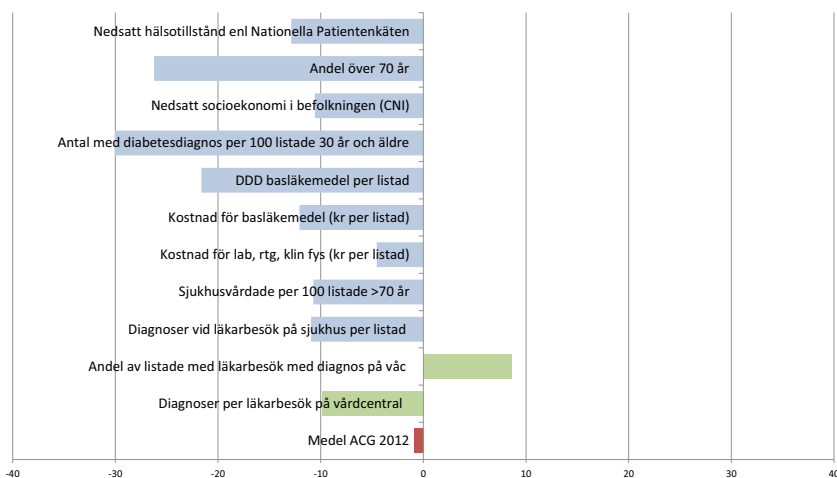
Figur 1. Vårdcentral A

Faktorer relaterade till sjukdomsbörda i befolkningen och vårdcentralens arbetssätt jämfört med ACG. Procentuell avvikelse jämfört med medel för 52 vårdcentraler. OBS skalan!



Figur 2. Vårdcentral B

Faktorer relaterade till sjukdomsbörda i befolkningen och vårdcentralens arbetssätt jämfört med ACG. Procentuell avvikelse jämfört med medel för 52 vårdcentraler.



vårdcentral A under januari-maj 2013 satte diagnosen H543 (lindrig synned-sättning) vid 351 tillfällen. På övriga 51 vårdcentraler tillsammans sattes diagnosen under samma tid sammanlagt 5 gånger. Det behöver naturligtvis inte vara fel diagnos (patienten har kanske glasögon), men man undrar om patienterna verkligen sökt läkare för lindrig synned-sättning. De flesta patienter brukar ju vända sig till optiker vid lindriga synproblem. Vi menar att detta är ett tydligt exempel på hur icke relevanta

diagnoser sätts för att manipulera ACG i syfte att erhålla högre ersättning.

Kan betalning för diagnoser skada vården?

Distriktsläkarföreningen i Jönköpings län skickade på försommaren ut en enkät till 254 distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin med syftet att undersöka hur läkarna upplever ACG-systemet. 75 % besvarade enkäten. Bland de svarande uppgav 46 % att de, av lojalitet mot vårdcentralen,

till viss del känner sig tvingade att sätta fler diagnoser än vad som är motiverat. Tolv procent uppgav att de i hög grad känner ett sådant tvång. I enkäten framkom också att 93 % av de svarande ansåg att ACG systemet skapar merarbete som inte gagnar patienterna.

ACG fungerar som andra målrelaterade ersättningar. De påverkar vårt beteende och de tar vår uppmärksamhet och vår tid.

Konklusion

ACG-systemet är komplext och delvis hemligt och det är inte konstruerat för svensk primärvård. Det fungerar väl för att värdera vårdbehov på individnivå, men evidens saknas för att det fungerar som grund för ersättningsystem på vårdcentralnivå. Dessutom är det demoraliserande för vårdpersonalen, lätt att manipulera och stjäla tid från patientarbetet.

Vi är förvånade över att inga seriösa utvärderingar har gjorts som visar hur ACG fungerar i praktiken i svensk primärvård, och vi är bekymrade över att ACG sprider sig som en löpeld över landet.

Referenser, se nästa sida.



Kjell Lindström
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
kjell.lindstrom@lj.se



Sven Engström
Örnsköldsvik
Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Ordförande i SFAM-Q
sven.g.engstrom@telia.com



Referenser

1. Engstrom, S.G., et al., The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC Public Health*, 2006. 6: p. 36.
2. Starfield, B., et al., Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res*, 1991. 26(1): p. 53-74.
3. Reid, R., et al. Measuring morbidity in populations: performance of the Johns Hopkins adjusted clinical group case-mix adjustment system in Manitoba. 1999; Available from: www.umanitoba.ca/centres/mchpe/reports/pdfs/acg.pdf.
4. Reid, R.J., et al., Performance of the ACG case-mix system in two Canadian provinces. *Med Care*, 2001. 39(1): p. 86-99.
5. Orueta, J.F., et al., Application of the ambulatory care groups in the primary care of a European national health care system: does it work? *Med Care*, 1999. 37(3): p. 238-48.
6. Weiner, J.P., et al., Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financ Rev*, 1996. 17(3): p. 77-99.
7. Zielinski, A., et al., Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. *BMC Public Health*, 2009. 9: p. 347.
8. Borgquist, L., et al., [Primary health care reimbursement based on socio-economics or disease burden. Registry study from Ostergotland shows different results depending on analysis level]. *Lakartidningen*. 107(37): p. 2158-63.
9. Nilsson, G., et al., Evaluation of three Swedish ICD-10 primary care versions: reliability and ease of use in diagnostic coding. *Methods Inf Med*, 2000. 39(4-5): p. 325-31.
10. Wockenfuss, R., et al., Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care*, 2009. 27(3): p. 131-6.

Det politiska tillkortakommandet

Under 29 år, fram till 2008, har jag tjänstgjort som ST-läkare, distriktsläkare, husläkare, vårdcentralchef, basenhetschef, chefsöverläkare och familjeläkare i Åstorp. Därefter har jag jobbat som hyrläkare runt i Sverige men framförallt i glesbygden. Det är mot den bakgrunden som jag uttalar mig.

Sedan mitten av 80-talet har primärvården varit föremål för stor uppmärksamhet verbalt och genom så kallade riktade satsningar. Landstinget och senare regionen har fortsatt att slå på trumman. Staten har regelbundet återkommit med extrapengar till primärvården och psykiatrin. Vi i primärvården är förvånade över att inget märks. Det enda vi är säkra på är att pengarna försvinner i "det stora svarta pengaslukande regionhålet" från vilket inget ljus kommer.

Det finns delar av landet som skött sig som t.ex. Region Halland. Men hur ser det ut annars? Jag vill ge dig en ögonblicksbild

För 1,5 år sedan arbetade jag som hyrläkare under två veckor i Hagfors. Hagfors kommun består av Hagfors och Ekshärad med 6,5 tjänster på ca 13 000 innevånare. Av dessa tjänster var 1,6 tjänst besatt med ordinarie befattningshavare.



Under den första veckan var jag den ende som hade svenska som modersmål. Så kunde jag höra från patienterna: "Han var säkert duktig men jag förstod inte vad han sa". Trots hyrläkarna har svårigheterna att bemanna tjänsterna blivit större och större under de sista åren.

Antalet läkare i Sverige har ökat kraftigt genom åren och den sista siffran jag såg var 3,6 läkare per 1 000 innevånare, bland det högsta i Europa. Var finns läkarna när de inte finns i primärvården? Självklart måste de finnas på sjukhusen. Var har den solidariska läkarförsörjningen tagit vägen? Eftersom politikerna har makten att styra över tilldelning av tjänster och pengar kan situationen bara ses som ett enda stort politiskt haveri.

Jag har försökt att ta reda på tjänsteutvecklingen på sjukhus jämfört med i primärvården. Först kontaktade jag ett regionråd och bad om utredningshjälp. När jag inget hörde ringde jag igen bara för att få reda på att "vi kan väl inte tvinga någon om de inte vill". Jag har också bett en riksdagsman att sätta RUT (Riksdagens UtredningsTjänst) att arbeta med frågan. När jag ringde och påminde fick jag höra "att frågan ännu inte var formulerad". Min tolkning är att politikerna vare sig på riksnivå eller i Region Skåne är intresserade av att få veta svaret!

Ett svek mot folket ute i bygderna och mot primärvårdens anställda. När vi behöver de bästa krafterna i första linjens sjukvård låter de ansvariga politikerna primärvården utarmas. För de läkare som är kvar blir jobbet tyngre och tyngre och till slut tar orken slut.

Ställ dem som har ansvaret mot väggen. Det är inte sen utan nu!

Sven Svederberg

Ven

sven.svederberg@telia.com



Förskolans utomhusmiljö – en okänd guldgruva till gagn för barnhälsan

Idag går i stort sett alla förskolebarn i förskola sju timmar om dagen. Därför är förskolemiljöer viktiga ur ett barnhälsoperspektiv. Infektionerna har inte blivit fler per barn trots att barn idag lever i det globala smittorummet. Det är andra hälsoproblem dagens barn brottas med – stillasittande, övervikt, lång skärmtid, läs- och skrivsvårigheter [1], beteendeproblem [2] och en ökad medikalisering [2, 3].

Då jag skrev den första upplagan av "Smitta i förskolan" [4] startade utforskandet av nya aspekter i gränslandet runt infektioner. Vår forskargrupp, med erfarenheter från nya och gamla vetenskapsområden (landskapsarkitektur, miljöpsykologi, idrottspedagogik, förskolepedagogik, folkhälsovetenskap, allmänmedicin, pediatrik, ekologi, riskanalys, strålfysik), ställde frågan: Finns det en hälsopotential i förskolans utomhusmiljö?

Att kvalitetsbedöma förskolegårdar

Moderna städer har minskat barns fria rörlighet. Idag är förskole- och skolgårdar barnens utomhuslekplatser medan det för trettio år sedan var innergårdar, parker och gator där barnen bodde [5]. Vad är en bra respektive dålig utomhusmiljö för barn på en förskola?

Med utgångspunkt i miljöpsykologiska teorier om naturens inverkan på hälsan [6, 7, 8], studier om hur barn leker på förskolegårdar [9] och förskolepersonals erfarenheter om bra och dåliga miljöer utomhus [10] utvecklades instrumentet *Outdoor Play Environment Categories* (OPEC) [11]. Med detta bedömningsinstrument kan vi gradera förskolegårdar i flera steg, från bra till dålig kvalitet, på ett sätt som är användbart i statistisk analys. Med hjälp av "google maps" hittar vi möjliga förskolor som vi poängbedömer på plats och inbjuder till studien.

Empiriska studier på förskolor

Förskolor har undersökts på olika lati-

tuder, årstider och under olika år (tabell 2). Två förskolor i USA studerades i samarbete med amerikanska forskare. Mätningar och observationer pågick en vecka i taget med alla forskare på plats. Med metoden "deltagande observation" dokumenterade vi fenomen som kanske kunde ha betydelse för barns hälsa och välbefinnande. Genom att ställa frågor till personal och föräldrar om oklara fenomen fångade vi hälsotvå faktorer som vi inte på förhand tänkt på.

I studien 2004 mätte vi barnens beteende ad modum Mc Carney [13] med hjälp av personalen. Salivcortisol (Salivette®) togs förmiddag och eftermiddag på alla barn i Malmö 2009.

Resultat

Det fanns hälsovinster för barnen på förskolor med hög OPEC-kvalitet i sin utomhusmiljö [14, 15, 16, 17, 18, 19].

Barnen var ute betydligt längre tid än barn på förskolor med gårdar av låg kvalitet. Barn på förskolor med stor utomhusgård innehållande rikligt med träd och buskar integrerade med lekplatserna visade sig vara mer fysiskt aktiva och tog 1 500-2 000 fler steg per dag under en sjutimmars förskoledag. De var mer fysiskt aktiva utomhus än inomhus samt oftare involverade i kraftfull fysisk aktivitet. Barnen kunde vara utomhus hela dagen utan risk att bli solbrända (>40 lat N), de var



Figur 1. Barnens favoritplats på en förskola i Malmö innerstad. Himmelsvyfotot visar hur trädets blad skymmer himmeln. Barnen hade hög grad av fysisk aktivitet i kombination med låg UV exponering.



Figur 2. En förskola där ytan var platt och vegetationen klen utan integration med de platser där barnen lekte. På himmelsvyfotot dominerar den blå himmelen. Förskolegården hade mycket hög UV exponering. Barnen hade låg grad av fysisk aktivitet i kombination med hög UV-exponering.

Foton tagna av Svenska Strålskydds Myndigheten (Ulf Wester), Karolinska institutet (Cecilia Bolde-mann) och Sveriges Lantbruksuniversitet i Alnarp (Fredrika Mårtensson).

Tabell 1. Typ av insamlade data vid de olika fältstudierna. Etikgranskningskommittén i USA tillät inga frågor av privat natur som berörde barnens hälsa.

Platser	Variabler
Stockholm, 2004	Fysisk aktivitet, utevistelse tid i förskolan, solexponering, bedömning av barnens beteende, vikt och längd. Föräldrar besvarar frågeformulär.
Research Triangel Park, North Carolina, USA, 2009	Fysisk aktivitet, utevistelse tid i förskolan, solexponering, vikt, längd och midjemått. Föräldrar besvarar frågeformulär (om föräldrars yrke, moderns utbildning och om familjen är utomhus på söndagar). Deltagande observation.
Malmö, 2009	Fysisk aktivitet, utevistelse tid i förskolan, solexponering, vikt, längd, midjemått, salivcortisol x 2. Föräldrar besvarar frågeformulär om barnens tidigare sjukdomar, föräldrars yrke, utbildning, antibiotikakurer sista året, bedömning av barnens hälsa och välmående. Dagbok under en vecka om tid för sänggående, uppvaknande, sömnproblem nattetid, symptom på infektioner, medicinering, bedömning av hur friskt/sjukt barnet är varje dag. Deltagande observation.

mindre ofta ouppmärksamma, de hade tunnare kroppar [18], de sov längre under veckodagarnas nätter och de hade högre salivkortisolvärden.

En varierad terräng på stor yta krävdes för att barnen skulle öka sin fysiska aktivitet, åtminstone i de svenska undersökningarna. Hos de amerikanska förskolebarnen registrerades betydligt färre steg per minut trots rätt hög OPEC-poäng. Vi observerade att dessa barns rörelser hejdades av personalen. Barnen skulle ”räknas in” och tillbringade en del tid ståendes i led.

Himmelsvyn (skyview) där barnen lekte fotograferade vi med fiskögonoptik (fig. 1 och 2). ”Skyview”-faktorn korrelerade väl till barnens exponering för UV-strålningen. Barnen på de högkvalitativa gårdarna fick lägre UV-bestrålning trots att de var utomhus betydligt längre [19].

Den högre fysiska aktiviteten hos barnen på förskolor med högt OPEC värde var en av hälsovinster. Kanske som en följd fick barnen en annan kroppsform (färre barn var överviktiga och midjan var smalare hos 5-åringarna). Fyndet är väsentligt eftersom den ökade rörelsen hos dessa barn kom av sig självt i denna miljö, vilket borde främja barn med tendens till övervikt.

Barnens socioekonomiska förhållan-

den kunde inte förklara skillnaden i de olika hälsoutfallen. Att överhuvudtaget kunna påvisa hälsovinster i grupper av barn som redan från början är friska överraskade och tyder på utomhusmiljöns inneboende salutogena kapacitet.

Sömn – hemma och i förskolan

Barnen på förskolor med högt OPEC-värde sov bättre på vardagsnätterna (dagbok) och de var mer uppmärksamma [19]. God sömn kan ge hälsovinster både när det gäller tillväxt, immunförsvar och uppmärksamhet.

Det finns flera tänkbara förklaringar till den bättre nattsömnen. Ett barn som är i rörelse hela dagen och dessutom är utomhus många timmar är trött vid dagens slut. Även solljusets inverkan via melatonin på den circadiella rytmen tidigare lägger insomningstiden.

Att föräldrar bestämmer barnens middagsvilottid iaktogs med deltagande observation [21]. Föräldrarna ville att barnen skulle somna i tid på kvällen och bestämde längden på middagsvilan i förskolan. Personalen lyfte upp sovande barn efter 30, 40, etc. minuter enligt ett på förhand uppgjort schema. De sovande barnen var svärväckta och det tog över en timme innan de kunde röra sig som vanligt. På väg hem somnade många barn i bilen, på cykeln

eller i vagnen. De amerikanska barnen (alla åldrar) hade en middagsvila på 90 minuter varje dag och de såg mycket piggare ut när föräldrarna hämtade dem på eftermiddagen [15].

Vår slutsats blev att barn bör sova åtminstone en hel sömncykel som middagsvila. Vid presentationer på seminarier av projektet har detta resultat rört upp känslor. Unga forskare med barn i förskola anser det självklart att föräldrar bestämmer över middagsvilans längd medan äldre forskare ryser över fenomenet och menar att barnen far illa.

Salivcortisol – överraskande fynd

Att ta salivcortisolprov på barn är inte svårt. De tuggar på en bomullstuss i en minut. Resultatet överraskade (alltid roligt då det sker). Salivcortisol var högre hos barn på förskolegårdar med hög kvalitet och allra högst hos barnen i en uteförskola, där barnen var utomhus 96 procent av sin vistelsetid i förskolan. Resultatet pekar på att forskning som hävdar att gröna omgivningar minskar stressnivån [6] har sin begränsning. Men resultatet kan förklaras på annat sätt. Det är en mycket större belastning (eller utmaning) på barns kroppar att redan tidigt på morgonen vara utomhus i kyligt, regnigt väder jämfört med den belastning på kroppen som blir hos barnet som hoppar in i myssoffan i ett varmt rum. Det både regnade och var kyligt på morgnarna den fältstudieveckan då salivproverna togs. Barnen som var utomhus hade mycket kläder på sig. Vi upplevde inte att barnen såg stressade ut. Den intressanta följdfrågan är naturligtvis hur höga salivcortisolvärden blir under de kallare årstiderna.

Luftföroreningar från trafik och buller

Under studiens gång har vi insett att andra faktorer i miljön borde ingå i karakteriseringen av utomhusmiljön, nämligen luftföroreningar från trafik samt bullernivåer. Enligt gjorda beräkningar bör förskolegården placeras minst 300 m från en trafikled [22].

Infektionerna då?

Inte vid några tillfällen har vi gjort studier under infektionssäsong. Det är åldern på barnet som har störst betydelse för sjukfrånvaron. Men utevistelse långa tider påverkar ändå inte

infektionsfrekvensen märkbart. Barnen lever ju, förutom i förskolans miljöer, i flera andra miljöer där smitta kan överföras. Barn behöver ett visst mått av infektioner för att träna sitt kompetenta immunförsvar. Utomhusmiljöns inneboende hälsopotential står sig ändå stark.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis har förskolegårdar med stor kuperad yta samt träd och buskar integrerade med lekplatserna flera hälsofrämjande effekter på förskolebarn. Det kan du tänka på nästa gång du lämnar ditt barn eller barnbarn på "dagis". Hur ser utomhusmiljön ut? Just det som vi läkare tycker att barn skall göra idag, dvs. röra sig mer, undvika farlig sol-

strålning och förlänga sovtiden får barn med automatik på förskolegårdar med högt OPEC-värde.

Referenslista finns på www.sfam.se.

Margareta Söderström

Docent, associerad forskare
Avd. för allmänmedicin och
forskningsenheten i allmänmedicin,
Institutionen för folkhälsovetenskap,
Köpenhamns universitet
Vårdcentralen Linero/Östra Torn, Lund
elinmargareta.soderstrom@gmail.com



Vägledning för elevhälsan – nytt dokument på väg

Ar 2010 erhöll Socialstyrelsen uppdrag från regeringen att ta fram en vägledning för elevhälsan. Man önskade koordinera resurserna och vägleda aktörerna kring en av de viktigaste "resurser" vi har – våra barn, den kommande generationen.

Tyvärr läser vi ofta att våra barn inte mår bra; det gäller fysiskt såväl som psykiskt. Det är inte enbart dags- och kvällspressen som återkommande tar upp temata kring dessa fakta. Även våra medicinska tidskrifter belyser problematiken. Bland annat har Läkartidningen haft ett temanummer "Livsstil och hälsa – ungdomar" [1]. På omslaget betonar man att det är "viktigt nå unga tidigt". Även om man är oense om orsakerna så är vi eniga i en sak – vi måste agera nu och inte vänta!

Det borde kvitta var barnen bor, var de härstammar ifrån och om det är en eller två föräldrar som tar hand om dem. Ur denna tanke har dokumentet "Vägledning för elevhälsan" [2] troligtvis sitt ursprung – att bidra till utvecklingen av likvärdig elevhälsa över hela landet. Vid sidan av Socialstyrelsen har Skolverket sedan 2011 varit en viktig samarbetspartner. En preliminär version har sänts ut på remiss, och undertecknad har granskat det på uppdrag från SFAM.

Tanken är att dokumentet skall utgöra ett kunskapsstöd och beslutsunderlag för elevhälsan och bidra till att stärka användandet av evidensbaserad praktik inom elevhälsan. Dokumentet är riktat till all personal inom barn- och elevhälsan, rektorer, skolhuvudmän och övriga berörda beslutsfattare.

Dokumentets preliminärversion är en omfattande sådan – 176 sidor! Man lyckas att samla information inom fältet elevhälsa och skolhälsovård. Mycket av informationen har tidigare varit utspridd och på så sätt svår att återfinna på ett enkelt vis. Just en lätt tillgänglig information är avgörande för att koordinera dem olika resurserna effektivt. Det är mycket positivt att man har reviderat riktlinjerna för elevhälsan och att man även har sett över dem inte enbart ur nationellt utan även internationellt perspektiv.

Elevhälsan beskrivs från medicinsk, psykologisk, psykosocial och specialpedagogisk utgångspunkt. Ett systematiskt kvalitetsarbete anses vara viktigt. Dokumentation, journalhantering och sekretess beskrivs liksom samverkan, samarbete och samordning. Barn som far illa eller riskerar att fara illa avhandlas i ett eget kapitel, likaså temat skolfrånvaro samt särskilt stöd. Elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete (som motverkar den fysiska och psykiska ohälsan) illustreras tydligt, och man beskriver även hälsobesök samt vaccinationer som ingår i det ordinarie elevhälsoprogrammet. I bilagan finns sammanfattningar av specifika hälsoundersökningar beträffande elevens hörsel, syn, tillväxt och ryggstatus.

Anmärkningsvärt var att autistiska tillstånd och ADHD till skillnad från andra diagnoser behandlades på ett närmast läroboksmässigt sätt. SFAM har ställt sig frågande till just detta.

Sammantaget är dokumentet bra och läsvärt. Det omfattande materialet kommer vara till nytta både för dem som samarbetar med elevhälsan och för dem som arbetar inom elevhälsan. Förhoppningsvis har SFAM genom sin granskning av dokumentet kunnat bidra till att den slutliga versionen erbjuder en kvalificerad, optimerad och enhetlig "vägledning inom elevhälsan".

Referenser

1. Livsstil och hälsa – ungdomar: Viktigt nå unga tidigt. Läkartidningen, temanummer 36/2013
2. Vägledning för elevhälsan. Preliminärversion 20130802. Socialstyrelsen och Skolverket, Dnr. 3.1-35372/2013

Christian Rauer

Med.dr., skolläkare
Norrtälje kommun - Tiohundra AB,
To Care Solna
christian.rauer@tiohundra.se



Tidig upptäckt av autism

– en viktig uppgift för BVC

Med nya metoder kan personal på BVC upptäcka barn med autism betydligt tidigare. I Göteborg har autismscreening införts på alla BVC som del i ordinarie hälsouppföljning. Efter en populationsstudie år 2010 har metoderna införts som rutin i det ordinarie hälsoprogrammet vid 2,5-års hälsobesök och andelen upptäckta barn med autism har ökat [1,2,3].

De senaste årens omfattande neurovetenskapliga forskning har lett till en mera optimistisk syn på möjligheterna att påverka förloppet vid autism. Aktuella studier från Europa och USA visar en prevalens kring 0,6-1,1 % för autismspektrumstörning (ASD) [4,5,6].

Symptombilden varierar utifrån en heterogen neurobiologisk bakgrund. Vi kan inte bota autism, men det finns möjligheter att ”guida” det lilla barnets hjärna och barnets fortsatta utveckling [7,8,9,10,]. Symptom kan upptäckas från första levnadsåret. Varje BVC-sjuksköterska och BVC-läkare har ett särskilt ansvar för den tidiga upptäckten.

Tidiga symptom

Kärnsymptomen vid autism är svårigheter i förmåga till ömsesidigt socialt samspel och kommunikation samt begränsningar och avvikelser i beteende och intressen. Symptomen varierar, och tidiga tecken kan vara uppenbara men ibland mycket subtila. Framför allt är de relaterade till en bristande förmåga att utveckla ömsesidighet i kontakt med andra (”joint attention”) [11,12]. Det är viktigt att vid varje hälsokontroll observera barnets förmåga till kontakt. Det ger oss möjlighet att tidigt reagera när avvikelser finns. De tidiga insatserna kan innebära förändrad prognos och livskvalitet för barnet och för hela familjen.



Observation av barnets förmåga till ”Joint attention” vid BVC-besöket.

Lyssna på föräldrar

De flesta föräldrar till barn som fått diagnosen autism uttrycker att de tidigt känt oro för sitt barns utveckling, mest vanligt då barnet varit 12-18 månader [13]. I vissa fall har utvecklingen initialt sett sig normal men planat av efter 18-22 månader. Ofta uttrycker föräldrar oro för sen språkutveckling eller misstanke om hörselnedsättning. Sömn- och uppfödningssvårigheter är vanliga. Alltför många föräldrar har upplevt att man i vården inte lyssnat på deras oro.

Observera barnet

Möjliga varningstecken kan vara:

- bristande ögonkontakt
- uteblivet joller, avsaknad av glädje i kontakten vid 4-6 mån.
- uteblivet pekande vid 12 månaders ålder, avsaknad av förmåga att följa andras pekning
- fördröjd respons när barnet tilltalas vid namn
- försenad språkutveckling, inga spontana 2-ordssatser vid 2 års ålder
- förlust av språk eller sociala färdigheter
- fixering vid föremål, repetitiva beteenden

Screening

Screeninginstrument kan optimera möjligheterna att fånga upp tillstånd tidigt. De kan även upprätthålla en ökad medvetenhet och kunskap hos vårdpersonal [14]. Internationellt finns en strävan att finna metoder för allt tidigare autismscreening. Fortsatt är dock det vetenskapliga stödet magert när det gäller populationsscreening före 2 års ålder [15,16,17]. Valet av tidpunkt för en populationsscreening bygger på kunskap om tidiga symptom och diagnostik vid autismspek-



Foto: Petra Linnsand

trumstörning och andra tidiga utvecklingsavvikelser, screeninginstrumentens psykometriska egenskaper (förmåga att fånga ”rätt barn”) samt de praktiska möjligheterna för genomförandet. Screeningen måste vara kostnadseffektiv och lätt att genomföra.

Erfarenheter av det nya programmet för autismscreening i Göteborg

Det nya programmet för autismscreening introducerades successivt efter en utbildningsinsats som omfattade milstolpar i barnets typiska (”normala”) utveckling under de tre första åren, möjliga tidiga tecken på autism samt genomgång av metoder för screening. Skriftlig information och en metodbok för alla BVC-sjuksköterskor utarbetades.

I screeningen används en kombination av två instrument. The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) [18] är ett frågeformulär till föräldrar, vilket tidigare har utvärderats i USA (http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html). Det finns tydliga kriterier för utfall. M-CHAT omfattar även en intervjudel som används för att säkerställa utfall (utesluta falskt positiva fall) [19,20,21]. Instrumentet finns tillgängligt på många språk och har översatts till svenska av vår grupp. Det andra instrumentet är en observation på BVC av barnets förmåga till ”joint attention” (JA-OBS). Det har tagits fram i vår Göteborgsstudie i avsikt att ta vara på BVC-sjuksköterskornas kunskap och erfarenhet. JA-OBS innehåller fem delmoment där barnets förmåga till ömsesidigt samspel vid besöket bedöms (se faktaruta).

Metoderna för autismscreening kan användas på BVC närhelst misstanke om svårigheter i barnets förmåga till kontakt och kommunikation uppstår. BVC-sjuksköterskan är den som ansvarar för 2,5-års hälsobesök och autismscreening, men det är nödvändigt att också läkaren har tillägnat sig kunskap om tidiga tecken på autismspektrumstörning och screening. Varje barn som fångas upp på grund av utfall i screening eller där misstanke uppstår av annat skäl bedöms utan dröjsmål vid ett besök tillsammans med BVC-läkare som ansvarar för helhetsbedömning (och vid behov annan medicinsk utredning). Vid detta BVC-besök får föräldrarna en första information om behov av kompletterande utredning och remittering för den.

Inom Göteborg har en samverkan byggts upp mellan barnhälsovård (upptäckt), enheten för barnneuropsykiatri vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (utredning) och barnhabiliteringen (insatser). Det är viktigt att det vid misstanke om autism finns rutiner för fortsatt bred utredning inkluderande samsjuklighet och beaktande av möjliga andra orsaker till symptomen. Behandlingsinsatserna behöver planeras individuellt och i samråd med familjen. Föräldrarnas roll är avgörande. För insatserna behöver kunskap i team byggas upp. Inom detta område finns mycket att utveckla, och det är nödvändigt att fortsatt följa kunskapsutvecklingen från forskning.

Kort från studieresultat

Under studieåret 2010 beräknades ca 5 000 barn ha screenats i samband med 2,5-års-undersökningen på BVC. I 3 999 fall, där föräldramedgivande inlämnats, kunde resultaten

JA-OBS

Observation av ”joint attention” vid tidig misstanke om autism och screening på BVC (G. Nygren)

1. Reagerar barnet på sitt namn?
2. Söker barnet ögonkontakt med dig?
3. Kan barnet följa med blicken när du pekar på något längre bort i rummet?
4. Använder barnet sitt eget pekfinger för att peka på något?
5. Kan barnet samverka i enkel låtsaslek?

från screeningen analyseras. Femtiofyra barn genomgick fortsatt utredning utifrån den misstanke om ASD som väckts på BVC. Majoriteten av barnen var 2,5 år. Av de 54 barnen konstaterades 48 ha ASD (40 pojkar och 8 flickor). Tre barn fick vid utredning diagnosen generell språkstörning och de övriga tre barnen bedömdes ha en utveckling inom normalvariationen. Det positivt prediktiva värdet (PPV) och sensitiviteten för kombinationen M-CHAT och JA-OBS var 90 % respektive 96 %, vilket är utmärkta egenskaper för populationscreening. Prevalensen för ASD hos 2-åringar 2010 var 0,64 % beräknad för hela populationen och 0,80 % hos de screenade 5 000 barnen. Detta kan jämföras med åren 2000 och 2005 då den registrerade prevalensen för 2-åringar var 0,18 % respektive 0,04 %.

Det avgörande för tidig upptäckt av autism och andra tidiga utvecklingsavvikelser är BVC-sjuksköterskans och BVC-läkarens kunskap, förmåga att lyssna på föräldrars oro och observation av barnet vid varje BVC besök. Erfarenheterna av screeningen från BVC-personal är positiva. Många har uttryckt ”vi har fått nya redskap”. Den kunskap personalen fått och de metoder de lärt sig använda vid 2,5-års besök används nu även vid andra besök. Det finns en ny beredskap att möta föräldrars frågor och oro. Det innebär flera utmaningar för oss, men vi har möjlighet till preventiva insatser av stor betydelse.

Referenser

1. Nygren, G., Cederlund, M., Sandberg, E., Gillstedt, F., Arvidsson, T., Carina Gillberg, I., et al. (2012). The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: a population study of 2-year-old Swedish children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1491-1497.
2. Nygren, G., Sandberg, E., Gillstedt, F., Ekeröth, G., Arvidsson, T., & Gillberg, C. (2012). A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1200-1210.
3. Nygren G. Screening and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders. Sahlrenska akademien, Göteborgs universitet 2012. ISBN 978-91-628-8423-9. Handledare: Christopher Gillberg
Fullständig referenslista finns på www.sfam.se.

Gudrun Nygren

Med dr, barnläkare och barnpsykiater
Överläkare Barnpsyk. mott. Kungsbacka
Gillbergcentrum, Göteborgs universitet
gudrun.nygren@gnc.gu.se



Vad gör en skolläkare egentligen?

När jag berättar för icke-medicinare att jag jobbar som skolläkare får många något drömskt i blicken. De tänker antagligen på sin barndoms skolsköterska med den öppna famnen. Läkarkollegor brukar konstatera ”intressant, vad gör man då?” En kollega utbrast ”Det kräver ju ingen kompetens!” – Efter att ha arbetat ett drygt läsår i skolans värld ska jag nu försöka ge en bild av vad skolläkarjobbet innebär.

Precis som en allmänläkares arbete varierar beroende på lokala förutsättningar och riktlinjer ser skolläkarnas vardag olika ut. Variationerna kan vara stora beroende på hur huvudmannen tolkar uppdraget och hur upptagningsområdet ser ut. Själv arbetar jag i en Stockholmsförort, Järfälla, med stark befolkningstillväxt och ett stort antal nyanlända. Jag ingår i en central organisation, Järfälla Barn- och elevhälsa, och arbetar gentemot sammanlagt femton kommunala skolor med elever från förskoleklass till gymnasiet.

Från skolhälsovård till elevhälsans medicinska insats

Redan 1842 fick läroverken sina första skolläkare och 1892 skulle alla läroverk ha en skolläkare enligt lag. Lagstadgad skolhälsovård i folkskolan kom 1943. På den tiden präglades barns hälsa av stora hälsorisker och hög sjukdomsförekomst, framför allt i form av infektionssjukdomar. Därför var det viktigt med regelbundna hälsokontroller.

Idag ingår man som skolläkare i det som i skollagen från 2010 kallas för elevhälsa. Den ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och främst vara förebyggande och hälsofrämjande. I de flesta skolor har man organiserat samarbetet i en ”elevhälsogrupp” eller ett ”elevhälsoteam” som leds av rektorn med specialpedagog, skolkurator och skolsköterska (ibland även skolpsykolog och skolläkare).

Enligt lag skall alla elever erbjudas minst tre hälsobesök i grundskolan och ett i gymnasiet. I de flesta kommuner erbjuds hälsobesök i förskoleklass eller årskurs ett, årskurs fyra, årskurs sju eller åtta samt första året på gymnasiet. I hälsobesöken ingår det att bedöma elevens allmänna hälsotillstånd, tillväxt, utveckling, inlärning och skolsituation. Eleven får möjlighet att tala om sin hälsa och sina levnadsvanor. Elever med kroniska sjukdomar ska särskilt uppmärksammas för att se om skolsituationen behöver anpassas. En mer avgränsad hälsokontroll görs i årskurs två och sex.

Skolhälsovården ansvarar för det nationella vaccinationsprogrammet för barn i skolåldern. Nyanlända elever ska erbjudas en hälsokontroll för att fånga hälsoproblem och möjliga inlärningshinder, upptäcka smittsamma sjukdomar och erbjuda kompletterande vaccinationer.

Elever med olika typer av svårigheter som påverkar inlärning, såsom dyslexi, neuropsykiatriska funktionshinder, utvecklingsstörning, är en prioriterad grupp för elevhälsan. Här kan skolhälsovården bidra med att uppmärksamma svårigheter, remittera för utredning och hjälpa till med anpassning av skolsituationen.

Så vad gör en skolläkare?

Fyra dagar av fem har jag mottagning på någon av mina femton skolor. Frekvensen per skola är beroende på elevantal, elevsammansättning och vilka årskurser som finns på skolan. Behovet av skolläkarmottagning är större i de lägre årskurserna. Schemat lägger jag själv halvterminsvis. Skolsköterskan kallar eleverna och har föräldra- och lärarkontakterna utanför mottagningen.

I mina arbetsuppgifter ingår att träffa alla elever vid det första hälsobesöket. I Stockholms läns landsting sker den sista läkarundersökningen på BVC när barnen är 10 månader varför man i Järfälla kommun valt att ha en läkarkontroll i skolan vid 6-7-årsålder. Vid detta besök görs en sammanvägning av information från skola, elev, föräldrar och uppgifter från tidigare BVC-journal. Bedömning görs av motorik, utveckling och tillväxt. I den somatiska undersökningen ingår bland annat skoliiosscreening, hjärtauskultation och testikelundersökning. Det är därefter möjligt att avgöra om eleven ska följa ordinarie program eller om speciella uppföljningar eller utredningar ska göras.

I vår kommun tackar i stort sett alla vårdnadshavare ja till detta besök. Även de barn som uteblivit eller tackat nej till 5-årskontrollen på BVC fångas upp. Denna möjlighet till lättillgänglig läkarundersökning är särskilt värdefull i socialt utsatta områden.

Hälsokontroller i övriga årskurser görs av skolsköterskan. Avvikelse eller frågetecken som framkommit vid skolsköterskans kontroller eller uppkommit som frågeställningar vid elevhälsogrupsarbete följs upp av skolläkaren antingen i form av konsultation eller erbjudande om skolläkarundersökning. Det kan röra sig om tillväxtavvikelse, övervikt/fetma, misstanke om sklios, somatiska symtom såsom huvudvärk och buksmärta där man misstänker att skolsituationen spelar in, stor skolfrånvaro samt neuropsykiatriska frågeställningar.

Hälsokontroller av nyanlända utgör en stor del av mitt arbete. Det är både spännande och meningsfullt att möta elever och deras familjer från olika länder. Jag har träffat

I skolläkarrollen ingår

- att bevaka evidensen i metodik och kvalitetsgranskning
- att ta medicinskt ledningsansvar
- att vara drivande i utvecklingsarbetet
- att ha ett välfungerande kontaktnät
- att bevaka arbetsmiljön

Rollen omfattar att vara

- elevens medicinska företrädare
 - rektors rådgivare och inspiratör
 - skolsköterskans medicinska stöd
- Svenska Skolläkarföreningen <http://www.slf.se/skollakare>

många barn som aldrig tidigare blivit läkarundersökta och som "kanske fått några droppar vaccin i munnen" tidigare. Familjerna är oftast mycket tacksamma för det som skolhälsovården erbjuder. Viktigt är att komma ihåg tandstatus då många barn som levt under svåra omständigheter har utbredd karies.

Att vara tillgänglig som bollplank och medicinsk rådgivare åt skolsköterskorna är en viktig del av arbetet. Även annan skolpersonal och rektor är välkomna med frågor.

I skolhälsovårdens kvalitets- och utvecklingsarbete är jag medicinsk rådgivare åt verksamhetschefen och den samordnande skolsköterskan. Jag deltar i arbetsgrupper där vi formar riktlinjer för omhändertagandet av elever med övervikt och för nyanlända elever. En gång per månad är jag med på utredningsteammöten på barnläkarmottagningen gällande neuropsykiatri.

Vad behöver man kunna?

Skolläkare är en egen specialitet som i Socialstyrelsens nya specialitetsöversyn kommer att vara en grenspecialitet till allmänmedicin, barnmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri.

Att vara specialist i allmänmedicin är en bra grund till arbetet som skolläkare. Man är van att arbeta självständigt, ta reda på information, tänka brett och nätverka med andra aktörer. Specialistutbildningen i allmänmedicin ger en bred medicinsk kompetens och träning i samtalskonst. Att arbeta hälsofrämjande och preventivt är något som många allmänläkare önskar att det fanns tid för. Inom skolhälsovården är det ett prioriterat område.

Erfarenhet från BVC är bra att ha då vana av screeningundersökningar, bedömning av tillväxt och utveckling samt kunskap om vaccinationer är viktigt. För kunskap om barns tillväxt och utveckling behöver man som allmänläkare fördjupa sig. Det finns bra litteratur i ämnet och det är bra att ha en klok kollega, gärna på en barnläkarmottagning, att kunna rådfråga.

Neuropsykiatri är viktigt att kunna och här finns mycket litteratur. Vaccinologi lär man sig med fördel via en kurs. Smittskyddsinstitutet ger kurser inriktade för skolläkare. Kompletteringsvaccinationer av nyanlända kan vara svårt.

Vill du veta mera?

"Skolhälsovård" av Olle Hillman, Gothia Förlag AB 2010



Tallbohovskolan.

Foto: Anna Cederlund

Barnortopedi behöver man lära sig mer om. Skolios, plattfothet, intoeing, hälsmärta etcetera hör till vanliga frågeställningar. Barnhälsovårdens webbaserade rikshandbok är en bra kunskapskälla. Det finns också utmärkta kurser i ämnet.

För att man ska trivas med jobbet ska man tycka om barn och kunna samarbeta väl. Man måste också vara införstådd med att man arbetar på skolans arena där ens läkarroll är viktig men inte alltid självklar.

Ett ensamt jobb?

Nej, det är ett ovanligt trevligt och socialt jobb! Skolläkarjobbet bygger på ett tätt samarbete med skolsköterskorna. Jag har glädjen av att arbeta med skolsköterskor som är både kompetenta, självständiga och väldigt trevliga.

En nödvändighet är att ingå i ett lokalt skolläkarnätverk för kollegialt utbyte. Jag har mycket nytta av mina skolläkar-kollegor i närliggande kommuner som generöst bistår med tips och råd. Skolläkarföreningen och de årliga skolläkarlagarna är också viktiga både för kunskapsinhämtning och för att ingå i ett större sammanhang.



Anna Cederlund

Skolläkare

Järfälla Barn- och Elevhälsa,

Järfälla kommun

anna.cederlund@jarfalla.se



Gör något aktivt – bli passiv medlem!
Läkare för Miljön www.lakareformiljon.se

Hormonstörande kemikalier i miljön och vår hälsa

Våra hormonsystem är nödvändiga för reglering av reproduktion, tillväxt och utveckling, inre miljö och energiomsättning. Skadlig påverkan på hormonsystemen och deras programmering under fosterutveckling och tidig barndom kan ge allvarlig påverkan och sjukdom hos individer, populationer och ekosystem. Hormonstörande kemikalier (eng. endocrine disrupting chemicals; EDCs) kan definieras som kemikalier eller blandning av kemikalier i vår miljö som kan påverka våra hormonsystem [1]. Förekomst och påverkan av hormonstörande ämnen är sedan länge känt från djurvärlden. Framst gäller det rapporter om reproduktionsstörningar hos många djurarter, då dessa är lätta att upptäcka och studera. Hypotesen att kemikalier i miljön skulle kunna ligga bakom en minskande spermakvalitet hos människa framfördes för mer än 20 år sedan av barnendokrinologen Niels Erik Skakkebaek och hans grupp vid Rigshospitalet i Köpenhamn [2]. Under senare år har även andra sjukdomar som cancer, diabetes mellitus, hjärtkärlsjukdom, osteoporos, immundysfunktion, vissa medfödda missbildningar och skador på nervsystemet med beteendepåverkan associerats med exponering för hormonstörande ämnen (se ref. 3). Att vi alla är exponerade för hormonstörande ämnen råder det ingen tvekan om. Detta är tydligt från flera studier som påvisat ett stort antal kemikalier i blodet hos nyfödda barn [4], friska personer utan känd exponering och hos flera generationer av individer i samma familj. Mycket talar också för att foster och barn kan vara mer exponerade än vuxna (se ref. 3).

Uppdaterat kunskapsläge om hormonstörande kemikalier

I början av 2013 presenterade WHO tillsammans med FN:s miljöprogram (UNEP) en omfattande statusrapport ("State of the Science") om kunskapsläget för hormonstörande kemikalier med professor Åke Bergman, miljökemist vid Stockholms Universitet, som huvudredaktör [3]. Denna rapport, som kan laddas ner gratis från WHO:s hemsida, sammanfattar det senaste decenniets vetenskapliga upptäckter om hormonstörande ämnen i miljön och deras eventuella påverkan på djur och människor.

Hos människan har hormonstörande kemikalier tidigt associerats med tillstånd som drabbar pojkar. Detta avser medfödda missbildningar som kryptorkism och hypospadi samt dålig spermakvalitet och testikelcancer, vilket främst drabbar unga vuxna män. Manliga könshormoner, androgener, är helt nödvändiga för den manliga prenatala könsutvecklingen. Det är väl känt att bristande effekter av androgener under en pojkes fosterutveckling kan leda till kryptorkism och hypospadi. Därför har en stor del av diskussionen rört sig kring anti-androgena och östrogena kemikalier som orsak till bristande maskulinisering hos pojkar under den prenatala



Illustration:
Katarina Liliequist

utvecklingen. Kryptorkism, som är den vanligaste medfödda missbildningen hos pojkar (3–4 % vid födelsen hos fullgångna), är också den mest kända riskfaktorn för testikelcancer. Pålitliga data från cancerregister i många europeiska länder och främst i Norden har påvisat en ökande incidens av testikelcancer under de senaste femtio åren. Förekomsten av testikelcancer, liksom av kryptorkism och hypospadi, uppvisar oförklarade regionala skillnader i Europa och andra delar av världen. Det största problemet för de två senare mycket vanligare tillstånden är dock att kvaliteten på underliggande publicerade studier med få undantag är låg. Rapporteringen till nationella missbildningsregister liksom klassifikationen av kryptorkism och hypospadi är ofta bristfällig.

”Låga doser av flera hundra olika kemikalier har påvisats i navelsträngsblod från nyfödda och i blodet från friska individer utan någon anamnes för ökad exponering.”

Även andra hormonrelaterade cancerformer har visat oförklarade men väl dokumenterade öknings under de senaste decennierna. Detta gäller bröst-, endometrie-, ovarie-, prostata- och sköldkörtelcancer (se ref. 3). En tidigare start av bröstutvecklingen, vilket ger en ökad risk för bröstcancer, uppmärksammades i USA på 1990-talet som tecken på en tidigare pubertetstart hos flickor. Liknande fynd har sedan påvisats i Danmark (se ref. 3). I USA har fyndet kopplats till fetmaexplosionen, som även drabbat barn, då det är välkänt att tiden för pubertetstart kan regleras av nutritionsstatus. I Danmark däremot har man inte sett någon ökning av BMI

råde vad gäller människa. Ett ökat samarbete över disciplinränderna är ett måste för att vi snabbare ska kunna få svar på de viktiga frågorna om hormonstörande kemikaliers inverkan på vår hälsa. Ett annat problem är hur vi som kliniker ska kunna mäta dessa substanser om vi har misstanke om att patienter är exponerade och skadade av kemikalier. Inga kliniskt tillgängliga metoder finns för närvarande utan detta måste ske inom ramen för forskningsarbeten.

Situationen har oroat forskarsamhället och flera uppdrag har publicerats från forskarorganisationer med uppmaning till ökad aktivitet och erbjudanden om hjälp [8, 9]. EU-kommissionen har satsat stora resurser i forskningsanslag på området och parallellt har lagstiftningen skärpts. Den så kallade REACH-lagstiftningen har införts och successivt skärpts. Enskilda skadliga kemikalier har utfasats från marknaden. Kemikalieinspektionen i Sverige har varit aktiv i regleringen av hormonstörande ämnen inom EU och flera ämnen har förbjudits i vissa produkter för barn.

Det har nyligen uppstått en vetenskaplig debatt kring nya förslag till ytterligare skärpt lagstiftning inom EU. De veten-

skapliga redaktörerna för ett stort antal toxikologiska tidskrifter har nyligen publicerat ett uppdrag där man argumenterar mot det endokrinologiska synsättet på området, vilket besvarats av redaktörerna för ett stort antal endokrinologiska tidskrifter [10,11]. Vi får hoppas att denna debatt leder till något konstruktivt och bidrar till ökad kunskap i området. Oenighet brukar ju vara en bra drivkraft för vetenskapen.

Referenser

3. UNEP/WHO. State of the science of endocrine disrupting chemicals – 2012 An assessment of the state of the science of endocrine disruptors prepared by a group of experts for the United Nations Environment Programme (UNEP) and WHO (<http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/>)

Fullständig referenslista finns på www.sfam.se.

Olle Söder

Professor och överläkare
i pediatrik, barnendokrinolog.
Olle.Soder@ki.se



Johansson, Katarina. Den onda badankan – ditt barn och de osynliga gifterna. Ordfront förlag 2012. ISBN 978-91-7037-674-0.

Manual i kemikaliemedvetet föräldraskap

Härda spröda dockor och en röd dockservis – det är mina första minnen av ”plastik”. Plasten kom att revolutionera hemmen och passade väl in i 60-talets vision om ”slit och släng”, ett lättskött hem som tillät kvinnor förvärvsarbeta.

Branden i en sjukhuskorridor på Serafen bidrog till att inredningstextilier blev flamskyddade.

Det är svårt att föreställa sig en värld utan plast och industrikemikalier. Idag lever vi i ett kemikaliedammoln. Vi äter, vi andas in och vår hud släpper in industrikemikalier. Det gäller ännu mer barnen som håller till på golvet. Giftalternativen i damm är ofta högst i barnkammaren.

Katarina Johansson är dokumentärfilmare och miljöjournalist. Hennes första bok heter ”Badskumt. Gifterna som gör dig ren, fräsch och snygg” och handlar om badrumsskåpet. I boken ”Den onda badankan” har hon tagit rollen av en förälder. Vad är det för miljö barnet lever i, och hur ska hon kunna skydda det?

Hon går igenom situation för situation, vilka kemikalier som är aktuella och vad man kan göra själv för att minska exponeringen. Hon ger goda exempel från Sverige och andra

länder, visar på möjligheter och också konsumentens rätt till information. Hennes råd är pragmatiska och anpassade till vad som kan vara rimligt ur småbarnsföräldrars situation.

Språket är närmast talspråk och därför lättläst. Boken innehåller många faktarutor, listor över olika ämnen, förklaringar och avslutas med ett utförligt innehållsregister.

Mitt referensexemplar saknar den inklistrade bilagan med miljötoxikologiska rättelser som kom till efter en extra faktagranskning. Men det förändrar inte budskapet och de praktiska råden.

”Den onda badankan” är en bok som kan rekommenderas alla som arbetar med barn. Den borde delas ut på BVC och användas i föräldragrupper. Den borde vara obligatorisk vägledning för förskolechefer.

Industrikemicaliernas roll för hälsan borde vara en del av obligatorisk folkhälsokunskap för alla allmänläkare. Läkarkåren borde i högre utsträckning aktivera sig i arbetet mot kemikalier.

Ingrid Eckerman

Ordförande, Läkare för Miljön
ingrid.eckerman@lakareformiljon.se



Annons

Barnkalasen, mellanmålen och livet



Helvetestimmen kallar många småbarnsföräldrar sina och barnens upplevelser i samband med hämtning från daghem. Gnäll, ilska, protester, hunger. Glömt nödbananen? Handla mat fort fort, med otålig unge rännande runt! Laga mat. Truga. Nytt problem: Försöka lägga barn som hunnit varva upp igen. Anses av många ha blivit värre med åren, det här.

Vad kan sådana situationer orsakas av? I boken *Ett sötare blod* (se recension sid 57) hävdar biokemisten och småbarnsmamman Ann Fernholm att de senaste årtiondenas ökade intag av snabba kolhydrater och sötsmakande mat och dryck är boven. Insulinsvar och andra biokemiska skeenden kan förklara barns hunger och viktökning av kolhydratrik kost och sockrade drycker. Ann Fernholm slutar sin bok med en appell: Inför skatt på vitt socker! Varningstexter på förpackningar med godis, läsk, bullar och kakor!

Sockerhaltiga produkter, och sötningsmedel utan sackaros, säljs allt mer. Steviolglykosiderna (E960) är tillsatser som falskeligen kallas "Stevia". Sötningsmedel kan minska mättnadskänsla. Så ökas kaloriintag. Aggressivitet efter intag av söta drycker, snask och kakor har beskrivits.

Höga halter av fruktos, glukos och sackaros orsakar inflammation i kärlväggar, glykering som förändrar proteiners egen-

skaper, ökat antal av de farliga små LDL-partiklarna, störd insöndring av den insulinlika tillväxtfaktorn IGF, med mera. Barnendokrinologen Robert H. Lustig föreslår i boken *Socker – din värsta fiende* att föräldrar till barn med viktökning först drar in på sötade drycker. Redan måttligt fruktosintag minskar insulinkänslighet och stör lipidmetabolism. Fruktos-glukossirap (som getts många namn) framställs billigt ur stärkelse och finns i allt fler industritillverkade födoämnen.

Mellanmål som Risifruitti, slisksöt "fruktyoghurt", kex och godis är kolhydratbomber. Används de av vuxna för att slippa trösta med kramar och samtal? Hur blev det normalt att ge barn bara Ballerinakex och Fanta som lunchmat under heldagsutflykter? Lättprodukter (t ex Arla Lättyoghurt Vanilj) kan vara rika på kolhydrater som i kroppen bryts ner till sockerarter. Biograferna tjänar mer på popcorn än på filmvisning.

Är industriprodukterna och mellanmålen på daghemmen en bidragande orsak till fenomenet Hell Hour? I ett par kommuner i Dalarna har en dam som kan sin näringslära genomdrivit klok upphandling, matlagning på plats och förbättrad kost i skolor och barnomsorg. Pedagogerna gjorde motstånd: de ville skänka barnen dagliga belöningar i form av sötsaker. Föräldrar tyckte synd om barnen. Nu bjöds naturell yoghurt med färska frukter (ingen juice, som ju har för lite fibrer och ger för snabb absorption av sockerarter), nybakat matbröd, mat med långsamma kolhydrater och färska grönsaker. Vad hände? Barnen orkar bättre med sina dagar; hemma är de lugnare och gladare. "Fredagsmys" en gång per vecka räcker. Återinför lördagsgodis – dutta inte med sötsaker i veckorna!

Omläggningen till lågfettkost ledde till ökat intag av raffinerade kolhydrater och tillsatt socker. Risken för metabolt syndrom, diabetes, kranskärlsjukdom med mera stiger. Kroppsvikt ökar (jfr. ESO-rapport 2011:3 och SBU-rapporten *Mat vid fetma* 2013).

Barn till lågutbildade föräldrar som har låg inkomst ökar i vikt. Många föräldrar förmedlar via tolk att deras lilla barn inte är tillräckligt knubbigt. Bo Werner visade i sin avhandling ökad barnfetma – medan många, särskilt flickor, aktivt minskar sin vikt. Ätstörningar ökar. Fasta och 5:2-diet är inget för barn!

Köpekakor och många andra "belöningar" innehåller ännu ofta hälsofarliga fetter. Foster och små barn exponerades under 1900-talets sista tre–fyra årtionden för fetter med mindre lämplig sammansättning: vissa margariner, mjölk från kor som fått kraftfoder, transfetter...

Hur får barn på kalas något gott och nyttigt att mumsa på? Gör "tårta" av frukt, t ex bitar av vatten- och honungsmelon! Ett sockerfritt barnkalas beskrevs i Aftonbladet – tilltaget väckte upprördhet.

Lars Bäcklund

Stockholm

lars.b.backlund@hotmail.se

Han leder SKL:s vårdvals nätverk



Olle Olsson

Foto: Gösta Eliasson.

Olle Olsson leder SKL:s vårdvals nätverk, en grupp beställare av hälso- och sjukvård i kommuner, landsting och regioner. AllmänMedicin har träffat honom för att få veta vad man diskuterar och vad han tror om framtiden.

– Jag jobbar med konkurrens och valfrihet, främst inom vårdval enligt LOV i landstingen. Vi träffar landsting och kommuner för att få information och ge råd. Vårdvals nätverket brukar träffas tre gånger per termin och just nu diskuteras olika modeller för det kommande vårdvalet inom den specialiserade vården. Frågorna är många, t ex hur jourerna ska hanteras, hur man säkrar utbildningen, om läkare som är anställda i offentlig sjukvård samtidigt kan ha en bisyssla inom privat öppenvård och hur detta påverkar pensionen.

Ett uppdrag som Olle Olsson och hans medarbetare arbetar med är att analysera hur ersättningssystemen för vårdval inom den specialiserade öppenvården fungerar. Än är systemet inte utbyggt, förutom i Stockholm och Uppsala som har kommit en bit på väg. Inom ramen för ett forskningsuppdrag presenteras i höst en redogörelse för utvecklingen inom området samt hur några pilotprojekt utvecklats, t ex Region Halland, som funderar på att införa vårdval inom hud och psykiatri, Region Skåne som eventuellt inför vårdval utifrån en vårdkedjemodell och Västra Götalandsregionen som gör detsamma med rehabiliteringen.

Vi kommer in på uppdelningen mellan beställare och utförare, något som fungerar olika bra i olika landsting.

– Ibland går rollerna i varandra. Det gäller särskilt små landsting där en person kan ha flera roller. Men det finns många sätt att organisera sjukvård. Vissa landsting har produktionsnämnder som styr verksamheterna, vi har de klassiska förvaltningsorganisationerna och så finns beställar-utförarsystemen.

Studierektorerna i primärvården har ju en nyckelroll för ST-utbildningen. Även här ser det olika ut. Finns det någon tendens mot mer enhetlighet när det gäller studierektorernas hemvist i organisationen?

– Kanske, på lång sikt. En del studierektorer är anställda av landstingets utvecklingsenhet och då omfattar det ofta både privat och offentlig vård. Men idag varierar det mellan olika landsting.

”Vårdvalsmodellen innebär visserligen konkurrens, men när det gäller utbildning så är det inte rimligt att man konkurrerar eller ruvar på ’affärshemligheter’. Det är bättre att lära av varandra.”

Vårdvalsmodellen handlar visserligen om konkurrens, men när det gäller utbildning så är det inte rimligt att man konkurrerar eller ruvar på ”affärshemligheter”. Det är bättre att lära av varandra.

Olle Olsson passar när vi kommer in på frågan huruvida specificerade fortbildningskrav hör hemma på beställarsidan eller om det är verksamheternas ansvar.

– När det gäller fortbildningen kan jag inte ha någon åsikt eftersom det är en sak som landstingen själva tar ställning till. Men från SKL:s sida kan jag säga att vi har kontakter med patientföreningarna för att få synpunkter, och vi har träffat Läkarförbundet, Vårdför-

bundet, SFAM och DLF.

Ska jag nu försöka summera vad som sagts, så är det väl att svensk sjukvård är som ett enda lapptäcke av olika organisationsformer och ersättningssystem. Kan detta få negativa konsekvenser för vidare- och fortbildningen? Olle Olsson tar fram kristallkulan. Kommer landstingen att bli mer lika varandra i framtiden?

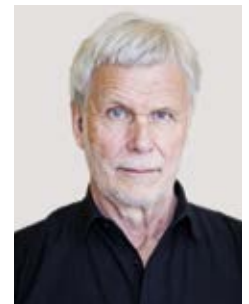
– Att det finns så många olika organisationer är inte konstigt eftersom det finns stora politiska och geografiska skillnader. Patientmaktsutredningens ståndpunkter kan möjligen komma att innebära mer likformighet, åtminstone vad gäller strukturerna. Men man får inte glömma att olikheterna också kan vara en tillgång i den bemärkelsen att nya modeller kan blomma upp lokalt.

Vi får tydligen räkna med att sjukvården förblir ett lapptäcke. Men inte i alla avseenden. När det gäller uppföljning blir kristallkulan tydligare.

– När det gäller att mäta vårdens resultat och dess kvalitet tror jag att vi kommer att se en utveckling mot mer enhetliga mätmetoder. En annan gissning är att fokus i framtiden kommer att ligga mer på kvalitetsuppföljning och mindre på ekonomiska ersättningsregler.

Nu kommer jag osökt in på frågan om det inte gått litet väl långt med New public management-idéerna där allting ska ha ett pris? Där pengar och direktiv, snarare än professionen, styr vårdprocesserna?

– Det måste finnas en balans här, mellan ledningens uppgift att styra utvecklingen mot vissa fastlagda mål och att samtidigt inte förhindra de professionella drivkrafterna att verka.



Gösta Eliasson

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

Kontinuitet – från farhåga till förutsättning

I bland blir det extra tydligt vilken nytta man kan göra med små medel som allmänläkare och vilken glädje det ger till jobbet, bara genom att finnas kvar på samma ställe och ha en egen lista.

Under en och samma dag hade jag kontakt med fyra personer i samma familj och från tre generationer. Till vårdcentralen kom en mamma med sin dotter som var dålig i sin förkylningsastma. Inhalationerna hade uteblivit, sannolikt för att mamman själv var i kris då hennes pappa var inlagd på sjukhus med akut leukemi. Hon oroade sig för sin mamma som var deprimerad. Och så har hon själv tre små barn. Pappan (som vi kallar morfar) känner jag väl efter många konsultationer och Waranordinationer. Han hade skickat en lapp med sin dotter att han önskade bli uppringd på sjukhuset. Han var mest orolig för hur sin fru, hur hon skulle hantera hans sjukdom och ville gärna att jag skulle ringa henne. Så det blev ett telefonsamtal också med henne. Hon lovade kontakta mig om hon behövde komma för att få stöd. Hennes dottern blev sjukskriven så att hennes man kunde ta hand om barnen. Och det lilla barnet med astma fick nya instruktioner om hur och när inhalationerna skulle tas.

Några veckor senare kom det lilla barnets mormors mor till vårdcentralen (svärmor till morfar med leukemi). Hon hade nyligen fått flimmer. Ännu en pusselbit. Plötsligt förstod jag varför hennes barnbarn (mamman med de tre barnen) vid ett tidigare besök på vårdcentralen hade sökt för att kolla upp hjärtat.

Efter ytterligare någon vecka önskade mormor ett besök för foten. Hon har RA och går hos reumatolog. Nu sökte hon för att det var svårt att jobba med foten och det dröjde innan hon skulle få komma till reumatologen nästa gång. Vid besöket kunde vi prata om hur det gick med hennes man (morfar) på sjukhuset och hon fick hjälp med en kortisonspruta i fotleden.

Några månader förflöt och en dag stod morfar i dörröppningen till mitt rum. Jag hade inte bytt om ännu utan satt i jeans och t-shirt och gick igenom lite journaler. På sitt självklara sätt klev han in och visade upp sig med sin port-a-cath och den numera ganska glesa hårväxten. Han hade magrat men i ögonen såg jag samma gnista som tidigare.



Joel Freilich i samspråk på SFAMs kongress.

”Kan du kolla blodtrycket? Min mätare hemma visar konstiga värden.” Det var inget mer han ville, bara visa upp sig, rapportera lite, och kolla blodtrycket, som låg ovanligt bra. Jag fick höra lite hur det gick med cellgiftsbehandlingarna och med hans fru.

En av mina farhågor när jag valde allmänmedicin var att kontinuiteten skulle äta upp mig. Jag såg framför mig att jag skulle fortsätta träffa samma patienter med värk och ångest vecka ut och vecka in tills jag till slut inte skulle orka längre. Den farhågan kom på skam. Den har visat mig att saker faller på plats med tiden, att det faktum att jag finns där som en fast punkt är en del av behandlingen.

Mitt tydligaste exempel på vikten av kontinuitet är kvinnan med svår generaliserad ångest som inte ville ha kontakt med psykiatrin efter tidigare dåliga erfarenheter. Istället önskade hon komma till mig en dag i veckan. Detta var under min ST när jag bara var en dag per vecka på vårdcentralen. Mina erfarenheter av svår ångest var begränsade. Jag bestämde mig för att göra mitt bästa, och hon gick med på att jag ringde och rådgjorde med psykiater när jag behövde. Vi



Hört på kongressen

Jag har varit på samma vårdcentral i Nacka i 30 år, och jag säger till mina kollegor: Stanna på samma ställe, för den kunskap du får om kroniska sjukdomar och dina patienter, hur det är att leva med de här sjukdomarna år ut och år in – den kan man inte man inte läsa sig till, man får arbeta sig till den. Det är fantastiskt!

Eva Carlsson-Holm

Distriktsläkare, Ekorps vårdcentral i Nacka

Eva Carlsson-Holm och Astrid Brandell Eklund på kongressen.

enades om att ha ett kortare besök varje vecka där hon fick berätta om sina symptom och hon var nöjd med det. När jag sedan återvände till vårdcentralen på heltid hörde hon inte av sig på flera veckor, inte förrän hon ville ha ett nytt recept. I samtal med henne senare kom det fram att vissheten om att jag var nåbar när hon behövde, räckte. Hon hade också fått stöd på annat sätt, med en kurator och med hemtjänst som kom hem till henne regelbundet, så allt vilade inte på besöken till mig.

Varför då välja en specialitet där man hela tiden måste vara tillgänglig, när man kan göra mer begränsade insatser och sedan släppa ”problemet”? Jo, för att när man istället för att se patienten som ett medicinskt problem ser en människa som man vill försöka förstå och hjälpa blir jobbet mycket mer intressant. Genom att se människan i sitt sammanhang kan man få en ännu större förståelse. Det kan gälla att veta vem som är morfar till ett barn med astma, eller se sambandet mellan oro för hjärtsjukdom och en mormor med förmaksflimmer. Att se en människas symptom i skenet av dennes familj och sociala situation kan vara nyckeln till bästa behandlingsalternativ. Detta blir möjligt först i de upprepade mötena.

För mig är kontinuitet inte längre en farhåga utan något som underlättar mitt jobb. Genom igenkänning kan jag identifiera avvikelser i allmäntillstånd och sinnesstämning. Ur den tillit som kan uppstå i upprepade möten vågar patienten lyfta saker som verkligen oroar och berör. Kanske behövs bara ett telefonsamtal eller kortare återbesök för att stämma av eller lugna, något som blir betydligt lättare med en gemensam kontext.

För mig personligen innebär kontinuiteten också en guldgruva av återkoppling. Via den lär jag mig ständigt mer om både medicin och om människan.

Och när morfar återigen oannonserad äntrar mitt kontor efter en halv knackning för ett par minuters information om senaste nytt i hans och familjens liv, ja då har jag svårt att förstå min farhåga för kontinuitet.

Det är precis det här som är att vara patientens doktor. På riktigt.

Joel Freilich

Distriktsläkare, Sollentuna
joelfreilich@gmail.com

En gammal fråga på nytt

– ska vi behandla mild hypertoni, varför och varför inte?

Den 18:e Nordiska kongressen i allmänmedicin i Tammerfors var ett innehållsrikt möte för allmänläkare i de nordiska länderna.

Att behandla (farmakologiskt) eller icke behandla, det är frågan – för att travestera ett känt citat. En workshop om hypertoni, som leddes av Hans Blomberg från Finland, Hálfðán Pétursson från Island/Norge och Marje Oona från Estland, var ett livligt och spännande tillfälle att försöka komma närmare frågans svar.

Men var ligger svaret egentligen? Farmakologisk behandling av mild hypertension (140-159/90-99) visade enligt Cochranerapporten från 2012 ingen positiv effekt på nedan nämnda parametrar. Metaanalysen utförd av Diao et al. 2012 omfattade 4 randomiserade kontrollerade studier på sammanlagt 8 912 patienter med mild hypertoni med behandling i 4-5 år. Exklusionskriterier var endast etablerad kardiovaskulär sjukdom (men inte diabetes!). Utvärderingsmått var mortalitet, stroke, ischemisk hjärtsjukdom (CHD), kardiovaskulära händelser (CVS) och avbrott pga. biverkningar.

Workshopen var arrangerad som en duell mellan rekommendationer från ESH/ESC (European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension) och slutsatser från Cochranerapporten. Några korta presentationer skulle belysa rekommendationerna. Hans Blomberg pläderade för att behandla enligt rekommendationer från ESH/ESC, dvs. att

överväga behandling redan vid låg eller måttlig kardiovaskulär risk efter ickefarmakologiska åtgärder. Marje Oona i sin tur förordade agerande enligt Cochranerapporten, dvs. ingen farmakologisk behandling vid mild hypertension utan etablerad kardiovaskulär sjukdom. Hálfðán Pétursson slutligen betonade vikten av ickefarmakologiska interventioner.

Utifrån två patientfall skulle deltagarna sedan arbeta i grupp och analysera behandlingsindikationer vid mild hypertoni med beaktande av riskfaktorer. Diskussionerna var livliga och passionerade. De flesta allmänläkarna var emot att farmakologiskt behandla mild hypertension även om det fanns vissa men inte allvarliga riskfaktorer.

Workshopen gav inga färdiga svar men bidrog säkert till ökad medvetenhet om att alltid noggrant bedöma indikationer för hypertoni behandling.

Witold Pisarek

Med dr., fortbildningssamordnare
för distriktsläkare i Dalarna
Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Borlänge
witold.pisarek@ltdalarna.se



Annons



Vården på väggen

En fotoutställning som ingen sett förut

Det offentliga rummet i våra städer domineras av kommersiell reklam. Bilder och neonskyltar ropar: Köp den här parfymen! Köp våra senaste glasögon! Halvna nakna fotomodeller lockar oss att köpa underkläder. Men skildringar av människornas liv lyser nästan helt med sin frånvaro.

Örnäsets vårdcentral i Luleå är ett undantag och ett utropstecken. Hela vårdcentralens fasad är fylld av ett 40-tal stora fotografier som berättar om vården inne på vårdcentralen och livet i stadsdelarna i närheten. Väggarna på vårdcentralen har blivit ett allmänt samtalsämne bland de cirka 10 000

människor som bor i området. Många har börjat promenera dit för att titta på bilderna.

I mina bilder försöker jag berätta om mänskliga möten som jag sett på vårdcentralen: gripande, vemodiga, roliga och varmt mänskliga. Ur mitt material valde jag ett 40-tal bilder som trycktes på aluminiumplåtar och monterades på vårdcentralens yttrevägg.

Man kan säga att den vård som bedrivs inne på vårdcentralen flyttades ut på väggarna och blev mer synlig. Därför har jag kallat verket "Vården på väggen".

En väl fungerande vårdcentral är ett hjärta av omsorg, vård och trygghet i samhället. I Örnäsets fall handlar det om drygt 10 000 människor i området varav ungefär 9 000 har valt vårdcentralen. Örnäsets vårdcentral är "min" vårdcentral. Jag bor själv i området. Eftersom jag är gift med en av läkarna kan man nästan säga att jag är gift med vårdcentralen.

Jag ville lyfta fram dem genom mina bilder, göra dem synliga och berätta om dem och den stora insats de gör i det tysta för innevanarna som lever på Örnäset och i de omgivande stadsdelarna.

Men någonstans sitter Jönssonligan och planerar århundradets kupp.

Under nästan ett år följde fotografen Boris Ersson arbetet på Örnäsets vårdcentral. Han är gift med Kerstin Rönnblom som arbetat som AT- och distriktsläkare här sedan 1981. Bilderna ställdes ut på SFAM:s kongress i Luleå 2012. Här beskriver han sina tankar om arbetet.

– Jag har en plan! sa Sickan. Vi ska stjäla våra egna pengar! Vi ska råna landstinget och kommunen! Vi behöver inte ens spränga nåt kassaskåp. Regeringen har ju öppnat kassaskåpet på vid gavel! Vi bildar ett vårdbolag, och skickar räkningarna till landstinget!

Vi betalar med våra skatter för daghem, skola, sjukvård, åldringvård och annat som vi blivit vana att betrakta som det gemensamma, folkhemmet, eller välfärdssamhället. Folkhemmet monteras ned medan nya slagorden: ”Valfrihet, konkurrens, förnyelse!

Visst har byråkratin i landstingen stelnat. Visst behövs förnyelse. Men när daghem säljs till privata bolag som gör miljonvinster medan barnen får dålig mat och blir vanvårdade, när personer som sysslar med grov brottslighet, till och med övergrepp på barn, tillåts driva skolor, när sjukvård bedrivs med det främsta syftet att tjäna pengar, och när kontrollen är bristfällig - då har det gått för långt.

Det talas om friskolor och privat sjukvård. Men orden döljer sanningen. När en patient går till den privata läkarmottagningen skickas räkningen till landstinget som betalar med våra skattepengar. När barnen går till den privata skolan tas pengarna från den kommunala skolbudgeten, och så tvingas kommunen till nedskärningar i den kommunala skolan. Vad som däremot är privat är skol- och vårdföretagens vinster, ägande och aktieutdelningar. Och insynen är nästan obefintlig eftersom företagen ofta ingår i konstruktioner med olika

bolag där pengarna slussas, tvättas, centrifugeras och torkas för att undvika skatt.

– Strålande Sickan! sa Vanheden. Dom kommer inte att haja ett dugg förrän vi har hunnit utomlands med stålarna! Ska vi sticka till Lichtenstein?

– Nej! Vi tar stålarna till Kajmanöarna, eller varför inte satsa vinsten i ett hotell i Brasilien!

Skämt åsido. Hur stor är risken att vård- och skolpengarna försvinner in i hemliga konton i skatteparadis på tropiska öar i Karibien, eller till banker och advokatkontor i Schweiz och Lichtenstein? Eller varför inte en bank i skatteparadiset Kaliningrad i Ryssland!

I dag utreder man åter sjukvården i Norrbotten. Sjukhus kommer kanske att stängas eller centraliseras till färre orter. Vårdcentralerna sliter med krav på besparingar och problem med att rekrytera läkare. För att lösa problemen tvingas man hyra in stafettläkare som kostar dubbelt så mycket som ordinarie läkare, och dessutom inte har den djupa kunskapen om patienterna som en fast läkare har.

En distriktsläkare eller sköterska som har arbetat länge är ofta inne på tredje eller fjärde generationen av de familjer som hon har hand om. När en flicka kommer med magont vet sköterskan eller doktorn redan att flickans föräldrar har en kris i äktenskapet, att morfar nyligen har dött eller andra saker som kan ligga bakom att hon har ont i magen. På utredningsspråk kallas det för ”kontinuitet inom vården”. Att



En glad pappa lyssnar på sitt barns hjärtljud. Barnmorskan Kerstin Nyman assisterar.



Vägning av barn på BVC.



Barnmorskan Marianne Norlund mäter huvudomfånget på ett barn.



Läkarundersökning av 2-månaders baby.

finnas där, att känna till, att ha förtroende. Sjänt tar många år att bygga upp men kan snabbt raseras.

I arbetet med mina bilder från Örnässets vårdcentral har jag fått ta del av det förtroende och den närhet som finns mellan patienter, läkare och sköterskor. Normalt stängs dörren när en patient går in till sin läkare. I det här projektet har patienterna låtit mig komma in med min kamera. För det förtro-

endet vill jag tacka både patienterna och personalen som släppte in mig. Jag hoppas att närheten syns på bilderna.

Boris Ersson

Fotograf, allmänläkarmake, Luleå
boris.ersson@gmail.com



Personlig vård och generella riktlinjer – går det ihop?

Texten är en förkortad version av ett föredrag som författaren i oktober 2011 höll vid en konferens med temat "Människans hälsa och ohälsa" vid Kungl. Vetenskaps- och Vitterhets-Samhället (KVVS) (en göteborgsbaserad, interdisciplinär vetenskapsakademi).

Rubriken antyder en motsättning. Kan man bedriva en personlig vård, arbeta med individuella hänsyn knutna till den enskilda personens villkor och samtidigt följa behandlingsprinciper avsedda för en grupp människor?

Om personlig vård

Sjukdom var ursprungligen något som drabbade hela människan. Gudarna eller annan övernaturlig kraft sände sjukdomen och Gudarna kunde ta sjukdomen tillbaka. Med hjälp av bot och bön kunde man kämpa mot onda krafter. Läkekunst var mer teologi än medicin.

I samband med naturvetenskapliga upptäckter förändrades inställningen till sjukdom; sjukdom var inte något som drabbar hela människan utan något som drabbar organ eller delar av organ. Botande blir sjukdomslära, en förnufts-handling som kräver intellektuell skärpa och känslomässig neutralitet.

En tredje part tillkommer också i behandlingen, apparaten; ett mikroskop, en röntgenapparat, en EKG-utrustning. Apparaten ersätter den diagnostik som tidigare var främst baserad på personkännedom och mänsklig kontakt. Läkemedlen blir inte heller unikt och specifikt framställda blandningar som riktar sig mot den enskilda personen utan ges i färdigdoserade förpackningar. En centralisering av sjukdomarnas bot sker. På sjukhusen tas sjukdomarna om hand vid olika specialavdelningar, inrättade efter det organ som drabbats. Patienten som person tonar bort [1]. Sjukdom hålls för sannare än den människa som har sjukdomen.

I skuggan av ett naturvetenskapligt bygge lever den enskilda människan kvar. Organisatoriska och medicinska utvecklingar eliminerar inte individperspektivet. Till läkaren kommer en levande människa med en symptompresentation – en person berättar egna upplevelser och ger egna beskrivningar av något nytt, svårt, smärtsamt eller annat som väcker obehag [2].

Michael Balint lyfte fram den personliga aspekten i sjukvården och grundlade principer för "den patientcentrerade medicinen" [3]. Allmänläkarna ser i sitt dagliga arbete mycket av patientens livsvillkor. En personlig aspekt måste med i bedömningen.

Ian McWhinney aktualiserade på 1970-80 talen behovet av en person-centrerad medicin [4]. Han betonade vikten av att **inbjuda** patienten att berätta om anledningen till besöket, att **tillåta** patienten att berätta om funderingar, förväntningar, känslor och att **underlätta** för patienten att berätta om egna upplevelser. Med god personcentrering blir den medicinska behandlingen bättre och patientens tillfredsställelse ökar [5].

Patientcentreringen har också tagit sig in på sjukhusen. Den finns i läkarutbildningar över hela landet [6]. I British Medical Journal skrev man på ledarsidan 2011 "Welcome to the century of the patient". Texten underströk vikten av patientens delaktighet i medicinska beslut. "Nothing about me, without me" är mantrat i en rörelse som enligt tidskriften sprider sig [7].

Sammanfattningsvis vinner personlig vård terräng i sjukvården i dag. Den är efterfrågad, accepterad och tjänar ett gott syfte.

Om generella riktlinjer

"Generella riktlinjer" är ett samlingsbegrepp för regelverk som anvisar föreskrifter för behandling vid vissa sjukdomar. Dessa riktlinjer (guidelines eller vårdprogram) finns på olika sjukvårdsnivåer och är ofta skapade av landsting, specialistföreningar eller enskilda sjukvårdsenheter. Riktlinjernas uppgift är att ge rekommendationer om bästa behandlingsalternativet vid det givna sjukdomstillståndet. Riktlinjer som fått särskild genomslagskraft är Nationella riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdar [8].

Grunden för Nationella riktlinjer vilar på den evidensbaserade medicinen (EBM). EBM sätter en "golden standard" för vad som är den bästa behandlingen. Den definieras vanligen som principen att varje åtgärd i sjukvården skall vara baserad på den bästa (mest tillförlitliga) kunskap som är tillgänglig.

EBM bygger sin faktabas framför allt på randomiserade kontrollerade studier (RCT), metaanalyser och systematiska litteraturoversikter. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är den myndighet i Sverige som mest arbetar efter principerna för EBM. SBUs analyser har vanligen stor genomslagskraft och röner hög tilltro. De rekommendationer som kommer från centrala organ slår ofta kraftfullt igenom till enskilda vårdprogram.

Personlig och evidensbaserad vård

Att praktisera personlig vård är således högt skattat och eftersträvänt. EBM har också åtnjutit respekt och haft betydelse. Går principerna att förena? I några avseenden uppstår problem med integrationen.

EBM är sjukdomsorienterad. Det är sjukdom framför den sjuka personen som studeras inom EBM. I de studier,

särskilt RCT-studier, som bygger på EBM-slutsatser har patienter inkluderats på basis av sin sjukdom medan patienternas personliga behov och önskemål och omständigheter är satta inom parentes. Det gemensamma i RCT-studier är att patienter har en viss diagnos enligt ett speciellt diagnossystem och patientgrupperna är enhetliga. För att bli inkluderad får inte uttalad samsjuklighet (annan samtidig sjukdom) föreligga och den grupp som studeras skall vara så homogen som möjligt [9].

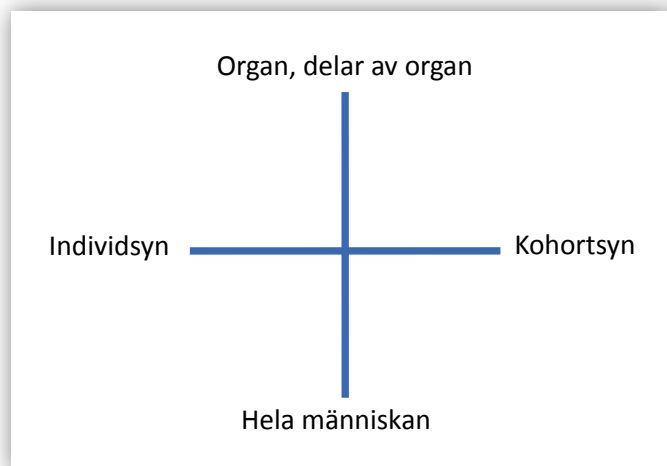
I en RCT-studie skulle bloddialys jämföras med peritoonal-dialys vid njursjukdom och det behövdes minst 50 patienter för att avgöra om en skillnad skulle föreligga mellan grupperna. Efter en undersökningsperiod på drygt 3 år och efter att mer än 1200 patienter hade screenats hade bara 38 tagits in i studien. Många motsvarade inte inklusionskriterierna och andra hade en klar egen preferens för den ena eller den andra metoden. Studien gick inte att genomföra utan fick avbrytas [10]. RCT studier kräver en noggrann selektion.

EBM är läkarorienterad. EBM syftar till att ge läkare kunskaper, den lär läkare vad de skall kunna. Den har sitt ursprung i vetenskapliga artiklar som är inriktade på vad som är viktigt för läkare att veta. Det är läkarnas behov och önskemål som är fokus för intresse.

En schematisk bild (figur 1) illustrerar kunskap ur olika perspektiv. Den vertikala axeln sträcker sig från kunskaper om organ eller delar av organ till vetande om hela människan. Det innebär lärdomar om det partikulära (i övre delen) till kunskaper om helhetsperspektiv (nederst). Den horisontella axeln återger spänningen mellan kunskapen om den enskilda personen, om det särskilda för varje människa (till vänster) och gruppvetandet, det som är gemensamt för gruppen/kohorten (till höger).

EBM ger underlag för kunskaper framför allt i fältet uppe till höger; speciella sjukdomar knutna till särskilda organ eller organsystem är i fokus. Kunskaperna har erhållits genom studier på gruppnivå.

Mer sällan bidrar EBM med kunskaper i fältet nere till vänster. I det fältet finns kunskaper om den enskilda personen. Mänskliga egenarter träder fram och samsjuklighet förekommer ofta i verkligheten.



Schematisering av olika medicinska kunskapsområden. För förklaring – se text.

En ensidig inriktning på EBM skapar problem. EBM har via administrativa regelverk i stor utsträckning blivit kopplad till ekonomisk premiering, tjänstetillsättningar och utbildningspengar inom sjukvårdsorganisationer. Det innebär att en enhets ekonomi blir beroende på hur man förhåller sig till rekommenderade riktlinjer.

Vid utvärdering av depressions- och ångestbehandling visade metoden kognitiv beteendeterapi (KBT) goda resultat och rankades högt bland behandlingsalternativen. I de studier som låg till grund för rekommendationerna hade KBT vanligen utförts av välutbildade, erfarna terapeuter. KBT-kompetens blev ensidigt efterfrågad efter att rankingen offentliggjorts (på bekostnad av annan väl prövad terapi) och snabbutbildningar, veckokurser, startades. KBT blev mantrat.

EBM har också satt avtryck i kvalitetsregister. Kvalitetsmåttan har utarbetats i linje med prioriteringar från EBM och har legat till grund för ekonomiska styrmedel. Inom primärvården har det visat sig svårt att få behandlare att medverka i sjukdomsbaserade register. Många av primärvårdens patienter är multisjuka, och att se en sjukdom enbart isolerad blir för partikulärt när verkligheten är komplex. Behandling enligt riktlinjer för varje enskild sjukdom kan ge god registreringskvalitet men sänkt vårdkvalitet. Nyligen beskrevs ”undanträngningseffekter” i vården; incitamentstyrning försämrar handläggningen av ”icke-belönade” sjukdomar [11].

Evidensen i balans. I en nyutkommen bok har vetenskapsteoretiker vid Göteborgs universitet skärskådat evidensbegreppet [12]. De har beskrivit begränsningar, gjort nyanseringar och visat hur termen kan användas och hur begreppet kan tillämpas i den praktiska vården. I slutkapitlet har de en rubrik som heter ”Mellan Skylla och Charybdis”. Där skisserar de hur evidensbegreppet kan ta sig fram på ett säkrare sätt mellan två olika hot. Det ena är en fara i form av att begreppet är mycket skarpt avgränsat och tydligt, men då också blir ensidigt, vilket innebär att termen reserveras för kunskaper som tagits fram genom RCT-studier, metaanalyser och systematiska översikter. Den andra faran är att begreppet är för obestämt gentemot metodologiska ramar och därigenom blir öppet och vagt. Evidensbegreppet hotar att tömmas.

Avslutande kommentar

På ursprungsfrågan ”Personlig vård och generella riktlinjer – går det ihop?” vill jag ge ett jakande genmäle, men det är av vikt att navigera mellan olika faror.

Styrmankonsten kan underlättas om följande omständigheter uppmärksammas:

Mer forskning bör göras som speglar patientperspektivet. I figuren med fyrfältstabellen behöver fältet nere till vänster fyllas ut. Det omfattar kunskapsområdet som rör ett brett perspektiv på patienten (”den sjuka människan”) och en individuell patientsyn. Det rör sig framför allt om kunskap om värderingar och åsikter. Ofta används kvalitativa forskningsmetoder. Vid intervjuer, i grupp eller enskilt, uttrycks patientens förhoppningar och önskemål om ett visst fenomen, men även innebörd och mening eftersöks. Arbete med dessa metoder ger kunskaper till stöd vid individuella ställningsta-

ganden. Kvalitetskrav går att ställa på både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder.

Större varsambet måste gälla när underlag för ekonomiska incitament skall beräknas. Det är inte självklart förenligt med bästa patientvård om riktlinjerna efterföljs noggrant. Den mänskliga variationen är så stor att det för den enskilda patienten inte alltid är bäst när Socialstyrelsens Nationella riktlinjer gäller. Multisjuklighet, patienters egna preferenser, lokal och beprövad klinisk erfarenhet (inte forskningsmässigt bekräftad) spelar stor roll för val av bästa behandlingsalternativ. Det bästa får inte bli det godas fiende.

Det är skillnad på sjukdom och sjukdom (och på människa och människa). I uppkomsten av en del sjukdomar (t ex cancersjukdomar, infektioner) spelar personliga omständigheter en mindre roll än vid andra sjukdomar (t ex utmattningsdepression, belastningssjukdomar). Det personliga perspektivet varierar mycket i vård och behandling; ibland dominerar det helt, andra gånger är det biomedicinska omständigheter som förhärskar.

Att veta vad som är bäst bör man i allt sjukvårdsarbete ha en ödmjuk inställning till. Ett ständigt sökande och en öppenhet för omprövningar hör kliniskt arbete till. En formulering värd att ha i åminnelse är André Gides ord: "Följ den som söker sanningen, men var skeptisk inför den som funnit den!"

Referenser

1. Zweig S. Själlig läkekonst (pp 7-21). Stockholm: Aktiebolaget Skoglund's bokförlag, 1945.
2. Rudebeck CE. Medicinens mänskliga språk. Kroppsempati förenar diagnostik och förståelse. Läkartidningen 1998; 95:4500-09.
3. Balint M. Läkaren patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur, 1964.
4. McWhinney I. Familjemedicin. Lund: Studentlitteratur, 2004.
5. Ottosson J-O (red). Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Natur o Kultur. SBU-rapport nr 144, 1999.
6. Wahlqvist M, Skott A, Björkelund C, Gause-Nilsson I, Dahlin B, Mattsson B. Konsultationen lärs bäst genom handledning i ett kliniskt sammanhang. Erfarenheter från en kurs i Göteborg. Läkartidningen 2001;98:3238-44.
7. Gulland A. Welcome to the century of the patient. BMJ. 2011 Apr 6;342:d2057.
8. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>.
9. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns 2000 Jan;39(1):17-25.
10. Grootendorst DC, Jager KJ, Zoccali C, Dekker FW. Observational studies are complementary to randomized controlled trials. Nephron Clin Pract 2010;114(3):c173-7.
11. Doran T, Kontopantelis E, Valderas E, Campell S, Roland M, Salisbury C, Reeves D. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: Longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. BMJ 2011 Jun 28;342:d3590.
12. Evidensens många ansikten. Bohlin I, Sager M. Lund: Arkiv förlag, 2011.

Bengt Mattsson

Prof. emeritus
Enheten för allmänmedicin,
Göteborgs universitet
bengt.mattsson@allmed.gu.se



Annons

Önskelista för journalsystem

Journalsystemet. Det arbetsverktyg vi alla älskar att hata. I takt med att vården blivit allt mer informationsintensiv har journalsystemet blivit ett allt viktigare verktyg för att försöka skapa ordning och sortera bland all information som finns om våra patienter.

Tyvärr är många av våra journalsystem utvecklade för 20 år sedan, när vården och inte minst IT-systemen såg helt annorlunda ut. Den som minns Windows 3.1 förstår hur gammaldags det skulle kännas som operativsystem idag. Ändå dominerar vården på många håll fortfarande av journalsystem som ursprungligen är utvecklade samtidigt som Windows 3.1.

Vi läkare får ibland kritik från olika håll för att vi inte deltar aktivt i utvecklingen av journalsystem. Samtidigt kritiserar vi ofta leverantörerna, tjänstemän inom landstingen och landstingens IT-avdelningar just för att de inte tillfrågar oss om vilka funktioner som är viktiga för oss i vårt arbete.

Jag tycker att det är dags för oss att försöka samla våra krav och önskemål på ett tydligt sätt. Tanken med denna artikel är skapa en önskelista som en utgångspunkt för vilka funktioner i ett journalsystem som är viktiga för oss allmänläkare.

Jag listar nedan de punkter som jag tycker är centrala, men hoppas också att du vill bidra till listan med de punkter du tycker saknas. Då får vi en gemensam målbild som är lätt att visa för de tjänstemän, tillverkare och andra beslutsfattare som styr över journalsystemens utveckling.

- Snabb uppstart. Journalsystemet ska starta ögonblickligen och det ska finnas så få fördröjningar i form av

”timglas” i systemet som möjligt.

- Enkel inloggning. Låt oss ha en enda inloggning till journalsystemet och alla integrerade och kopplade system.
- Tydlig design. Ikoner och knappar i systemet ska vara självinstruerande. De vanligaste funktionerna (journaltext, provsvar etc.) ska vara mycket lätta att nå. Ju oftare en funktion används, desto lättare ska det vara att nå den.

”Då får vi en gemensam målbild som är lätt att visa för de tjänstemän, tillverkare och andra beslutsfattare som styr över journalsystemens utveckling.”

- Snabbknappar för de vanliga funktionerna. Målet måste vara att minimera antalet klick som krävs för att visa olika typer av information.
- Kortkommandon. Enkla tangentkombinationer för att nå funktioner. Maximalt två tangenter per kombination.
- Filtrering. Möjlighet att filtrera informationen via personalkategori, datum, typ av anteckning, typ av information (journaltext, labbsvar, röntgensvar etc.)
- Användbar sökfunktion. Möjlighet att söka i fritext (enstaka ord eller meningar) där de eftersökta orden markeras tydligt i sökresultaten.
- Personliga inställningar. Låt oss själva få välja storlek på typsnitt och göra egna snabbknappar till våra vanligaste funktioner, och låt oss kunna anpassa

hur till exempel en journalöversikt ser ut.

- Översiktlig labblista. Möjlighet att visa labbsvar på olika sätt, i tabell och som listor. Olika typer av visningar passar vid olika tillfällen.
- Grafisk visning av provsvar. Ge möjlighet att skapa grafer som vi kan visa patienterna för att följa olika typer av provsvar.
- Enkel signering. Nästa post i signeringslistan ska komma upp automatiskt så att man snabbt kan signera en mängd journalanteckningar och provsvar.
- Möjlighet att skapa och skicka intyg elektroniskt. Sjukintyget var det första i en rad av intyg som ska digitaliseras och standardiseras. Systemet måste stödja dessa och fylla i den information som redan finns i systemet (t.ex. namn, personnummer, diagnoser) automatiskt.
- Löpande utvecklingsarbete från tillverkaren. Lyssna på oss användare. Integrera gärna en funktion i journalsystemet där vi kan skicka förslag på förbättringar och nya funktioner direkt till tillverkaren.

Vad tycker du att jag har missat i listan? Om du vill bidra med ytterligare punkter eller ändra någon får du gärna höra av dig till mig på adressen info@distriktslakare.com. Jag lovar att samla ihop de förslag som kommer in och återkomma med en uppdaterad lista som vi alla kan använda när vi behöver.

Med allt ovanstående sagt – låt oss ändå inte glömma våra viktigaste arbetsverktyg, de som oavsett hur usla journalsystemen är alltid finns till hands: våra händer, våra ögon och våra öron.

Magnus Ängslycke är ST-läkare i Alingsås och driver också läkarnätverket Distriktslakare.com där över 850 läkare är med. Målet med nätverket är att skapa en egen mötesplats för läkare med möjlighet att diskutera arbetssätt, hur man ger god vård och andra frågor som är viktiga för oss läkare.

Distriktslakare.com samlar också en mängd medicinsk information som är användbar i det dagliga kliniska arbetet.

Magnus Ängslycke

ST-läkare, Sörhaga Vårdcentral, Alingsås
info@distriktslakare.com



Några råd till dig som skall upphandla IT-system

Det är mitt i natten på röntgenavdelningen på det stora sjukhuset. Endast akutröntgen tar emot. I ett kontorsannex sitter en ung, ensam programmerare. Han knackar in kodrader som pratar med röntgenbokningen som vore hans program en användare vid en terminal. Hans kod blir ett ”klister” mellan ett elektroniskt journalsystem och röntgenbokningen.

Röntgenbokningen, som tillhandahåller patientuppgifter för röntgenplåtarna, kör på en föråldrad svensk minidator. Tillverkaren finns inte längre. Det företag som köpte tillverkaren vill inte längre veta av den: det finns ingen support för hårdvaran.

Bokningssystemet är skraddarsytt. Företaget som byggde systemet är sedan länge borta. Källkoden är förlorad. Ingen vet hur databasen fungerar. Det finns ingen support för mjukvaran förutom ett användarkompendium som sjuksköterskor satt ihop.

”Ingenting händer. Det är för dyrt. Systemet får gå tills det går sönder.”

Systemet går mot katastrofen; det kan när som helst sluta fungera. Den unge programmeraren har berättat för sin chef, den lokala IT-avdelningen och sina uppdragsgivare på sjukhuset. Ingenting händer. Det är för dyrt. Systemet får gå tills det går sönder.

Hur undviker man att det blir så här galet?

Koden tillgänglig

Programmerare skriver sina program i särskilda programspråk. Koden de skriver, källkoden, är lika mycket menad för kollegorna som för datorn. Tillgången till källkoden gör att en programmerare kan ta vid när en annan slutar.

När vår unge programmerare kom in i bilden var katastrofen redan ett faktum eftersom källkoden till programmen saknades. Det gick inte att arbeta vidare på systemet.

Det var fortfarande möjligt att flytta till en annan plattform – men det skulle ha blivit enklare och billigare om det hade funnits dokumentation.

På senare år har öppen källkod eller fri programvara blivit ett intressant alternativ. Fri eller öppen källkod betyder att programmen levereras som källkod och är fria att kopiera och ändra i.

Fördelarna med fria program är dels att man tar del av alla andras utveckling, dels att man inte är knuten till en enda leverantör för support och vidareutveckling. Har man egen kompetens inom organisationen kan man bidra med kod till samarbetet och få sina programmeringsfel rättade av andra. Det är numera vanligt bland t.ex. mobiltelefonstillverkare.

Det kan vara realistiskt att bygga all sin verksamhet på fria program. Men särskilt program för infrastruktur, som

elektronisk post, kan lätt bytas mot fria alternativ. I många fall behövs inte större kompetens än vid inköp av vilket annat komplicerat system som helst.

För de delar av ett skraddarsytt system som inte baseras på fria program kan man skriva avtal för tillgång till källkoden. Det finns ingenting som hindrar att ett system levereras med källkod till kund.

Om leverantören inte vill leverera källkoden kan man lägga källkoden hos en för båda pålitlig tredje part, till exempel en juristbyrå, så kallad Code Escrow. Med Code Escrow får man i händelse av att leverantören går i konkurs eller på annat sätt försvinner tillgång till källkoden som då också, beroende på avtalet, kan gå över i kundens ägo.

Dokumentation och öppna format

Dokumentation över systemet är nästan lika viktigt som tillgång till källkoden. Finns dokumentation över filformat, databasscheman och liknande tillgängliga kan man skriva program som räddar över data till ett nytt system. Man kan oftast göra det ändå men då tar det längre tid och är dyrare.

Öppna standardiserade filformat är att föredra även om de inte är optimala för systemet. Finns ett sådant format bör ett nytt system kunna exportera till det standardiserade formatet även om det inte använder det internt. Om exportmöjlighet finns är chansen mycket större att det går att rädda över data till ett nytt system.

Förvaltning och upphandling

Redan när man formulerar kravlistan för sitt nya system bör man fundera kring den framtida förvaltningen. Vilka skall ge support på mjukvaran? På hårdvaran? Vidareutveckling och modernisering av systemet? Framtida integration med andra system?

Vad händer om de ursprungliga leverantörerna går i konkurs eller blir uppköpta? Vid upphandlingen bör planer formuleras för hur stödet skall gå över till någon annan och vilka det skulle kunna vara.

Alla funderingar ovan kan ställas som skalkrav i upphandlingen. Leverantörerna själva kan i anbuden ange hur de tänker sig uppfylla kraven.

Naturligtvis måste ändå de ansvariga upphandlarna kunna bedöma hur bra de olika alternativen är. Det behövs teknisk och inte bara ekonomisk kompetens vid upphandlingen.

Vad hände sedan?

Den unge programmeraren gick efter avslutat uppdrag vidare till andra uppgifter. Vad som hände med den katastrofala röntgendatorn fick han aldrig reda på.

Michael Cardell Widerkrantz
IT-konsult, allmänläkarmake
mc@hack.org



Journalerna: Så mycket som är fel

Våra journalsystem i vården har många problem: de upphandlas av fel personer och av fel skäl, och skapas med fel arkitektur och metoder.

Fel personer

I Sverige köps IT-systemen i vården upp av landstingstjänstemän, direkt eller indirekt. Det är dessa tjänstemän som bestämmer de krav systemet ska uppfylla och sedan bedömer om systemen som erbjuds uppfyller kraven. Visserligen rådgör man ofta med läkare och sköterskor, men i slutänden är det landstingets tjänstemän som tar ansvar för beslutet.

När sedan systemen inhandlats och startats upp är det samma organisation, och ofta samma personer, som ansvarar för supporten av systemen. När läkare och sköterskor får problem i användningen och vänder sig till supporten hamnar supportpersonen i en motstridig situation. Om klagomålet grundar sig i en dålig programvara (vilket nog nästan alltid är fallet) finns två möjligheter: han eller hon kan betrakta det som ett produktfel som ska åtgärdas, och därmed också till stor del ge sig själv skulden såsom varande delaktig i att välja just den här produkten, eller skjuta skulden på användaren, som då beskylls för att vara okunnig eller motsträvig och behöva mer utbildning. Nästan alltid väljer tjänstemannen det självbevarande alternativet och skyller på användaren.

”Varje projekt som avslutas, lyckat eller inte, borde analyseras med en ’post mortem’ för att ta reda på vad som gjordes rätt och vad som gjordes fel.”

Det grundläggande felet här är att man inte skiljer den organisation som köper systemet från den organisation som sedan ska ge support, och att man därigenom försätter supportpersonalen i en omöjlig situation. Lösningen är att man ser till att organisationen som ger support till produkten kan göra sitt jobb utan att anklaga vare sig själv eller användaren.

Fel skäl

Den drivande kraften bakom automatiseringen är ofta att bli av med hanteringen av pappersjournaler. Här finns tre skäl: hanteringen kostar pengar, journaler kan vara svåra att hitta och det är svårt att få ut produktionsdata från pappersjournaler. Andra skäl, som nyttan i patientkontakten, är av mindre vikt.

Eftersom våra system är baserade på upphandlaren's prioriteringar kommer insamlingen av produktionsdata att hamna

överst i prioriteringen. Det leder till system som huvudsakligen är ägnade att mäta vården, inte att förbättra den. I detta system anses slutprodukten vara data för tjänstemännen, medan vårdpersonalens roll är att föra in grunddata i systemet. Ingenstans finner man en prioritering av förbättring av den omedelbara patientvården. Därmed uteblir också detta till största delen.

Fel metoder

Grovt talat finns det två sätt att bygga stora komplexa system. Man kan antingen sträva efter ett enda monolitiskt system, med en enda gemensam pool av data och gemensamma procedurer, eller efter en grupp av samverkande, mer specialiserade system som kan utbyta data med varandra. Dessa två arkitekturer är i grunden ganska olika.

Ett gemensamt stort monolitiskt system har som egenskaper:

- det är lätt att kravställa och beställa, det är lätt att supportera, eftersom helheten sköts av en och samma leverantör;
- det är lätt att extrahera produktionsdata;
- det är lätt att skapa trovärdiga politiska sound-bites, det är ett välomskrivet mål, det är lätt att förklara, det låter helt enkelt rätt för lekmän;
- det blir snabbt mycket dyrt, där kostnaden stiger exponentiellt med storleken;
- det blir svårt att anpassa för speciella behov och svårt att anpassa över tid;
- det är synnerligen svårt att byta ut i ett generationsskifte.

Ett system bestående av relativt oberoende och samverkande program har som egenskaper:

- det är lätt att göra mindre system som löser verksamhets-specifika problem i vårdpraktiken;
- det är lättare att modernisera, bygga ut, underhålla och byta ut dessa mindre system;
- totalkostnaden är ofta betydligt lägre än för ett stort gemensamt system, eftersom kostnaden stiger linjärt med storleken;
- standardiserade mätdata är något svårare att åstadkomma, men å andra sidan är specialitetsspecifika mätdata, som till exempel kvalitetsregister, betydligt enklare att realisera.

Det stora monolitiska systemet lämpar sig bäst där kontrollfunktionen är den viktigaste, men står sig tämligen slätt när det gäller att ge effektivt stöd i en mångfald av kliniska vårdssituationer. Det är helt enkelt en grundläggande egenskap hos själva modellen.

Vill vi använda systemet till att förbättra vården genom direkt verksamhetsspecifika system med expertfunktioner måste vi välja modellen med mindre och samverkande program. Den modellen kräver mer eftertanke och mer

komplexitet för datafångst, men är den enda modell som kan leverera verklig förbättring av vården anpassad till det stora antal i grunden olika situationer och problemställningar som uppträder där.

Låter vi tjänstemännen bestämma arkitektur kommer den alltid bli av första typen, det vill säga monolitisk. Låter vi vården utveckla system som är direkt användbara i patientkontakten blir det alltid den andra typen av system, det vill säga samverkande och mindre system.

Dåligt skötta projekt

En starkt bidragande faktor till misslyckanden i vård-IT är att man inte systematiskt drar lärdom av sina misstag. En mängd olika projekt inom svensk vård-IT kostar stora summor pengar, tar mycket tid och misslyckas till en oacceptabel grad. Gång på gång startar man nya projekt på samma dåliga grunder utan att lära sig något av historien.

Varje projekt som avslutas, lyckat eller inte, borde analyseras med en "post mortem" för att ta reda på vad som gjordes rätt och vad som gjordes fel. I Sverige verkar detta inte hända, förmodligen för att man vill begrava sina misstag

så fort som möjligt och sen skynda vidare till nästa anslag och arbetsgrupp, som då med stor sannolikhet kommer att upprepa samma misstag igen.

Vi i vården borde avkräva landstingen en dylik analys efter varje avslutat projekt, oavsett om projektet kan anses lyckat eller misslyckat. Ur varje sådan analys måste tydliga lärdomar dras och en plan ställas upp för att undvika att upprepa misstag i framtiden. I stället ska man bygga vidare på metoder som visat sig fungera.



Martin Wehlou
listbox@wehlou.com

Martin Wehlou utvecklar journalsystem i det egna företaget MITM AB.

Annons

Svenska läkaresällskapets IT-kommitté

Svenska Läkaresällskapet (SLS) bildade år 2008 IT-kommittén eftersom man såg ett behov av att läkare ökar sitt engagemang inom IT-frågor. Jag blev invald i juni 2008. Ledamöterna i IT-kommittén väljs in av SLS:s nämnd på förslag av de olika sektionerna, det vill säga specialistföreningarna, inom SLS. Antalet ledamöter i kommittén har varierat men är för närvarande sex personer. Göran Petersson har varit ordförande sedan starten. Man eftersträvar representation från såväl slutenvård och primärvård, akademi, som medicine studerande (kandidatföreningen). Dessutom är man noga med en någorlunda geografisk representation. Sedan två år är även en representant för Svensk förening för Informatik (SFMI) adjungerad till styrelsen.

Göran Petersson företräder även SLS i Socialdepartementets samrådsgrupp för "Nationell eHälsa – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg". Ledamoten Susanne Bergenbrant Glas ingår i socialstyrelsens nyinrättade råd för eHälsa. Ledamoten Anne Björk har medverkat i Läkarförbundets nätverk för IT-frågor och i socialdepartementets projekt "eHälsosystemens användbarhet".

Syftet med IT-kommittén är att vara rådgivande till Svenska läkaresällskapets nämnd avseende IT-lösningar i hälso- och sjukvården, för att främja SLS:s kärnvärden som är forskning, utbildning, kvalitet och etik. IT-kommittén har också engagerat sig i en rad olika aktiviteter.

Vi bevakar projekt som Socialstyrelsens LMS-projekt, Med Universe (en professionell webb tjänst för läkare), Net Doctor (en hälsoportal för patienter), ehealth accelerator (ett nätverk inom ehälsa) och Pascal (Patientens sammanhållna läkemedelsinformation – ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel).

Vi har deltagit i WoHIT (World of Health IT), den europeiska konferensen inom vård-IT 2010.

På SLS:s riksstämma 2010-12 har IT-kommittén anordnat hearing med myndighetsföreträdare med rubriken "Professionen, IT-lösningar och den goda vården – offer eller aktör?" Vi har också ordnat ett flertal andra möten under

riksstämman. På senaste riksstämman anordnade vi ett möte om "Rätt information i vård och omsorg" med utgångspunkt från patientmaktsutredningen.

I september 2011 ordnade vi en tisdagssammankomst i ämnet "Din journal på nätet".

"IT-systemen är inte alltid i första hand utformade för att underlätta läkares eller patienters behov. Därför är det viktigt att vi som läkare engagerar oss och i den mån det är möjligt försöker påverka beslutsfattande och planering av IT-utvecklingen på en nationell nivå."

Inom kommittén diskuteras alltid aktuella vård- och IT-relaterade frågor. I och med att ledamöterna representerar skilda verksamheter brukar mötena bli intensiva. Frågor som diskuteras ofta är kvalitetssystem, användbarhet, IT och läkemedel, utbildningsfrågor och forskning.

Eftersom IT-frågorna tangerar ett flertal andra kommittéers intressen har vi kontakt med framförallt SFMI, läkemedelsdelegationen och etikkommittén.

IT-kommittén har vid ett flertal tillfällen blivit ombedd att besvara remisser som inkommit till SLS.

Vi anordnar inspirationsdagar en gång per år, där representanter för SLS:s samtliga sektioner bjudits in och aktuella IT-frågor belyses. Den senaste inspirationsdagen hölls nu i våras och belyste tre områden:

- En bättre vård genom en bättre dokumentation?
- Hur kan IT underlätta läkemedelsanvändningen i framtiden? Vad kan vi lära oss av PASCAL-implementeringen?
- Hur kan IT underlätta patientmakt och läkekonst?

Medlemmar i SLS:s IT-kommitté

Göran Petersson:

öronläkare och professor i hälsoinformatik. Ordförande sedan 2008.

Nils Schönström:

pensionerad ortoped. Tidigare även arbetat hos CeHiS (centrum för eHälsa i Samverkan), Jönköping. Ledamot sedan 2008.

Anne Björk:

distriktsläkare, Svartbäckens vårdcentral, Uppsala. Ledamot sedan 2008.

Susanne Bergenbrant Glas:

verksamhetschef/överläkare Medicinska specialiteter, Norrtälje sjukhus. Ledamot sedan 2011.

Johanna Berg:

SLS Kandidatförening. Ledamot från och med 2013.

Adjungerad:

Urban Forsum, SFMI (Svensk förening för Informatik).

Vid riksstämman 2013 kommer kommittén att anordna en förnyad hearing den 6 december med samma deltagande företrädare som 2010-2012 och rubriken "eLäkekonst – hur ska patienterna och professionen få nytta av IT?" Frågan blir om man levt upp till planerna som redovisades 2012. Denna gång kommer även företrädare från patientmaktsutredningen och etikexpertis att medverka. Kommittén kommer också att medverka i symposiet "Patientens tillgång till journalen. Hur bör språket vara?"

IT är ett område där utvecklingen går väldigt fort och där en lång rad intressenter inom vård, myndigheter, högskolor, apotek och leverantörer är engagerade. Det är därför svårt att få en överblick över allt som pågår. Som läkare "på golvet" inom primärvård och slutenvård kan man ofta känna sig överkörd utan möjlighet att påverka. IT-systemen är inte alltid i första hand utformade för att underlätta läkares eller patienters behov. Därför är det viktigt att vi som läkare engagerar oss och i den mån det är möjligt försöker påverka beslutsfattande och planering av IT-utvecklingen på en nationell nivå.

Anne Björk

Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
annebj@bredband.net



Susanne Bergenbrant Glas

Verksamhetschef/Överläkare
Medicinska specialiteter, Norrtälje sjukhus
susanne.bergenbrant.glas@tiohundra.se



Göran Petersson

professor Linnéinstitutet, Kalmar
goran.petersson@lnu.se



Annons

Hemma-hos-reportage:

Saskia Bengtsson – ifrågasätter och utmanar allmänmedicinska sanningar

Hon är norrländska med viss dragning åt Syditalien och så jobbar hon som distriktsläkare i Bankeryd. En drivande debattör som inte vill att engagemanget ska innebära en "finstämpel". En utåt sett social person som ofta vill vara för sig själv.

AllmänMedicin sökte upp Saskia Bengtsson, utsedd till "Årets Allmänläkarevän" av Svenska Distriktsläkarförningen.

Luften dallrar i högsommarvärmen. Efter några felnaveringar trots GPS hittar jag till slut Björneberg, en gård i närheten av Bankeryd, strax norr om Jönköping. I en solstol mitt på gräsmattan sitter en kvinna. Jag lämnar bilen och går fram. Det visar sig vara Saskia Bengtssons mor.

– Är det du som ska intervjua min dotter? frågar hon. Saskia har fått många fina utmärkelser och jag är väldigt stolt över henne! Följ bara grusvägen några hundra meter till, så kommer du till deras hus!

Mycket riktigt. Ett rött hus dyker upp. I huset bor Saskia Bengtsson med

sin man Anders och barnen Klara, 8, och Alvar, 7 år. På gården står ett falurött cylinderformat hus. Det är familjens nya vedeldade bastu, tillverkad av en snickare i Västerbotten och hittransporterad med lastbil.

Det märks att familjen gillar Italien, för de har bemödat sig om att ge bostaden litet av medelhavsprägel. Ätminstone uterummet. Här hänger druvklasar på vinstockar i ett soligt, vitkalkat uterum med genomskinligt tak. Utanför finns en liten altan med växter i stora terrakottakrukor.

En lätt norrländsk intonation skvallrar om att Saskia Bengtsson inte bott här under hela sitt fyrtioettåriga liv, hon är född strax utanför Kiruna. Hur kom det sig att det blev vårdcentralen i Bankeryd och hus i Björneberg?

– Efter gymnasiet började jag läsa till ingenjör på Tekniska Högskolan i Linköping men hoppade sedan över till läkarutbildningen. Det var i den vevan jag träffade min man Anders, som är från Skåne. På den tiden pluggade han ekonomi.

Saskia och Anders brukade då och då åka till Skåne för att hälsa på släktingar och stannade ofta till i Jönköping. De tyckte så mycket om landskapet runt Vättern att de ville bo där. Så det blev både AT och ST i Jönköping, och slutligen en distriktsläkartjänst på vårdcentralen i Bankeryd.

Hur känns det att få ännu en utmärkelse?

– Ska jag vara ärlig? Jo, det är väldigt klart att det känns smickrande. Fast jag är lite trött på att höra talas om mig själv, att höra mina egna svar och uttalanden. Och – det känns otacksamt att säga – men det är faktiskt inte odelat positivt. Jag är verkligen väldigt glad och tacksam. Men det känns ändå som om det har fått oproportionerligt stor uppmärksamhet.

Du har ju angripit New Public Management-rörelsen som förordar kontroll och styrning och menar att den utgör ett hot mot sjukvården. Varför är detaljstyrning ett hot?

– Om man detaljstyr mötet mellan läkare och patient begränsar man det. Man lägger på ett filter eller en ram, och så ska patientmötet klämmas in i den ramen. Men poängen med att utveckla relationer med våra patienter, med långsiktigt tänkande och med kontinuitet är ju att det ger oss anledning att bryta oss loss ur den där ramen. Detaljstyrningen tar också bort tilliten till att professionen gör sitt jobb. Läkarutbildning, AT och ST syftar ju till att man ska kunna sköta sitt arbete på bästa möjliga sätt. Att då gå in och peta i detaljer om hur arbetet ska utföras ogiltigförklarar hela utbildningen. En tredje aspekt är att detaljstyrningen är anti-intellektuell och anti-vetenskaplig. Den står för förenkling av komplexa sammanhang och situationer och innebär att man applicerar gruppbaseade forskningsresultat på en enskild individ,



vilket alltid leder till förenkling. Naturligtvis behöver vi forskning på gruppnivå, men det är läkaren som ska avgöra om och när forskningsresultat ska appliceras på enskilda individer.

Kommer detta att påverka framtidens primärvård?

– Jag är optimistisk. Primärvården kommer säkert att finnas kvar, men jag är rädd att den kommer att reduceras till att enbart tillhandahålla punktinsatser. I ett sådant system blir allmänläkarna konsulter och kommer att arbeta på samma sätt som stafettläkare. Jag hoppas verkligen att vi lyckas motverka en sådan utveckling.

Tidningen Dagens Medicin rankar varje år maktavare inom sjukvården. Vilka anser du har makt inom primärvården?

– Egentligen är det vi läkare som har makten – fortfarande. Detta trots att många tycker att den dragits undan från oss. Den ökade patientmakten och att våra patienter är så pålästa och själva vill beställa undersökningar, det tycker jag är ett minimalt problem jämfört med det maktövertag vi har som läkare.

”Folk tror att jag är social med det är jag inte alls.”

Vi kan ju så lätt förminska vår patient bara genom sättet att uttrycka oss. Det är det ytterst få som gör, men jag tycker det är viktigt att hela tiden vara medveten om vår maktposition.

Har inte chefer och personer med yrkesmässigt engagemang någon makt?

– Det sägs att läkarna har av sagt sig makten genom att inte vara ledare och att det är vårt eget fel när andra yrkesgrupper tar över. Det är just det som får mig att rygga tillbaka när jag hör orden: ”du som är så engagerad”. För ibland har jag känslan av att vi är så engagerade och pigga, vi jobbar och sliter för det här och vi offrar oss, medan dom, den ”stora massan”, inte bryr sig, utan struntar i att engagera sig. Det blir lätt ett blame-game av alltihop, man skyller på någon annan. Jag vet inte om jag vågar säga det här i AllmänMedicin,



men det stör mig, för jag vill inte bli en av dem som är så där väldigt engagerade och ”fina”.

Jag ber Saskia Bengtsson beskriva sig själv, sin personlighet. Det blir tyst en stund, sedan nämner hon sin förmåga att se sammanhang. Hon tycker sig ha lätt för att ta in information från många olika källor och få ihop det till en överblickbar helhet.

Så du är en ordningsmänniska??

– Nej, inte alls, säger hon och skrattar. När livet är kravlöst och jag är avslappnad tillsammans med familj och vänner, då är jag både slarvig och spontan. Men det hindrar inte att jag utåt sett kan verka både behärskad och ordningsam.

Du verkar inte ha svårt att kommunicera med andra människor?

– Folk tror att jag är social, men det är jag inte alls. När jag var yngre hade jag riktigt svårt att kommunicera och det var ett hinder när jag började läkarutbildningen. Det bottnade delvis i dåligt självförtroende. Utbildningen och läkarjobbet har inneburit att jag kunnat utveckla min kommunikativa förmåga.

Så det finns en skillnad mellan hur omvärlden uppfattar dig och hur du egentligen är?

– Det enda jag säkert vet är att

människor uppfattar mig som mer social och kommunikativ än jag är. Jag får ofta höra orden ”du som är så social”. Det stämmer inte alls med min självbild. Det är inte så att jag ogillar att samtala med människor och jag tycker att det är kul att gå på fest och så. Men jag tycker väldigt mycket om att vara ensam.

Du skrev för en tid sedan ett brev till landstinget om din ohållbara arbetssituation och att du kände dig överbelastad. Har det brevet haft någon effekt?

– Det är svårt att peka på resultat av sådana punktinsatser. Men det är aldrig meningslöst att yttra sig eller skriva insändare. Alla små saker läggs ihop till en stor väv och det är svårt att se vad det leder till nästa år eller om tre eller fem år. I det här fallet skickade jag ett brev till landstingsledningen och till den politiska ledningen men också till läkarkollegorna. Det kom ingen reaktion alls från ledningen, men väldigt mycket respons från mina kollegor. Då sammanställde jag deras kommentarer, anonymiserade dem och skickade alltsammans till landstingsledningen. Och det var kraftfullt! Ledningen kontaktade mig omgående och talade om att man hade kallat till ett möte med fack och företagshälsovård. Jag

tycker trots allt att landstingsledningen skötte det ganska bra. De kallade mig inte till ett enskilt samtal för att ställa mig till svars. De kallade i stället fack och företagshälsövård för att diskutera sakfrågorna.

Varifrån kommer ditt engagemang?

– Från min nyfikenhet. När jag läser något vill jag väldigt gärna veta mer och gå till källan.

Saskia Bengtsson brukar följa Richard Lehman, krönikör på British Medical Journal, som varje vecka plockar ut några vetenskapliga godbitar. Men att systematiskt gå igenom tidskrifter ligger inte för Saskia Bengtsson. I stället råkar hon ideligen snubbla över intressanta artiklar som ger henne anledning att forska vidare.

– Jag studsar som en flipperkula, fram och tillbaka. Under tiden jag läser en artikel uppdagas ofta en bakomliggande historia som leder mig vidare i nya riktningar. Efterhand kanske jag upptäcker något som inte var uppenbart från början, eller är för ytligt beskrivet, eller att författaren använder sig av det skrivna ordet för att driva sin egen sak. Då kan det bli verkligt spännande!

Du skriver ofta på debattforumet Ordbyte. Tar skrivandet mycket tid?

– Nej, det kan jag inte säga. Jag sitter inte och filar på texten, jag skriver och skickar direkt. Fast ibland händer det att jag ruvar ett tag på ett inlägg och funderar på hur jag ska replikera, men det leder ofta till att jag inte skickar det alls.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Saskia Bengtsson har fått många utmärkelser:

Årets Lejon, Årets Brandfackla, Maj månads Jönköpingsbo och i våras Distriktsläkarföreningens utmärkelse Årets Allmänläkarvän 2012, där motiveringen löd:

"Hon strider på ett föredömligt sätt för allmänmedicinska specialitetens särart och för kvaliteten i vården, i ordets egentliga bemärkelse, samt ifrågasätter gärna givna sanningar inom sjukvården"

Tror du att det du skriver kan få fler att bli engagerade?

– Det hoppas jag. När jag har läst något intressant får jag känslan av att det här, det måste andra människor få veta! Och även om det låter pretentiöst, så har jag en känsla av förpliktelse gentemot dem som läser vad jag skriver

"När jag får höra: 'du säger precis det där som jag tänkte', då kan jag ju inte göra folk besvikna."

och som ger mig stöd och uppmuntran. När jag får höra: "du säger precis det där som jag tänkte", då kan jag ju inte göra folk besvikna.

Nu, efter någon timmes samtal upptäcker jag att jag inte en enda gång under intervjun behövt be henne förklara något. Det Saskia Bengtsson säger är genomtänkt och logiskt men ändå

enkelt och jordnära. Inte ett ord för mycket eller för lite. Precis som tonerna i ett musikstycke av Mozart, tänker jag.

Du verkar trivas bra med livet som allmänläkare. När känner du dig som allra mest lycklig?

– Det är lätt att svara på. Lyckligast är jag när jag får hålla barnen nära intill mig. Att få gosa med dem. Det får jag göra många, många gånger varje dag, för de är väldigt kelsjuka, avslutar hon.



Gösta Eliasson

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



Lars Agréus i styrelsen för EURIPA

Lars Agréus har blivit invald i styrelsen för EURIPA (European Rural and Isolated Practices Association) – moderorgan till Svensk förening för glesbygdsmedicin som Lars var med och startade. Detta skedde på samkonferensen med European General Practice Research Network

(EGPRN) som ägde rum på Malta i oktober 2013. Lars är professor och f.d. chef på CeFAM (Centrum för allmänmedicin) i Stockholm. Han är dessutom ordförande i SFAM:s råd Gastroprima och i ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology).

Medicinska äventyr i Kamerun

Under november – december 2012 hade jag förmånen att få arbeta på en liten i katolsk vårdcentral Dispensaire Nkol-Eton i Kameruns huvudstad Yaoundé. Det är både spännande och lärorikt att arbeta i ett låginkomstland. Här summerar jag mina intryck och upplevelser av detta medicinska äventyr [1].

Friska barn och sjuka

Mottagningsverksamheten leds av tre sjuksköterskor. En underläkare finns på plats två dagar i veckan. De allra flesta barnen uppfattar jag som friska och välmående. Trots det har alla barn som söker feberhetta, hosta, magont, ont i huvudet och stor rädsla för malaria.

Det tar mer än en vecka tills malarian uppenbar sig i två syskon där lillebror på ett och ett halvt förefaller ordentligt sjuk med 40,4 graders feber och där storasyster på sex år också haft feber. Hon verkar inte särskilt sjuk. Bägge har höga nivåer av malaria-parasiter i blodet.

Lab-teknikerna är vana och det tar bara några sekunder för dem att avgöra om det är malaria eller ej. När jag blir förevisad tar det ett tag innan jag förstår

vad jag ska leta efter i mikroskoperna som är gamla och slitna med många repor på okularen. Många har redan tagit malariamedicin innan de kommer hit. Trots kampanjer med gratis myggnät har det inte slagit igenom.

Enstaka barn är riktigt sjuka som en sjuårig pojke som bars in av sin pappa. Pojken hade fyra dagar tidigare lekt med sina syskon när han plötsligt fallit ihop och inte kunnat gå, förlamad i benen. Eftersom pojken var opåverkad i övrigt hade de hoppats att det skulle gå över. Nu hade pojken även fått svårt att röra händerna och armarna. Han kunde böja lite i vänster armbåge, men annars var armarna helt förlamade. En sköterska menade att hon hade sett ett barn med sickle cell-anemi med liknande symtom. Annars var den första tanken polio. Jag fick aldrig reda på hur det gick. Kanske åkte föräldrarna med pojken till barnsjukhuset som vi rekommenderade, kanske inte. Det skickas inga remissvar, utan svar skrivs i bästa fall i det journalhäfte som patienten själv har med sig.

Även om det är ett värre folkhälso-problem att många barn dör i malaria, lunginflammation och diarréer så blir



De flesta barnen var välmående och inte särskilt sjuka.

Kamerun

Kamerun är lika stort som Sverige med 20 miljoner invånare varav hälften är under 20 år. Det har varit politiskt stabilt under de dryga 50 åren efter kolonialismen. Huvudstaden Yaoundé är byggd på kullar. På höjderna bor de rika, och i dalgångarna de fattiga. Som svensk slås man av de stora skillnaderna men också närheten mellan rik och fattig.

ett fall som detta tydligt. I Sverige hade barnet omhändertagits akut på sjukhus, utan diskussion om vad vården kostar. Den förlamade pojken skulle ha utretts och lagts i respirator om förlamningen stigit ytterligare. Det känns futtigt när vi diskuterar barnkonventionen i Sverige samtidigt som vi struntar i barn som råkar vara födda i fel land. Tar vi vårt ansvar som världsmedborgare?

Efter jul kommer alla välklädda – till och med vårdcentralens original till patienter. Jag undersöker prinsessklädda flickor och kostymklädda pojkar, men måste fråga extra noga om de har råd med prover och mediciner. Det händer ofta i mellandagarna att de vill att jag skriver mediciner direkt för man har inte råd med både prover och läkemedel då julfirandet har tömt kassan.

Högt blodtryck

Här får jag se blodtryck som vi inte längre ser på en svensk vårdcentral. En *maman* (alla äldre damer kallas "maman") får träffa kardiologläkaren för att hon har högt tryck. För något år sedan fick hon blodtrycksmedicin någon månad, men slutade sedan när blodtrycket var bra. Nu har hon sökt igen för huvudvärk. Blodtrycket var häromdagen 216/126. Nu är det 241/110. Till och med kardiologen blir nervös. Hon kan få stroke eller hjärnblödning när som helst. Som initial sänkning och för att

få snabb effekt rekommenderar han Nifedipin 20 mg var 8:e timme och lade till en tiazid. Om blodtrycket kommer ner på mer rimlig nivå är tanken att *maman* ska få Amlodipin.

I Europa sägs att hjärtinfarkt är vanligt och stroke mindre vanligt, och att det i Afrika tvärtom är stroke som är vanligt och hjärtinfarkt mer sällsynt. Samtidigt är det nog många hjärtinfarkter i Afrika som missas. Råden till patienten är desamma som i Sverige: sluta röka, motionera mera, ät mindre salt och mindre fett. Förvånansvärt många kvinnor, även äldre sådana, säger att de tränar regelbundet. Denna kvinna gick på utomhusgymna i kvarteret en gång i veckan. Oftast följs patienter med blodtryck en gång i månaden. För välinställda välskötta patienter kan man ibland dra ut på besöken i tre månader.

Vi står framför en epidemi av hjärtkärl-sjukdom i låginkomstländer vilket kommit i skymundan för millenni-um-målens infektionssjukdomar. Ölen flödar i Kamerun och är nästan billigare än mineralvatten. Det är dock inte så många som röker ännu, och frågan är om tobaksindustrin ska få skapa ytterligare ett tobaksberoende folk.

Spöket hiv...

På mottagningen skymtar ständigt spöket hiv. En kille kommer och vill ha ett hiv-test taget. Han har en ny partner sedan några månader. Om det är partnern som ställt krav på hiv-test eller han själv får jag aldrig klart för

mig. Sjukskötaren frågar vad han ska göra om provet är negativt. Killen förstår inte frågan, men skötaren insisterar, och förklarar sedan att även om han skulle vara hiv-negativ är det viktigt att fortsätta skydda sig mot hiv och andra könssjukdomar. Om man är positiv, så måste han naturligtvis följa de instruktioner som han får om behandling.

En gymnasieelev söker med pityriasis rosea. Även om han inte har haft ett riskbeteende är han rädd för att vara smittad och jag beställer ett hiv-test.

Medveten om hiv och aids är stor. Det är inget som man döljer. Samtidigt kan säkert kunskapen i många avseende bli bättre.

...möter verkligheten

En yngre yrkesarbetande kvinna söker för hudutslag på kroppen sedan sex månader. Hon har även problem med ögon och öron. Hon är välklädd i en figursydd afrikansk dress. Av någon anledning frågar jag henne om hon gått ner i vikt. Hon berättar då att hon ett år tidigare vägde 80 kg. Här väger hon 56 kg som egentligen är en ganska normal vikt i Kamerun. Det visar sig att hon har blodbrist men också det som inte får hända – hon är hiv-positiv.

Man kan inte undgå att bli berörd när hennes värld rasar samman. Hon är ensamstående med två skolbarn. Provtagningen är en dyr process även om medicinen är gratis. Frågan är vad som kommer hända med henne. Kan hon fortsätta med sitt arbete om

Avgifter

Sköterskebesök:	2,50 kr
Läkarbesök till generalist:	13 kr
Prover:	15-50 kr
Lungröntgen:	90 kr
Läkemedel_	40-100 kr/mån
Malariabehandling för spädbarn:	gratis

det kommer ut att hon är hiv-positiv? Kan något av hennes barn också vara smittat?

Tänk om klamydia var dödlig

Jag har sett ungefär ett hiv-fall per vecka. Nästan vartannan hiv-test har varit positivt. Kunskapen att hiv är en behandlingsbar sjukdom är låg. Hiv-fallen handläggs på speciella mottagningar. Den katolska kyrkan har en särskild mottagning "Ja till livet" på ett sjukhus i en annan del av Yaoundé. Vi hänvisar patienterna dit med en remiss utan diagnos eller frågeställning. Läser man mellan raderna förstår man vad det gäller.

Det är lätt att bli moralistisk och säga att man i Kamerun har ett promiskuöst leverne med många partners, kontakter utom äktenskap osv. Jag kan inte låta bli att tänka på vad vi skulle säga om det vore tvärtom: Att hiv var enkelt botat med en antibiotika-kur och klamydia var en dödlig sjukdom om man inte livslångt tog bromsmedicin.

Annorlunda prover

Många klagar på ont i buken, och då tas som rutin ett avföringsprov för direktmikroskopi. Det lokala labbet svarar ofta att det finns rikligt med svampliknande element. Detta leder regelmässigt till en kur Nystatin både till barn och vuxna. Jag har försökt begripa mig på detta men inte lyckats. Det är inte så lätt att bara säga "det är inget farligt". Jag hade en intressant diskussion med lab-teknikern Antoine, som menade att svamp i avföringen berodde på den dåliga hygien och de ständiga avbrotten i vattenförsörj-



Verksamheten vid dispensären i Nkol-Eton fungerade väl trots den oansenliga byggnaden.

ningen. Jag undrade lite försynt om det verkligen var meningsfullt att behandla om personen snabbt blev smittad med samma sak igen.

Alla äldre som klagar över värk i kroppen, trötthet, feberkänsla undersöks med Widal-test för tyfoidfieber (Salmonella typhus och paratyphus). Det har låg specificitet och sensitivitet. När jag gick bredvid testades tre av fyra positiva och behandlades med kloramfenikol. Detta låter tokigt, men dessa patienter verkade inte komma tillbaka. Kanske en bra strategi med antibiotika vid sveda och värk?

Kan man skapa ett sjukvårdssystem för alla?

Den frågan diskuterades i Lancet förra hösten. Där skriver Jeffrey Sachs, ekonom och känd för sin bok "The End of Poverty – How we can make it happen in our lifetime" [2]. Han anser att det finns två grundmotiv för att skapa ett sjukvårdssystem för alla: dels att alla har rätt till hälsa och dels att dålig hälsa skapar en negativ påverkan på samhället.

Sjukvårdssystemet ska hantera bas-sjukvården vilket innefattar behandling av infektionssjukdomar samt basalt omhändertagande av kroniska sjukdomar och olyckor. Ofta finns även i låginkomstländer en viss avgift för sjukvård och läkemedel. Tanken är att förhindra att man söker vård eller utnyttjar sjukvård i onödan. Detta skapar dock just den orättvisa som man vill undvika, nämligen att de allra fattigaste inte har råd med sjukvården. Ett baspaket av sjukvård skulle enligt Sachs kosta ca 400 kr/år/invånare. I Kamerun lägger staten 100 kr per invånare, och resten betalas med patientavgifter.

I väntan på att låginkomstländerna blir rikare och har ett skattesystem som fungerar bättre menar Sachs att vi från höginkomstländerna måste täcka upp

för att finansiera hälsovården. Redan idag satsas 27 miljarder dollar på detta, men det skulle behövas ca 40 miljarder dollar. När det gäller hur vården ska organiseras förespråkar han ett statligt system som liknar det engelska NHS. Han är mycket tveksam till organisera vården i privat regi. Det blir svårt med kostnads kontroll. Privata utförare har en tendens att lobba för medelklassen istället för de fattiga.

Att vara invandrare

När jag sammanfattar mina upplevelser slår det mig att jag har testat att vara invandrare i ett fransktalande land. Jag tycker oftast inte att det har varit svårt att förstå huvuddragen i sjukhistorien och vilka symtom patienten har haft. Jag har dock varit frustrerad över att jag inte har förstått vad patienterna menat när de börjat tala om detaljer. Jag har inte heller alltid kunnat ställa de detaljfrågor som jag velat.

I det lilla häftet som utgör patientjournalen har det säkert blivit en del stavfel och fel böjningar, men det bekymrar mig inte så mycket. Man kan alltid skyla över det med en lite slarvig läkarhandstil.

Läkemedel har jag förskrivit enligt listan över vad som finns på vårdcentralens eget apotek. En del preparat med generiska namn är lätta medan andra, framför allt mixturerna, desto svårare. Jag blir inte glad när jag upptäcker att det jag trodde var en hostmedicin visar sig vara hostmedicin och antibiotika!

Av dessa olika aspekter på att vara invandrare känner jag så här efteråt att kommunikationen är det som är viktigast att jobba med. Mina patienter har naturligtvis hjälpt mig mycket. När jag inte har kommit på ett ord, så har ofta de föreslagit alternativ. Jag har då sagt – ja just det och upprepat ordet.

Jag ser fram emot nästa gång då jag blir invandrare.

Referenser

1. Medicinska äventyr i Kamerun http://www.swedencameroon.com/?page_id=971
2. Sachs JD: Achieving universal health coverage in low-income setting. Lancet 2012; 380:944-47.



Olof Cronberg

Växjöhälsan, Växjö
olof.cronberg@abc.se



**"Glad, trygg
och varm i
förälderns famn"**

*Målningen är gjord av
Barbara Frankel, Umeå.*

Resan sponsrades med bidrag
från SFAM Kronobergs Samspelsfond.



Möte med årets examinander

ett stående inslag på SFAMs kongresser är mötet med alla årets examinander - i år 32 stycken. Det var som tidigare år olika erfarenheter och skilda åsikter. Vårdcentraler där det var självklart att alla gör examen. Vissa hade fått ordentligt avsatt tid för att genomföra examen, andra fick stjäla tid för att få det genomfört. Några hade använt delar av sidotjänstgöringen för att få tid över att skriva. Majoriteten tyckte att examen borde vara obligatorisk. Många uttryckte att de själva skulle kunna tänka sig bli examinörer om några år.

På mötet fann jag Soraya Azizi och Margareta Kristensson från Dalabergs vårdcentral, Uddevalla. De var där enbart som åhörare. Soraya som kommer från Afghanistan är snart färdig specialist. Margareta gjorde sin specialistexamen för tio år sedan.

Jag bor och har arbetat länge i FyrboDal, dvs. Norra Bohuslän, Dalsland, Norra Älvsborg kring Vänersborg/Trollhättan. Det var det länge sedan någon från vårt område gjorde specialistexamen. Vad är orsaken? Kan det bero på att det saknas lokala SFAM-föreningar? De har varit vilande under många år.

Kanske Soraya och Margareta kan ge oss en ledtråd?

– **Soraya**, du är snart färdig specialist. Du var med på examinandmötet. Blev du intresserad?

– Innan jag kom till den här kongressen hade jag ingen tanke på att göra examen. Det är ett extra arbete. Men nu efter att ha varit här och lyssnat på de andra så har det väckt mitt intresse. Tidigare har jag inte känt några runt mig som har gjort det. Den enda jag känner är Margareta på min arbetsplats.

– Så du har inte träffat någon ST-läkare som har gjort examen? Har ni pratat om det på ST-mötena, känner alla till examen?

– Jo, man känner till examen men det har inte diskuterats på ST-träffar. Nu när jag ändå är färdig med ST och färdig specialist, varför då göra det. Men så var jag på det här mötet, fick höra från de andra och blir lockad. Det vore intressant att pröva på och se. Men det vore bäst om alla skulle göra examination.



– Vad är det som gör att du tvekar?

– I mitt fall är det ju endast det skriftliga provet. Annars gör man ju allt det andra. Projektarbetet måste ändå göras. Vi har ju haft medsittningar och videoinspelningar så det är inte nytt för mig.

– Så det som oroar dig är det skriftliga provet?

– Ja, jag tycker inte min svenska är så bra, jag är inte så bra på att skriva. Jag brukar ju diktera.

– Men ändå är det något som lockar dig?

– Ja, jag tänker om jag också gör det här provet så känner jag mig komplett.

– **Margareta**, du är ju den senaste från vårt område som examinerades.

– Ja, 2003, dvs. för tio år sedan. Jag gjorde examen ett år efter det jag var klar specialist

– Vad kommer det sig att du gjorde det?

– På den tiden kom jag i kontakt med SFAM som då ordnade en del möten. Min förste handledare åkte på SFAM-möten och entusiasmerade och jag såg andra som gjort examen. När vi ändå skulle göra ett projekt så tänkte jag göra det till examen. Sen förstod jag att man fick jobba mer med materialet för att få det godkänt.

– Ja du gick på den gamla ST-tjänstgöringen där det inte fanns samma krav på uppsats?

– Nej, men fanns förväntningar. En del gjorde det men alla gjorde det inte. Man uppmuntrades till det.

– Så du påverkades mycket av din handledare

– Ja, men när jag gjorde examen så kände jag mig ganska ensam. Ingen på vårdcentralen och ingen handledare som var särskilt intresserad. De flesta kom ju från Östergötland, Stockholm eller Skåne, och så var det några från Södra Bohuslän. Deras studierektor tog hand om mig också så vi var några stycken ändå. Det är skönt att inte vara alldeles ensam. Och det är väl det som behövs – ett klimat med fler som kan stötta varandra. Det var inte någon på vårdcentralen som var intresserad eller som kom till examinandmötet i Helsingborg. Jag hade med mig min syster. Jag tyckte det var roligt, det kändes lite extra med examen. Att man gjorde det tillsammans. Festligheterna vid middagen. Det är stor skillnad mot när man fick sin legitimation. Då kom ett papper från Socialstyrelsen och det var inget firande.

– Hur tänker då på det idag?

– För mig var det nytt med video. Det hade jag inte gjort tidigare, så det var väldigt nervöst.

– Vad är dina främsta argument för att man bör göra examen?

– Dels är det bevis för dig själv att man är färdig och dels får man gjort ett litet forskningsuppdrag. Vi forskar för lite i allmänmedicinen. Det gäller mig själv också. Det har varit svårt att genomföra då jag hela tiden arbetat på en underbemannad vårdcentral.

Erland Svensson

Fjällbacka

erland.svensson@gmail.com

Politiker och profession diskuterade fortbildning under årets kongress



Anders W Jonsson, ordförande i riksdagens socialutskott.
Foto: Cecilia Träff



Eva Engström, Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.
Foto: Cecilia Träff



Gösta Eliasson, fortbildningsrådets ordförande.
Foto: Cecilia Träff

Fortbildningen minskar, något måste göras – men vad? Så löd titeln på ett seminarium om fortbildning under SFAM:s kongress. Medverkade gjorde, förutom representanter från SFAM:s fortbildningsråd, Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation (UFO), och Anders W Jonsson, barnläkare, riksdagsman och ordförande i Riksdagens socialutskott.

Läkarförbundets enkät 2010 visar att allmänläkare erhåller minst fortbildning av alla specialister. 2013 års siffror publiceras först i höst, men Eva Engström avslöjade att de för allmänläkarnas del knappast har blivit bättre. Visserligen ser man en ökning av tiden för den interna fortbildningen, men då frågeformuleringen ändrats i årets enkät är det svårt att dra några säkra slutsatser.

Eva Engström beskrev också Läkarförbundets inspektionsmodell ”Fortbildning i dialog” som granskar och följer upp vad arbetsgivare gör för att anställda läkare skall ha tillgång till god fortbildning.

Andreas Thörneby redogjorde för fortbildningsrådets granskning av landets kravböcker 2011, som visar att flertalet beställare av sjukvård undviker att ställa krav på kompetensutveckling för personalen. SFAM har därför formulerat en ”Golden Standard” som beskriver hur basala krav på fortbildning kan skrivas in i vårdvalsdokumenterna (se AllmänMedicin 4/2012).

Huvuddragen i den norska recertifieringsmodellen presenterades vid seminariet. Som norsk allmänläkare kan man bli recertifierad vart femte år, vilket kräver redovisning av fortbildningspoäng från genomförda godkända fortbildningsaktiviteter. I det norska systemet är fortbildning inte liktydigt med att åka på kurs. Den innehåller också besök på andra vårdcentraler, falldiskussioner i små grupper, aukultation på sjukhus och handledaruppdrag. Om man inte uppnår tillräckligt många poäng går man miste om specialistbehörigheten, vilket innebär lägre ersättning.

Sist ut var politikern Anders W Jonsson. Han menade att SFAM, som nu arbetar med att utforma en modell som på frivillig väg säkrar kompetensutvecklingen i primärvården, är inne på rätt väg. Han sade sig dock inte vara främmande för att införa recertifiering i Sverige.

– Med ökad produktivitet riskerar fortbildningen att blir eftersatt. Kanske är risken allra störst inom allmänmedicinen där läkarna dessutom jobbar mer ensamt än de gör på sjukhus. Norgemodellen

är mycket intressant, och jag kan tänka mig en liknande modell i Sverige.

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

Annons



Nationella forskarskolan:

Tio extra doktorander antas



Det är nu tre år sedan Nationella forskarskolan i allmänmedicin startade (Figur 1). Totalt har skolan antagit 50 doktorander (Tabell 1), varav fem har disputerat; drygt 70 % är läkare. Samtliga universitet som har läkarutbildning är representerade bland doktoranderna. Universiteten i Umeå, Göteborg, Linköping och Lund har dock flest doktorander i skolan (Figur 2). De årliga utvärderingarna är mycket positiva och vår förhoppning, att forskarskolan skall kunna bygga broar mellan landets unga forskare och universitetsenheterna i Allmänmedicin, ser ut att kunna infrias [1]. Efter hand som doktoranderna disputerat inbjuds de att fortsätta i skolans Alumnigrupp som förväntas bilda stommen i ett nätverk av unga forskande allmänmedicinare i Sverige.

Vid ansökningstidens utgång i slutet av april 2013 hade forskarskolan fått 23 mycket bra ansökningar till grupp 5, vilket är betydligt fler än tidigare. Eftersom skolan inte kan anta mer än tio doktorander per år [1] kommer vi att göra en extra utannonsering av tio platser under våren 2014 med skolstart i september (grupp 6), en ökning med 20 %.

Det stora anslag som Vetenskapsrådet beviljat (15 miljoner kronor) kommer, tillsammans med det betydande stöd som forskarskolan får av Umeå universitet (4 miljoner kronor), att täcka skolans kostnader fram till och med 2016, möjligen fram till sommaren 2017. Rådets tolv forskarskolor finansieras av ett speciellt anslag från staten. Det är emellertid fortfarande oklart om ytterligare medel kommer att ställas till förfogande. Vi vet därför inte om vi får möjlighet att söka förnyat eller förlängt anslag för forskarskolan. Skulle så inte bli fallet kommer förhoppningsvis universitetsenheterna för

Ledningsgruppen för Nationella forskarskolan

Professor: Cecilia Björkelund, Göteborg
 Docent: Kristna Bengtsson Boström, Göteborg
 Docent: Mats Foldevi, Linköping
 Professor: Lars Hjalmar Lindholm, Umeå (chef)
 Professor: Sigvard Mölstad, Malmö (stf chef)
 Docent: Olov Rolandsson, Umeå
 Professor: Carl Johan Östgren, Linköping

allmänmedicin att kunna ta över del av verksamheten så att nätverksbyggandet fortsätter efter 2017.

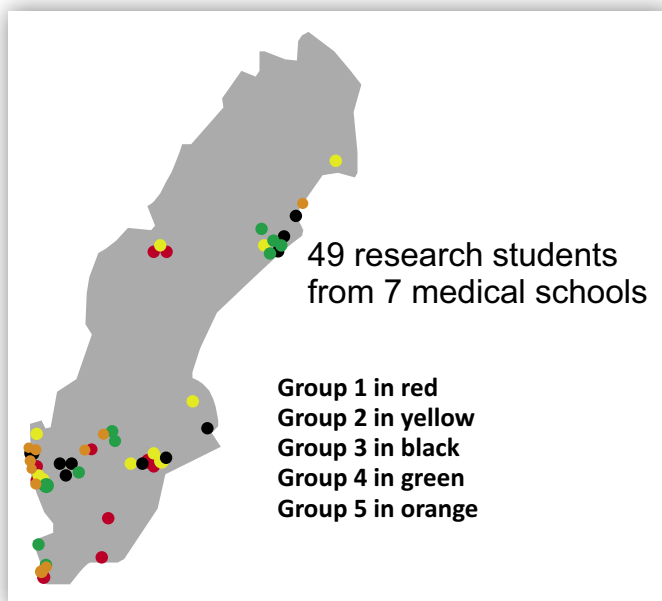
För ett år sedan kontaktades vi av en grupp norska professorer i allmänmedicin som bad att få använda vår svenska ansökan till Vetenskapsrådet som underlag för en ansökan till det norska forskningsrådet. Vi var självklart positiva till detta och till vår stora glädje beviljades medel till en norsk forskarskola som nu står i begrepp att starta. Professor Cecilia Björkelund från Göteborg ingår i den norska forskarskolans styrgrupp som representant för den svenska skolan. Vi ser ett kommande samarbete med normmännen som en stor styrka för forskarutbildningen i allmänmedicin.

Kommer då denna statliga satsning på allmänmedicin att leda till att våra unga forskare klarar sig bättre i den hårdnande konkurrensen om forskningsmedel i Vetenskapsrådet och hos andra anslagsgivare [1]? Med all säkerhet blir det bättre än det är idag, men för att fullfölja den statliga satsningen behöver allmänmedicinen i Sverige en egen prioriteringsgrupp i Rådet. En viktig uppgift att verka för - inte minst för professorerna i allmänmedicin!

Referens

1. Lindholm LH, Rolandsson O. Nationella forskarskolan i allmänmedicin bygger broar mellan unga forskare. AllmänMedicin 3 2012

**Ledningsgruppen för Nationella
Forskar-skolan i Allmänmedicin**
 Lars Lindholm
 larsh.lindholm@famned.umu.se



Ytterligare information om forskarskolan och dess doktorander finns på
www.forskar-skolanallmanmedicin.se

Hur ser framtidens allmänläkare på kompetensområdet allmänmedicin?

En kurs i allmänmedicinskt arbetssätt ingår obligatoriskt i ST-utbildningen. En sådan kurs har anordnats i Norrbotten sedan flera år, och den hölls för tolfte gången i mars 2013 med 22 kursdeltagare från hela landet, merparten i början av sin ST.

Vi lärare tycker det är viktigt att veta hur unga läkare som träder in i specialiteten uppfattar vad det är som är kärnan i deras framtida valda specialitet. Som en del i kursen ingår därför att gruppvis formulera vad som utgör kompetensområdet allmänmedicin. Kursdeltagarna har utgått från sina erfarenheter av den verklighet de ser i sitt arbete och från sina uppfattningar om hur det borde vara. Vi lärare på kursen tycker att deras formuleringar har blivit en levande och spännande beskrivning av specialiteten allmänmedicin som väl konkretiserar den officiella målbeskrivningens korta definition och vill därför föra ut ST-läkarnas formuleringar till en bredare kollegial krets för diskussion.

Med hänsyn till hur olika primärvården bedrivs i landet tycker vi det är tänkvärt att presentera framtidens läkares bild för en bredare publik, inte minst för kollegor i andra specialiteter, politiker och tjänstemän, särskilt som det dagtingas vilt från den bild som beskrivs i Socialstyrelsens och dessa unga läkares målbeskrivning. Tanken att använda deras egen beskrivning för att rekrytera dem kunde vara en tanke som vi bjuder på.

Referenser

1. Socialstyrelsens föreskrifter om ST, SOSFS 2008:17. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-17>; (augusti 2013).

**Andreas Kasemo, Ulf Måwe,
Robert Svartholm & Maria Truedsson,**
Lärare på SK-kurs i Allmänmedicin på Hinder-
sön 4 – 6 mars 2013. Meta Wiborgh är också
lärare på kursen men var inte med denna gång.
Kontakt: ulf@mawe.se.



Deltagare i SK kursen Allmänmedicin Hinderjön Luleå 4 – 6 mars 2013
Andres Antillon-Hernandez Borlänge, Anjelika Kan Järfälla, Anna Birgersson Sundsvall, Anna Nilsén Göteborg, Anna Welander Segeltorp, Anne Wallin Saltsjö-Boo, Bermet Moren Gävle, Birgit Arenhag Björkman Hägersten, Elin Wallström Örnsköldsvik, Eliya Syed Spånga, Hélène Danin Mankowitz Lidingö, Johan Eduards Stockholm, Karolina Bergman Älta, Kerstin Eilers Umeå, Lina Nyhlén Lund, Lisa Reda Stockholm, Mahmood Ahmed Spånga, Michal Daniel Stockholm, Märit Wallander Segeltorp, Peter Johansson Solna, Petter Nævik Sundsvall, Rifat Rob Kista

Definition av allmänmedicin i Socialstyrelsens målbeskrivning

För varje specialitet inleds målbeskrivningen för specialiseringstjänstgöringen med en övergripande kompetensdefinition. Frågan är hur tydlig den är och hur den uppfattas av de läkare som skall rekryteras till specialiteten. I allmänmedicin ser definitionen ut så här [1]:

"Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation."



Kursdeltagarnas egen beskrivning av specialiteten allmänmedicin

- Att jag med hjälp av kontinuitet, tillgänglighet och goda professionella kunskaper kan erbjuda mina patienter trygghet och tillit genom att möta deras oro/ångest.
- Kontinuiteten förutsätter en egen lista, där jag kan följa upp patienter. Jag möter patienten, skapar ett förtroende och kan jobba med tiden som redskap. Jag kan lära mig att ställa upp på patientens villkor, speciellt vid hembesök, och då vara den personliga läkaren.
- Om jag jobbar med kontinuitet förutsätter det att jag är tillgänglig och närvarande för patienten så mycket som möjligt. Annars kan jag inte ta ett förstahandsansvar. Det nödvändiggör en "vårdcentral" med läkare/övrig personal som hjälps åt och täcker för varandra, och att jag kan aktivt jobba med min tidbok, mina telefontider mm. för att optimera min tillgänglighet.
- Man måste ha ett nyfikat förhållningssätt och sköta sin fortbildning. Situationen kräver att man tar ett stort ansvar för sin fortbildning, mottagningens resurser och utrustning, samt inte minst att man inte remitterar i onödan med långa köer som följd. Med självständigt ansvar skapas motivation och lust i det livslånga lärandet, och man får då utrymme för sin professionalitet och kan styra sin tidbok.
- Utöver det kortsiktiga självklara arbetet här och nu behövs ett förebyggande arbetssätt. Ett ansvar för folkhälsa inbegriper inte bara ett pedagogiskt förhållningssätt utan också ett ansvar för forskning och utveckling, vilket är roligt och stimulerande.
- Med lång och gedigen grundutbildning är det rimligt att ställa höga lönekrav om man tar ansvar för sin kompetens och ställer den till samhällets/patientens förfogande samt ser till att verksamhet och kunskapsområden kan utvecklas.

Wonca World 2013 i Prag

Världskonferens för allmänläkare

Att delta i världskonferensen för allmänläkare i Prag förstärkte min känsla av stolthet inför mitt yrke och mitt val att bli specialist i allmänmedicin. Det känns som en ära att vara en del av en profession med så många kompetenta och driftiga kollegor världen över.

Jag tänker på läkaren från Kansas i USA som förlöser barn på jourtid och på den indiske kollegan som ser 200 patienter med Dengue-feber under samma jour fast på andra sidan jorden. Han håller dessutom på med lobbying för en gemensam utbildningsplan för allmänläkare i Indien. Jag tänker på kollegan i Österrike som kämpar med regeringen för att få allmänmedicin till en erkänd specialitet och för att slippa göra sin ST på sjukhus under tre år eftersom ingen vill betala för hans träning på en vårdcentral. Jag tänker på läkaren från Irak som berättade hur hon hanterar stress i vardagen och på den schweiziska kollegan som med stor entusiasm snart ärver sin pappas enläkarmottagning. Jag imponeras av

kollegan från Benin som använt fem månadslöner för att åka till Prag med målet att få hjälp att få tag på kinin för att behandla malaria. Och de saudiarabiska kollegorna som forskar mycket men ser ett problem i att de publicerar lite eller inget. Vi är så lika men vår kontext skiljer sig så.

Margaret Chan, WHO:s generaldirektör, inledde konferensen med att poängtera hur viktig en fungerande primärvård är för folkhälsan. Mötet äger rum i en vacker byggnad och relik från en svunnen kommunistisk tid. Svenskarna är i år sjunde största delegation på Wonca World tack vare två studierektorer i Västsverige. De har bidragit till att säkert 50 svenska ST-läkare deltar på denna internationella vetenskapliga konferens för General practitioners. 'Care for generations' är temat. Alla pratar om sin scientific society, hur viktig den är och hur den spelar stor roll. Och jag pratar om min vetenskapliga förening, Svensk förening för allmänmedicin.

Min vecka i Prag startade med två



Inspirationstal av Michael Kidd, Woncas ordförande, där han talar om Barbara Starfield.

Foto: Sofia Eriksson.



Kongressbyggnaden.

Foto: Sofia Eriksson.

dagar på förkonferensen för 'young and future general practitioners'. Det är ju det jag är – ung och framtida allmänläkare, efter två år av min ST i allmänmedicin på en hälsocentral i Kalmar. Förkonferensen gav tillfälle att möta andra unga allmänläkare samt några inspirerande talare. Jag är här i egenskap av medlem i SFAM och ansvarig för Hippokratesutbytet till och från Sverige. Utbytet är ett ypperligt tillfälle för ST-läkare och för specialister som varit klara färre än fem år att auskultera hos en eller flera allmänläkare någonstans i Europa.

Tillbaka till Wonca World där före detta presidenten Richard Roberts

talade sig varm om sin vän och förebild, Barbara Starfield, hon som genom forskningen visat att allmänmedicin är viktig och nödvändig. Enligt Wonca är hon allmänmedicinens skyddshelgon om jag måste krydda lite extra. En fungerande primärvård skött av allmänmedicinare är effektiv och kostnadseffektiv. Allmänläkaren står för den allra största delen av vården för en mycket liten kostnad, det får vi inte glömma.

Varför blir jag då så inspirerad av att lyssna på kollegor och professorer i allmänmedicin som talar om läkares hälsa, forskning och bravader världen över? Jag tror det handlar om engagemang, och det saknas inte i dessa internatio-

Kommande konferenser:

Vasco da Gama movement forum, Barcelona februari 2014.

Wonca Europe, Lissabon 2-5 juli 2014
www.woncaeurope2014.org.

Wonca Nordic, Göteborg 16-18 juni 2015.

Wonca Europe, Istanbul 22-25 oktober 2015.

Wonca World, Rio 2016,
www.wonca2016.com.

Wonca Europe, Köpenhamn 2016.

nella sammanhang. Det vetenskapliga schemat sträckte sig från 8.30 till 17 varje dag med parallella workshops och föreläsningar. Jag deltog i sessioner om forskning i primärvård, specifika sjukdomsområden med fokus på primärvård, patientsäkerhet och utbildning med varierande kvalitet. Jag såg också våra svenska kollegors posters och hörde föredrag om hur den vetenskapliga kursen under ST bedrivs i Borås.

Framför allt har jag fått ett större grepp om Hippokratesutbytet (döpt efter den första allmänläkaren, Hippokrates) och jag har börjat bygga ett nätverk av allmänläkare från hela Europa. Nu hoppas jag kunna sköta mina uppgifter i Sverige för att återinföra möjligheten att auskultera ett par veckor vid en vårdcentral i ett annat land som en del i ST-utbildningen.

Med nya perspektiv, tankar och idéer är jag nu ivrig att ta itu med att jobba, och det känns riktigt bra.



Sofia Eriksson

ST-läkare,
Ledamot av SFAMs ST-råd,
Sverigesamordnare för Hippokratesutbytet
Stensö vårdcentral, Kalmar län
sofiaer@ltkalmar.se

Wonca: World Organization of Family Doctors. www.globalfamilydoctor.com

Wonca Europe: Den europeiska delen av Wonca. Innefattar olika arbetsgrupper och nätverk, t.ex. Equip och Euract, samt en styrelse med ansvariga för de olika nationella vetenskapliga föreningarna. www.woncaeurope.org

Vasco da Gama movement: En rörelse inom Wonca Europe för ST-läkare och nyblivna allmänläkare upp till fem år efter uppnådd specialistbehörighet.

Hippokratesutbytet: två veckors auskultation hos en allmänläkare inom Europa (och snart även utanför Europa), för ST och nyblivna specialister.

www.vdgm.eu



Glesbygdsmedicinska visioner, akutsjukvård och ultraljud – eller "Glesbygdsmedicin i framkant"

Rapport från Glesbygdsmedicinska årsmötet i Vilhelmina



Demonstration ultraljud.

Foto: Meike Harmening

Den 17-18 april hölls det den 13:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin, den här gången i Vilhelmina. Där fanns det ett fullspäckat program med föreläsare från Kanada, Skottland, England och regionen.

Programmet innehöll både föreläsningar, praktiska workshops och presentation av aktuella uppsatser från medicinstuderande och distriktsläkare. Ett femtiotal deltagare hade anmält sig till kongressen.

Efter välkomnande ord från föreningens ordförande Anna Falk och Dennis Hansson, distriktsläkare i Vilhelmina, började första dagen med föreläsningar om ultraljud som diagnostiskt verktyg i distriktsläkarens händer.

Först berättades det erfarenheter från Skottland, där ultraljud redan sedan många år används med bra resultat inom primärvården, och därefter från Åsele sjukstuga. Man presenterade en engelsk kursmodell, speciellt framtagen för att utbilda allmänläkare i ultraljudsundersökningar och i hur



Kongressdeltagare.

Foto: Meike Harmening

För mer information och material från konferensen se hemsidan www.glesbygdsmedicin.info.
Nästa års kongress 2014 Järvsö, 9-10 april

man upprätthåller kvalitetssäkringen. Den efterföljande diskussionen visade att det finns stort intresse för detta diagnostiska verktyg. Det blir nog snart verklighet med ultraljudsapparater på glesbygdens vårdcentraler och med motsvarande utbildningar för deras läkare. Kanske är denna teknik om några år lika mycket del av primärvårdens diagnostiska arsenal som i andra länder?

Efter lunchen var det dags för praktiska workshops där deltagarna själva kunde prova på att göra ultraljudsundersökningar. Det fanns även möjlighet att träna akutsituationer på en avancerad simulatordocka samt att fräscha upp HLR-kunskaperna.

Senare på dagen presenterades uppsatser från medicinstuderande och distriktsläkare och intryck från den internationella kongressen i glesbygdsmedicin i Northern Ontario.

Andra dagen berättade Dr Roger Strasser, ursprungligen från Australien, om hur han har byggt upp ett universitet för glesbygdsmedicin i Northern Ontario, Kanada. En väldigt inspirerande berättelse om en lång resa och hur visioner kan bli verklighet genom hårt arbete, ihärdighet och samarbete. Vilka fantastiska resultat det blev till slut! Vi som tror att vi har glesbygd i Sverige – det är ingenting jämförd med de långa avstånd och den gles befolkning som finns där!

På eftermiddagen rapporterade de berörda från den stora bilolyckan i Malå med många skadade och hur det hantades med de knappa lokala resurser som fanns tillgänglig. En påminnelse om vilken utmaning det är att upprätthålla katastrofberedskapen i glesbygden och hur det kan ha stora konsekvenser om resurserna minskas.

Sammanfattat var detta en mycket inspirerande och givande konferens. Jag ser fram emot nästa års kongress som ska hållas i Järvsö 9-10 april. Vi ses väl där!

Meike Harmening
Distriktsläkare
Åsele sjukstuga
m-harmening@gmx.de



Annons



Läsvärd bok om effekter av socker i vår kost

Med handen på dörrhandtaget frågade en patient om det var dags att mäta hennes halt av den insulinlika tillväxtfaktorn IGF-1. Inspirerad av intressanta men överförenklande TV-program med BBC-mannen Michael Mosely funderade hon på olika slags kostomläggning, korta fasteperioder, korta intensiva motionspass och annat. Under besöket hade vi enats om att hennes BT, fP-Glukos och BMI alla låg i överkant och om värdet av att dra ner på intaget av snabba kolhydrater.

Bara att erkänna att jag behövde läsa på. Föreslog oss bägge att läsa boken *Ett sötare blod* av vetenskapsjournalisten Ann Fernholm, småbarnsmamma född 1969 som 2001 (då med efternamn Gustafsson) disputerat i molekylär bioteknik i Uppsala.

Själv har jag länge undrat, och sökt svar i litteraturen, vad gäller några av de frågor som berörs i boken. Varför går insulinbehandlade personer med typ 2-diabetes upp i vikt? Hur kommer det sig att tillägg av metformin minskar denna effekt? Vad kan förklara att hyperglykemi tycks främja cancerutveckling? Vilka mekanismer kunde förklara att metformin tycks förebygga cancer? Och varför verkar statiner skydda personer som har diabetes mot kärlskador oavsett effekter på LDL?

Pusselbitar finns spridda i massor av pek, men en samlad framställning har jag inte tidigare påträffat. *Ett sötare blod* bygger på läsning av hundratals tidskriftsartiklar. Boken visar på många indicier och ger förklaringsmodeller.

Greppet är uppfriskande i en tid som kännetecknas av självplock bland åsikter och okritiskt anammande av ofullständigt uppfattade läror som snabbt sprids via nätet.

I *Ett sötare blod* och i den väsentligen reklamfria bloggen ettsotareblod.se (där man kan provläsa bokens första kapitel) tillämnar Ann Fernholm sina goda insikter i biokemi på aktuell forskning om biologiska effekter av kolhydratintag, och lyckas framställa sitt ämne på ett spännande och intresseväckande sätt.

Den som letar efter konkreta råd finner dem på sidorna 79–81 (för den som nyss fått diabetes), 198–200 (vikt), 209–210 (leva längre) och 220–222 (individualisera kost).

Målgrupp: alla?

En bok för vem? Journalistiska grepp, som personpresentationer ("human interest stories"), underlättar läsningen. Kolesterolhypotesens historik och behövliga nyansering (bra att bry sig om de minsta LDL-partiklarna) beskrivs väl, så även bakgrunden till 1970-talets föga evidensbaserade rekommendationer om kolhydratrik lågfettkost.

Ny förståelse för modern syn på bl.a. hyperglykemi som orsak

till inflammation i kärlväggen och IGF-effekter är att vänta för läsaren. Författarinnan är ingen epidemiolog och glider förbi inverkan av rökning, men inser att effekter som iaktas på gruppnivå inte nödvändigtvis ses hos individer.

Genetik och epigenetik är föremål för forskning som bekräftar att vi är olika i våra reaktioner på olika slags kost och fysisk aktivitet. Biokemiska och hormonella mekanismer är gemensamma, men uttrycken varierar.

Boken manar till experiment: gå till vårdcentralen för att få utgångsvärden på totalkolesterol, HDL-kolesterol, ApoB, fP-Glukos, HbA1c – och pröva sedan ut vilken kost som fungerar bäst! – Bli inte förvånad om det dyker upp patienter som även vill få IGF-1 uppmätt (halten av detta protein, som binder den insulinlika tillväxtfaktorn IGF-1 och bromsar dess effekter, har i en liten studie visats prediktiv för typ 2-diabetes, och boken beskriver en möjlig mekanism).

Den nyfikna person som jag inledningsvis nämnde är biologilärare. Läsning av *Ett sötare blod* bör inte erbjuda henne några svårigheter. Bokens uppläggning som detektivhistoria är fångslande och gör att modern biologi ganska lätt slinker in. Läsare som förvirras av mångfalden interrelaterade biologiska mekanismer kan bläddra till kapitelslut där kontentan framgår.

Den som har färsk läkarutbildning vill nog ibland översätta bokens omskrivningar till fackspråk. Forskarutbildade kan efterlysa numrerade referenser (men drygt 200 referenser till artiklar i världsledande vetenskapliga tidskrifter återfinns i bokstavsordning per kapitel i bokens slut, och det är inte svårt att hitta rätt). Eftersom framställningen hänvisar till sig själv framåt och bakåt hade ett sakregister varit av värde (men boken förtjänar att läsas två gånger, eftersom den ger stimulans till eget funderande och agerande).

Fanatiska företrädare för extrem högfett- eller "GI"-kost blir nog inte glada av bokens balanserade framställning. Övriga kan glädja sig åt välgrundade råd för egna kostexperiment.

Författarinnan önskar sig att Göran Hägglund läser hennes bok, och att stat och landsting finansierar oberoende forskning kring kost och hälsa. Finansministern får tips om ny möjlig intäktskälla: skatt på vitt socker.

Ann Fernholm slutar sin bok med en appell: Inför skatt på vitt socker! Varningstexter på förpackningar med godis, läsk, bullar och kakor!

Lars Bäcklund
lars.b.backlund@hotmail.se



Sven Wählin: Alkohol en fråga för oss i vården.
Studentlitteratur 2012. 248 sid
ISBN 9789144082202.



Alkoholbok som ger lust

Ar alkohol en fråga för oss i vården? Primärvården och inte minst vi allmänläkare kritiseras (med rätta) för att vi inte tillräckligt uppmärksammar och pratar alkohol med våra patienter. Det finns något som skaver, skapar olust och undvikandebeteende. Kan det bero på en känsla av otillräcklighet, att vi saknar kunskap eller verktyg? Det finns föreställningar att missbruk är kroniska och svårbehandlade.

Sven Wählin har skrivit en befriande och hoppfull bok. Det är tacksamt att arbeta med dessa patienter, men det behövs kunskap, både terapeutisk och medicinsk, samt läkekonst. Här finns massor av spännande förslag hur man inleder samtal, hur man lägga upp samarbetet och hur man tillsammans gör realistiska planer byggda på patientens önskan om kontrollerat drickande. Hur man kan använda olika metoder alltifrån fysisk träning, rökslut till farmakologiska alternativ. Att behandlingsmålen kan variera. Att det inte finns en lösning. Att bakslag inte är ett misslyckande. Att det finns olika vägar att gå och man får pröva sig fram. Att det är patienten som skall göra jobbet och vi skall vara patientens följeslagare.

I bokens inledning diskuteras begreppen riskbruk, skadligt bruk, missbruk och beroende. Boken har inte sitt fokus på beroende med svårare kroniska tillstånd med ständiga återfall utan författaren hänvisar dessa till annan litteratur som behandlar beroendemedicin.

Boken börjar med ett intressant kapitel kring alkoholpolitik och hur denna alltför mycket präglas av ideologiska ståndpunkter och värderingar och så lite av fakta. Sven Wählin redovisar kunskapsläget kring olika alkoholpolitiska åtgärder. Vi bör använda evidensbaserade metoder. Jag tycker han kunde skriva mer kring dessa frågor.

Samtliga avsnitt i boken genomsyras av den patientcentrerad som författaren ständigt återkommer till. Hur ofta talar inte vi inom vården om patientens brist på motivation? Detta gäller särskilt de som har problem med alkohol. Sven

Wählin menar att själva uttrycket ”patientens motivation” är kontraproduktivt. Han menar att om vi tror att det saknas motivation så bemöter vi dessa patienter på ett felaktigt sätt, vi gör inte rätt åtgärder och bör granska vårt eget agerande.

Det finns ett utmärkt avsnitt som behandlar paternalism och livsstilsbehandling. Han ger exempel på hur man kan tillämpa det patientcentrerade samtalet i konsultationens tidigare faser. Han beskriver och utvecklar konsultationens tre faser: följa, leda, samarbeta. Jag tycker det var speciellt spännande att följa hans beskrivning att genom att skapa tillit, ge information och få samtycke kan man ha ett överenskommet paternalistiskt inslag i en övergripande patientcentrerad inramning.

Sven Wählin tar upp den idag högst kontroversiella frågan om hur vårdval påverkar samtalen om levnadsvanor. Man anar hans kritik mot målrelaterade ersättningar. Många önskar nog att han tydligare markerade sin ståndpunkt och tog avstånd från dessa propåer. Men jag tycker att han är tydlig när han på flera ställen framhärdar att det finns ingen evidens för att det bra att fråga ut patienter om levnadsvanor men däremot finns evidens för att samtala om levnadsvanor. Han är kritisk mot hur alkoholvanorna skall journalföras. Han ger därtill flera bra exempel på vad som borde premieras för att stimulera hälsofrämjande arbete.

Det finns ett klagörande avsnitt kring begreppet riskbruk och begreppet beroende och det är viktigt att vi inom vården inte slarvar med begreppen. Alkoholism, alkoholist är utrangerad som diagnos och inte likställd med alkoholberoende. Han uppmanar oss till att göra upp med begreppen alkoholist, missbruk, förnekelse, dold alkoholism som alla döljer en paternalistisk hållning.

I behandlingsdelen har han ett antal fallbeskrivningar som åskådliggör hur olika alkoholproblemen kan yttra sig. Han illustrerar pedagogiskt hur man inom vården kan använda sig av olika strategier. Jag gillar särskilt hans förslag kring hur man startar ett samtal om alkohol.

Sven Wählin har ett kapitel som kring olika verktyg som man kan använda; enkäter, formulär och provtagning. Man anar att Sven Wählin själv inte använder sig så mycket av dessa utan att detta bättre kommer fram genom det patientcentrerade samtalet. Jag är personligen allergisk mot alla dessa formulär som stör relationen och ser med förskräckelse hur de används. Man kan tycka att Sven Wählin borde ta mer avstånd från dem. Han väljer att ta med dem men visar hur de då bör användas som en del av det viktiga samtalet.

Kapitlet ”stödja en förändring” är fin en introduktion i kognitivt förhållningssätt som man kan använda i många andra behandlingar: formulera och skriva ner mål delmål,

vägarna dit, hemuppgifter, handlingsplan mm.

Han har också med en komprimerad men en alldeles utmärkt introduktion och presentation av grunderna kring motiverande samtal.

Jag måste tillstå att jag har haft alltför lite kunskaper kring alkoholens farmakologi och hur den påverkar olika fysiologiska mekanismer och sjukdomar. Jag lärde mig mycket. Här finns färskare kunskaper från den forskning som bedrivs. Jag lärde mig mycket om interaktioner och påverkan på läkemedel. Avslutningskapitlet ger en bra sammanställning och uppdatering om hur alkoholen påverkar olika organ och ger sjukdomar eller förvärrar sjukdomstillstånd. Det är information som man bör föra vidare till sina patienter.

En redigeringsmiss finns i början av boken. I ett tidigt

kapitel görs en kort presentation av Prochaskas och DiClementes motivationscirkel, välkänd för dem som arbetar med riskbruk och förändringsbeteende. Detta avsnitt blir svårbegripligt och här borde man göra en sidohänvisning till den mer utförliga beskrivningen och figuren som finns i ett senare kapitel.

Boken skapar lust. Den ger hopp. Att jobba med patienter med alkoholberoende är tacksamt, det ger resultat. Här finns så många tips och idéer, och med ny kunskap känner jag mig sugen på att träffa och samtala med mina patienter om eventuella alkoholproblem.

Erland Svensson

Fjällbacka

erland.svenson@gmail.com

SFAM gratulerar

Tack, Malin André – avgående ordförande i SFAMs forskningsråd

Malin har varit ordförande sedan starten av forskningsrådet, och hon har på ett vänligt men bestämt sätt drivit igenom många av forskningsrådets viktigaste frågor. Hon har genom sitt stora intresse för allmänmedicin och allmänmedicinens kliniska verksamhet verkat för att vi alla ska kunna arbeta mer evidensbaserat – dvs. med stöd av klinisk forskning i primärvården – och ständigt verkat för hög allmänmedicinsk kvalitet i primärvården. Hon har lyft fram den vetenskapliga allmänmedicinen och den allmänmedicinska forskningen i Sverige genom att till exempel via forskningsrådet bidra till det allmänmedicinska programmet på Riksstämman och det vetenskapliga

innehållet på SFAM mötena. Hon har också bidragit till att en ”bästa allmänmedicinska avhandling” utses varje år.

Malin har mycket aktivt bidragit till att bygga nätverk mellan akademien och den kliniska allmänmedicinen. Hon har skapat möten för diskussion och erfarenhetsutbyte för att underlätta fortsatt forskningsverksamhet för allmänläkare. Ytterligare en viktig faktor för att stimulera allmänmedicinsk forskning på nationell bas är utvecklingen av ett allmänmedicinskt nationellt kvalitetsregister, där Malin nu aktivt driver utvecklingsarbetet.

Vi vill framföra ett stort tack till Malin för hennes stora insatser för forskningsrådet och Svensk Förening för Allmänmedicin.



Malin André kramas om av Cecilia Björkelund.

Foto: Åsa Niper

Cecilia Björkelund

För SFAMs forskningsråd

cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Årets lejon 2013: Bertil Hagström från Göteborg

Varje år brukar SFAM:s styrelse utse Årets Lejon. I år blev det Bertil Hagström från Göteborg. Han var distriktsläkare i Storvik, Sandviken i över 20 år innan han flyttade till Göteborg. Här har han arbetat på olika vårdcentraler, varit lärare på allmänmedicinska institutionen och haft forskningsuppdrag. Han har ägnat sig åt kvalitetsarbete, och 2007 disputerade han på läkemedel och följsamhet. Under 2009-2010 var han ledamot av SFAM:s styrelse. Han

är också aktiv inom Läkare för Miljön.

Styrelsens motivering lyder: ”Bertil Hagström har under ett långt yrkesliv stått för grundläggande allmänmedicinska värderingar. Han har i flera sammanhang uttryckt detta i artiklar och inlägg. Bertil är en sann förebild för såväl yngre som äldre kollegor i sitt sätt att sprida kunskap, erfarenhet och allmänmedicinsk klokhets, inte minst med en stor portion värme kryddat med underfundig humor.”



Bertil Hagström mottar diplommet från Karin Träff Nordström och Kenneth Widäng. Foto: Åsa Niper



Inger Nordin Olsson på SFAM:s kongress. Foto: Ingrid Eckerman

Årets avhandling: Inger Nordin Olsson om läkemedel och äldre

SFAM:s forskningsråd har utsett Inger Nordin Olssons avhandling om läkemedelsbehandling av äldre som bästa avhandling 2013. Inger har tidigare arbetat vid Varberga vårdcentral, Örebro men är numera tillsynsläkare vid Socialstyrelsen. År 2006 tilldelades hon priset för bästa allmänmedicinska insats av Örebro läns allmänläkar-klubb.

Motivering: "Äldre människor behandlas idag framgångsrikt med läkemedel. Men bland äldre som behandlas med många läkemedel har allvarliga bieffekter noterats.

I sin avhandling *Rational drug treatment in the elderly: To treat or not to treat* har Inger Nordin Olsson med utgångspunkt i påvisade brister vid läkemedelsförskrivningen till äldre, på ett förtjänstfullt sätt,

i sina studier försökt hitta metoder för att minska olämplig läkemedelsanvändning, öka kvalitén vid läkemedelsförskrivning och se sjuksköterskans roll för äldres läkemedelsanvändning.

Inger Nordin Olsson får SFAM:s pris för bästa avhandling 2012 för väl genomförda och presenterade studier med förslag till förbättringar av en komplicerad process där allmänläkare har en central roll med patientens välmående i centrum."

Nordin Olsson I. Rational drug treatment in the elderly: "To treat or not to treat." Örebro universitet 2012. ISBN 978-91-7668-843-4

Årets handledare

Vid vårkongressen 16.5.2013 utsågs traditionsenligt årets handledare av SFAMs kompetensvärderingsråd.

Karin Happstadius, handledare åt ST-läkare Per O Andersson vid Valla vårdcentral, Linköping, valdes med följande motivering:

"Du har varit en stark förebild för din ST-läkare bland annat genom din skickliga konsultationsförmåga. Du har varit en mycket uppskattad handledare genom ditt raka, ärliga och konstruktiva förhållningssätt. Du har uppmuntrat din ST-läkare, slipat av honom lite här och där och givit honom tid att utvecklas i arbetet som allmänläkare.

Citat: *Karin skulle jag nominera till århundradets handledare om det fanns ett sådant pris. Hon är ett föredöme i de flesta företeelser jag kan komma på!"*



Karin Happstadius och Birgit Breitholtz.

Foto: Ingrid Eckerman

Louise Eggimann, handledare åt ST-läkare Maria Bergenstråhle vid Torsviks vårdcentral på Lidingö, valdes med följande motivering:

"Du har målmedvetet tagit dig an din uppgift som handledare. Du har stimulerat och stöttat din ST-läkare. Ditt sätt att handleda på har du delat med dig på olika föreläsningar och handledningskurser. Du har varit en god förebild på flera plan och bidragit till din ST-läkares utveckling både på det professionella och personliga planet. Du har bjudit din ST-läkare på roliga, stimulerande, utvecklande och bitvis frustrerande år."



Birgit Breitholtz, Louise Eggimann och Cecilia Ryding. Foto: Ingrid Eckerman

Specialistexamen 2013



Här syns glada examinander som fått sina diplom vid konferensbanketten.

Foto: Ingrid Eckerman

Årets uppsats

Priset för "årets uppsats" i specialistexamen 2013 gick till Jens Wiethege, som tillsammans med Nada Hikmat skrivit uppsatsen "Patienter med utländsk bakgrund – upplevelse av primärvården i Sverige".

Kompetensvärderingsrådets motivering: "Uppsatsen behandlar ett ämne som

är intressant och viktigt för verksamma allmänläkare. Studien är genomförd med ambitiöst tillämpad kvalitativ metodik och har betydelse för hur vi arbetar."

Länk till sammanfattningar av årets uppsatser hittas på hemsidan www.sfam.se, "Specialistexamen".



Jens Wiethege mottar priset från Karin Lindhagen.

Foto: Ingrid Eckerman

Gunnar Nilsson får KI:s pedagogiska pris

Gunnar Nilsson, professor i allmänmedicin och verksamhetschef för Centrum för allmänmedicin (CeFAM), är årets mottagare av Karolinska Institutets (KI) pedagogiska pris.

Priset är på 100 000 kronor och delades ut vid Karolinska Institutets installationshögtid den 24 oktober.

Motivering:

"Gunnar Nilsson, professor vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), har varit engagerad i undervisning vid Karolinska Institutet sedan 1990 och har omfattande erfarenhet av pedagogiskt utvecklingsarbete. Genom sitt motiverande ledarskap och starka engage-

mang har han haft en avgörande roll i arbetet med att organisera, utveckla, implementera och utvärdera det nya läkarprogrammet vid Karolinska Institutet som drogs igång 2007. I rollen som ordförande för läkarprogrammets programnämnd har Gunnar Nilsson genomfört ett flertal pedagogiska utvecklingsprojekt som, till exempel, valbara fördjupningskurser (SVK) och examinationsformer.

Gunnar Nilsson handleder flera pedagogiska projekt på avancerad nivå och på forskarutbildningsnivå. Han har även drivit ett omfattande förarbete inför Universitetskanslersämbetets utvärdering av programmet. Gunnar Nilsson har även visat mycket god förmåga att driva och delta i pedagogiskt utvecklingsarbete på programövergripande nivå vilket ofta gjorts med



internationellt perspektiv och med en interprofessionell inriktning. Gunnar Nilsson har ett flertal publikationer i medicinsk pedagogik och utsågs 2012 till ledamot i den nyligen etablerade Pedagogiska akademien."

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam

Facklig sekreterare
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
anna.drake@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-O
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.g.engstrom@telia.com

ST-rådet (vilande)
Kontakt: Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre (f.d. hemsjukvårdsrådet)
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Lars Jerden
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk
Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

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

Balintgrupper

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

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

IT i primärvården
Anne Björk
annebj@bredband.net

NäSTa – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Anna Nilsson
anna.an.nilsson@skane.se

Studierektorskollegiet SFAM-SR
Stefan Persson
stefan.persson@lblekinge.se

Fortbildningssamordnarnätverk
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Internationella kontaktpersoner

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

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

Equip
www.equip.ch
Eva Arvidsson
eva.arvidsson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

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

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

Meddela ändringar till redaktionen: chefredaktion@sfam.se

Lokalföreningar

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

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Göran Sohlgrén
goran.sohlgrén@lul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

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

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@lblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

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

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@vgregion.se

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@live.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

Ansvarig utgivare

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

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson
 erland.svenson@gmail.com

Petra Widerkrantz
 p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
 gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist
 katli@telia.com

Layout

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

Annonser

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

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
 www.akessonstryckeri.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2014

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
1	23/12	3/3	Mångkultur, psykiatri, neurologi, endokrinologi
2	30/3	2/6	Vid livets slut Geriatrisk, hjälpmedel
3	15/6	13/10	Etik, smärta, rörelseorganen
4	13/10	15/12	Allmänmedicinens historia Luftvägar, infektion

SFAMs kansli

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

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

Kurs- och konferenskansli
 Monica Brunnäs, monica.brunnas@sfam.se, Tel: 08-23 24 01

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

Publicering

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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


Kalendarium
2014**Januari**

Kurs i kompetensvärdering ("v3-kurs") 13-15.1 Stjärnholms slott, Oxelösund ulf@mawe.se

Allmänläkardagar, 29-31.1
 Göteborg
 www.kursdoktor.nu

Skolläkardagar, 30-31.1 Alingsås
 www.slf.se/skollakare

Februari

"Det medicinska samtalet"
 2-6.2 Skalstugan, Duved
 www.sfam.se, www.lipus.se

Mars

Allmänmedicin enligt delmål 3
 3-5.3 Strömbäcks folkhögskola,
 Umeå
 ulf@mawe.se

Maj

Allmänmedicinsk kongress,
 14-16.5 Västerås
 kongress.sfam.se

Juli

Wonca Europe, 2-5.7 Lissabon
 www.woncaeurope2014.org

2015**Juni**

Nordisk allmänmedicinsk kongress,
 16-18.6 Göteborg
 www.nordicgp2015.se

Oktober

Wonca Europe, 22-25.10 Istanbul

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
 Se www.sfam.se.
 Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
 Se www.allanpelch.dk

Kursdoktor

www.kursdoktor.nu
 Kursdoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/ för allmänläkare. Granskning genomförs vår och höst.



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

Läkare är Du livet ut!

När du fyllt 65 är du välkommen som medlem i SÄL – Sveriges Äldre Läkare – en delförening inom Sveriges läkarförbund.

SÄL är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för Dig som fortsätter att yrkes-arbeta och Dig som väljer att sluta jobba.



Besök oss på www.slf.se/sal