

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 1 2016 ÅRGÅNG 37



## Kroniskt sjuka

- 2 **Kontinuitet, personligt ansvar och mellanrum i vården**  
*Karin Träff Nordström*
  - 3 **Att fortbilda sig utanför boxen**  
*Ingrid Eckerman*
  - 3 **Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2016**
  - 4 **Fortbildningsenheten och nya sfam.se**
  - 5 **Idéseminarium: Hur stärker vi primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård?**
  - 6 **Varför fick SFAM en ny hemsida?**  
*Ingrid Eckerman*
  - 8 **ULF – Utveckling av Lokal Fortbildning med SFAM**  
*Maria Wolf och Eva Norell*
  - 9 **Med liv och lust i Karlstad 2017: Om den vetenskapliga kommittén och abstraktssystemet**  
*Anna Nager*
  - 9 **Specialistexamen 2017**
  - 11 **Lyft blicken mot Köpenhamn!**  
*Anna Nager*
  - 12 **Debatt: Avskedsbrev**  
*Maria Randjelovic*
  - 14 **Får de kroniskt sjuka en bättre vård i framtiden?**  
*Ingrid Eckerman*
  - 17 **Effektiv vård – ett kondensat av 793 sidor**  
*Karin Träff Nordström*
  - 18 **Till subjektivitetens försvar – Lärdomar från epidemiologin**  
*Göran Waller*
  - 20 **Medicinshistoria: Lasarettens förbjöds vårda "obotligt sjuke"**  
*Tony Gustafsson*
  - 23 **THX: Kontroversiell kalvbräsk utmanade medicinen**  
*Maria Björk*
  - 25 **Kan tekniken underlätta för kroniskt sjuka?**  
*Ingrid Eckerman*
  - 26 **Kvalitetssystemet för primärvård klart att användas**  
*Stina Gäre Arvidsson och Ulrika Elmroth*
  - 28 **Många utmaningar väntar Socialstyrelsens nya generaldirektör**  
*Gösta Eliasson*
  - 31 **Efter sex år – åter i Bhopal**  
*Ingrid Eckerman*
  - 34 **Vad kan läkare lära av en litteraturpristagare?**  
*Christer Petersson*
  - 36 **Vilka medel använder landsting och regioner för att rekrytera allmänläkare?**  
*Gösta Eliasson, Nils Rodhe, Jan Håkansson och Stefan Wallmark*
  - 39 **Sörmland satsar Primärvård!**  
*Thorne Wallman och Mats Henningson*
  - 42 **Fortbildningen för specialister i allmänmedicin minskar**  
*Mattias Rööst, Olof Cronberg, Sara Holmberg och Helene Ekström*
  - 45 **GP Update – när Oxford kom till Växjö**  
*Gösta Eliasson*
  - 47 **Lyckad 12:e kvalitetsdag**  
*Ingrid Eckerman och Lennart Holmquist*
  - 48 **Danska Läkardagar firar 25-årsjubileum**  
*Gösta Eliasson*
  - 49 **Allmänmedicinsk konferens i Sydtyrolen**  
*Markus Beland*
  - 52 **Riksstämman 2015**  
*Ingrid Eckerman*
  - 54 **AllmänMedicin gratulerar**
  - 55 **Recension: "Patientsamtalet" – en bok som manar till ständig eftertanke**  
*Tina Lund*
  - 56 **Recension: En efterlängtd bok om patientsamtalet**  
*Erlend Svensson*
  - 58 **Recension: Extrakt av (mat)nyttigt vetande i lättillgänglig form**  
*Gunilla Byström*
  - 59 **Recension: Hemsidesapp för baskunskaper om laboratorieprover**  
*Johanna Hellberg*
  - 60 **Recension: Medicinshistoria ur svenskt perspektiv**  
*Nils Hansson och Peter M. Nilsson*
  - 61 **Recension: Helheten nödvändig för återgång i arbete**  
*Johanna Hellberg*
  - 62 **Recension: Forskaren som snubblar på en kriminalgåta**  
*Christer Petersson*
  - 63 **SFAM informerar, kalendarium**  
*SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner*
- SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema 1 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning



## Omslagsbild AllmänMedicin nr 1

Sigvard Nilsson Knorre och Lena Friberg på väg till vårdcentralen.

Fotografen Boris Ersson följde arbetet på Örnässets vårdcentral under ett år. Ett 40-tal fotografier monterades på vårdcentralens väggar. Projektet kallas "Vården på väggen".



Boris Ersson, Fotograf  
[boris.ersson@gmail.com](mailto:boris.ersson@gmail.com)

# Kontinuitet, personligt ansvar och mellanrum i vården

**D**en senaste dryga veckan har min tid fyllts av Göran Stiernstedts utredning "En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården". Närmare 800 sidor som sammanfattas översiktligt på annan plats i tidningen. Dock inte så tungläst som man kan tro och jag rekommenderar er verkligen att läsa den ordentligt.

För en allmänläkare och SFAM-ordförande är det förstås en fröjd att läsa många av förslagen, såsom "Att primärvården har tillräcklig kapacitet är den enskilt viktigaste åtgärden", "Det behövs en nationell definition av primärvårdens uppdrag" och "Primärvården behöver förstärkas med personella resurser".

## Andra favoritcitater är

*"Det finns stöd för påståendet att det ur alla perspektiv lönar sig att fokusera på hur nyttan för patienten kan öka."*

*"Det är viktigt att termen universitetssjukvård används och inte universitetssjukhus. Ett framgångsrikt akademiskt sjukvårdssystem måste anpassa sig till vårdens förändringar innebärande bland annat att en större del av vården utförs utanför sjukhusen."*

*"Utredningen har många gånger stött på föreställningen att 'primärvården ska avlasta sjukhusen'. Utredningen menar att förhållningssättet bör vara tvärtom: sjukhusen ska avlasta primärvården."*

Vän av ordning säger att "Det här har vi hört förr" och "Vad är det som säger att det blir verklighet den här gången?" Jag vågar mig dock på att vara försiktigt optimistisk. Inte bara för att det ligger i min natur utan för att jag tror att vi faktiskt inte har något val. Sjukhusen får allt svårare att klara sitt akutuppdrag, inte minst för de mest sköra äldre, och primärvård och kommuner har inte tillräckliga resurser och kompetens för att sköta uppdraget inom hemsjukvården. I takt med att de äldre blir allt fler kommer problemen att förstärkas om inte en radikal förändring sker i hur vården styrs och organiseras samt hur vi arbetar tillsammans.

Kontinuitet måste vara en bärande princip. Om inte bemanningen räcker till att ge kontinuitet till alla våra patienter är det de multisjuka äldre och andra med komplexa vårdbehov som ska prioriteras. Andra patienter med lägre medicinska

behov har större möjligheter att göra sina röster hörda. I vår professionalitet ligger att, när en första bedömning är gjord, låta de medicinska behoven styra våra prioriteringar så långt det är möjligt. Det personliga ansvaret för dessa, de svårast sjuka patienterna, måste stärkas så att det sträcker sig som en brygga över vårdens organisatoriska mellanrum. Ersättningsystemen måste stödja en sådan prioritering och ett sådant arbetssätt.

I utredningen finns förslag som väcker en del frågor, till exempel remisskrav till akutmottagningarna, tillgänglighet till primärvården dygnet runt och förslaget att primärvården ska delas upp i en allmän och en riktad primärvård (riktad till de mest sjuka äldre) där samarbetet med kommunen är den bärande principen. Läser man ordentligt mjukas dock förslagen upp och ger möjlighet till olika anpassningar utifrån lokala betingelser och till en väl sammanhållen primärvård.

Med det starka primärvårdsfokus som Göran Stiernstedts utredning har öppnas många möjligheter för SFAM att få gehör för många av våra hjärtefrågor såsom förbättrad kontinuitet, krav på kontinuerlig fortbildning, ökad forskning inom primärvården samt ökad andel av de samlade resurserna, såväl i personer som i pengar. I det arbetet är det viktigt att lyfta det vi tycker är bra i utredningen och komma med konkreta förslag, såväl nationellt som lokalt, kring hur förslagen bäst implementeras.

En stark primärvård med hög kontinuitet, starkt teamarbete, personligt ansvar som en brygga över vårdens mellanrum är svaret på många av vårdens aktuella problem.

Vi allmänläkare bör ta ledningen i det arbetet och samarbeta med andra professioner och andra aktörer i hälso- och sjukvården.

Närmast bjuder vi in till dialog vid idéseminariet den 28 april. Se inbjudan på sid 5. Du som vill diskutera redan nu – registrera din profil på nya sfam.se och använd vårt nya Forum.

Karin Träff Nordström  
Ordförande  
ktn@sfam.se



## AllmänMedicin informerar

### Ska AllmänMedicin gratulera?

Uppmärksamma dina kollegor på hemsidan och i tidningen!

Skicka information samt foto i hög upplösning till: [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se).



# Att fortbilda sig utanför boxen

I december besökte jag – för vilken gång i ordningen? – den medicinska riksstämman. I år blir det ingen.

Riksstämman föddes 1943. Elva professorer i Lund och Malmö hade i en skrivelse till Svenska Läkaresällskapet framhållit att ”den medicinska vetenskapens uppdelning i ett stort antal discipliner väsentligen hade främjat forskning och läkar-skicklighet, men att den samtidigt lett till en isolering av de enskilda disciplinernas utövare” [1].

Jag minns första gången. Jag randade mig på SöS psyk. Överläkaren drog iväg med mig till ABF på Sveavägen i Stockholm. Jag förstod ingenting.

**”Utan riksstämman är möjligheterna att hämta kunskap utanför den allmänmedicinska boxen sämre.”**

Nästa gång var det den ännu inte färdigbyggda Älvsjömässan (numera Stockholmsmässan) som gällde. De stora mötena ägde rum i ett tält. Den iskalla luften drog in under tältkanten, över den frusna marken och upp över våra ryggar. Stämmans tidpunkt i månadsskiftet november – december gjorde att man alltid fick vara beredd på snöoväder. Undra på att man förknippar stämman med kyla. I Göteborg värmdes man upp utanför ingången av studenternas glögg. Bra initiativ!

I Älvsjö kunde alla sektionernas aktiviteter samlas under samma tak, och riksstämman växte. Man fick god motion av att gå från ena änden till andra. Läkemedelsindustrin var samlad bakom staket, dit hade bara läkare tillträde. På senare år fick folkhälsa och levnadsvanor en egen central avdelning.

Man kunde använda stämman på många sätt. Hämta reklamryklar hos läkemedelsföretagen, prata med de ideella föreningarna, besöka andra specialiteters föredrag, fika med gamla

kursare eller mest hålla sig till sin egen specialitets verksamheter. De gemensamma mötena var ofta av hög kvalitet.

Under många år var årsmötena för Läkare för Miljön stad-geenligt förlagda till riksstämman, med intressanta föredrag. Minnesvärda är också de stora utställningar av ”grön sjukvård” vi hade, där vi byggde upp en grön mottagning. Den väckte stort intresse bland sjuksköterskor och inköpare, dock inte anmärkningsvärt bland läkare.

Så småningom behövde sektionerna mer utrymme för sina egna aktiviteter än vad som rymdes inom riksstämman och antalet deltagare minskade. Nya lagar om läkemedel gjorde det mindre intressant för läkemedelsindustrin att vända sig direkt till läkare, och finansieringen blev sämre. Finanskrisen och dess efterdyningar medförde att färre fick sitt deltagande betalt av arbetsgivaren. Under några år växlade man mellan Göteborg och Stockholm. Sedan minskades stämman i omfång och flyttades till Stockholm city. Man satsade aktivt på ämnen som gick över specialitetsgränserna – som klippt och skuret för allmänläkare och andra allmänintresserade.

Utan riksstämman är möjligheterna att hämta kunskap utanför den allmänmedicinska boxen sämre. Det blir svårare att sätta sig in i andra specialiteters eller verksamheters tankevärld. Det blir också svårare att utbyta erfarenhet och skapa samarbete över gränserna. De elva professorernas påpekande är ännu mer giltigt idag.

*Men till nästa år igen  
Kommer hen vår gamla vän  
Ty det har hen lovat!*

**Ingrid Eckerman**  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se



## Referens

1. Medicinska riksstämman firar 70 år. Svenska Läkaresällskapet. <http://www.sls.se/Gamla-Riksstamman/Om-kongressen/Historia/> Hämtat 1.2.2016.

## SFAM informerar

### Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2016

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till idéseminariet 28-29 april.

**Plats:** Bergendal Meetings, Landsnoravägen 110, Sollentuna  
**Tid:** Fredagen den 29 april kl 13.30-15.30.

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

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

### Ur SFAM:s stadgar:

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

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast 28 februari 2016.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida ([www.sfam.se](http://www.sfam.se)) från den 29 mars.

## Styrelsen informerar

# Fortbildningsenheten och nya sfam.se

Vid årsskiftet avslutades formellt projektet ”Förbättrad vård för patienter med kroniska sjukdomar” som har drivits av Fortbildningsenheten och finansierats av regeringen ur den så kallade Kronikersatsningen. I samband med det utvecklas Fortbildningsenheten som den senaste tiden bara har haft två medarbetare.

Eva Norell övergår till att vara projektledare för Lärande och utveckling. Eva kommer att ansvara för att driva och utveckla Lärande och utvecklingsdelen av nya sfam.se, utreda och implementera en ny granskningsfunktion för fortbildning, det kommande ULF-projektet samt SFAM:s kommunikation inom dessa områden. Till sin hjälp kommer hon att ha en referensgrupp med representanter från föreningen och DLF. Alla namn är ännu inte klara.

Roland Koch, redaktör för Lärande och utveckling, har valt att sluta för att satsa helhjärtat på sitt jobb som ST-läkare i allmänmedicin. Roland har gjort ett fantastiskt jobb med sfam.se och vi önskar honom varmt lycka till!

Rolands arbetsuppgifter kommer att delas mellan Eva Norell och Maria Wolf, allmänläkare i Stockholm. Maria övertar rollen som redaktör för Lärande och utveckling och som moderator för Forum. Eva Norell fortsätter samarbetet med producenter av fortbildning som publiceras på sfam.se.

Johanna Johansson, webmaster för sfam.se, ansvarar för den dagliga driften, sköter support och utbildning för användarna och ansvarar för utveckling av föreningsdelen av nya sfam.se. Under våren startar Johanna bland annat ett projekt för effektivisering av medlemsregistret och administrationen av Mitt-i-ST.

## Strategi för SFAM:s hemsida och portal för fortbildning

SFAM:s ändamål är att på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin. SFAM ska stödja nationella, regionala och lokala nätverk för gemensamma och för allmänmedicinen övergripande områden.

SFAM:s hemsida ska bidra till att uppfylla föreningens ändamål. Den har tre övergripande mål:

### Nya sfam.se ska bidra till

- att SFAM får ökad relevans för allmänläkare och blivande allmänläkare, oavsett om de är medlemmar i föreningen,
- att föreningen får ökad legitimitet, samt
- att kännedomen om föreningen och dess verksamhet ökar.

### Lärande och utveckling

Portalen för lärande och utveckling ska uppmuntra till och underlätta allmänläkares fortbildning genom en mångfald av metoder i enlighet med SFAM:s pedagogiska policy.

Fortbildningsrådet och styrelsen har lagt fast kriterier avseende kvalitet och innehåll för material som publiceras inom lärande och utveckling. En referensgrupp driver kontinuerligt en strategisk diskussion om hur innehållet och inriktningen ska utvecklas för att vara relevant för allmänläkare.

### Föreningen

Hemsidan ska fungera både för SFAM:s roll som opinionsbildare och diskussionspart i allmänmedicinska frågor i samhället

och för SFAM:s verksamhet i lokalföreningar, råd, nätverk och andra grupper.

Innehållet på hemsidan ska vara relevant för allmänläkare oavsett bakgrund och ålder. Det ska spegla vad besökaren på sfam.se vill ha, inte enbart vad styrelse och råd vill att besökaren ska se. Där ska publiceras det som engagerar allmänläkaren i vardagen och som ger värde.

En välkomnande och inkluderande kommunikation är viktig för att hemsidan ska fungera som allmänläkarnas språkrör.

### Hemsidan ska:

- berätta om SFAM:s arbete, dess resultat och betydelse.
- bjuda in medlemmar att delta i aktiviteter och diskussioner såsom möten, kongresser, arbetsgrupper, diskussioner och föreningens beslutsprocesser, och bjuda in icke-medlemmar till att bli medlemmar.
- skriva om nyheter inom allmänmedicin.

Material som publiceras på sfam.se ska vara sådant att hemsidan är relevant och attraktiv för en bred grupp allmänläkare. Hemsidan ska hålla en god kvalitet språkligt och utseendemässigt. Hemsidans webmaster övervakar att riktlinjer följs.

*Dokumentet är fastställt av SFAM:s styrelse 2016-01-07.*

## Idéseminarium och fullmäktigemöte 28–29 april 2016

# Hur stärker vi primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård?

Styrelsen bjuder in till ett idéseminarium följt av fullmäktigemöte på Bergendals kursgård utanför Stockholm ([www.bergendal.se](http://www.bergendal.se)) 28–29 april 2016.

### Torsdag 28 april

Dagen börjar med att Göran Stiernstedt presenterar sin utredning om effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården – SOU 2016-2. I utredningen föreslås en kraftig förstärkning av primärvården som den viktigaste åtgärden för att klara framtidens behov.

Vi tittar närmare på utbildningsportalen och få höra resultaten av utvärderingen av SFAM:s CPD-modell. På eftermiddagen blir det workshops om aktuella ämnen. Dagen avslutas med gemensam middag.

Två platser reserveras för varje råd och lokalförening. Nya och gamla medlemmar är varmt välkomna att anmäla sig till övriga platser!

Obs! Sista anmälningsdagen 29 mars! Anmälningsformulär finns på [www.sfam.se](http://www.sfam.se).

### Fredag den 29 april

På förmiddagen finns möjlighet att ha interna föreningsmöten på Bergendal. Anmäl till Heléne Swärd på kansliet på [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se) så att lokal bokas.

Anmälan krävs för den som vill delta i lunchen.

13.30 – 15.30 Fullmäktigemöte.

Alla medlemmar är välkomna! Fullmäktigeledamöter anmäls till [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se). Se kallelse på sid 3.

*Varmt välkomna!*

**Karin Träff Nordström**  
Ordförande, Svensk förening för allmänmedicin



# Varför fick SFAM en ny hemsida?

## Intervju med Åsa Niper, SFAM:s vice ordförande

I december 2015 lanserades SFAM:s nya hemsida. Åsa Niper har varit styrelsens kontaktperson i arbetet.



Åsa Niper

**Det är knappt två år sedan den förra hemsidan lanserades. Vad har föranlett detta snabba byte?**

Vi har gjort två byten på relativt kort tid. Förra hemsidan skapades då den föregående hade levt ut sin tekniska livslängd. Den var inte uppdaterad och blev allt svårare att arbeta med. I det förra bytet hade vi begränsade resurser, och gjorde en stor del av arbetet själva.

Kort efter att vi lanserat den sidan fick vi möjlighet

att ansöka om medel till ett projekt inom regeringens kronikersatsning, vilket vi glädjande nog beviljades. I projektet ingick att skapa en webbportal för lärande och utveckling, med långsiktigt syfte att bland annat förbättra vården av personer med kronisk sjukdom genom att ha väl utbildade allmänläkare. Vi hade då möjlighet att bygga en mer kompetent hemsida med hjälp av beteendevetare, programmerare och grafiker.

**Vad har du hittills (januari 2016) fått för reaktioner?**

Jag har dels fått reaktioner genom de kanaler vi haft i projektet, dels genom spontana och personliga kommentarer från kollegor. De flesta har varit positiva till initiativet och tanken med hemsidan och med flera av de funktioner som nu finns.

Som i de flesta liknande projekt har vi haft en del teknikstrul som vi jobbar med att lösa. Vi har fått kloka synpunkter kring hur utbildningsportalens planerings- och uppföljningsdel kan utvecklas för att bli mer nyanserad. Fortbildning mäts inte bäst genom tid, utan sitt resultat hos den som genomfört den, och vi har diskuterat hur detta kan synliggöras mer på sidan.

En utvärdering via pilotanvändarna kommer att göras i mars och presenteras på Idéseminariet den 28 april 2016.

**Uppbyggnaden av hemsidan finansierades av projektanslaget från regeringens kronikersatsning. Hur ser finansieringen ut framöver?**

SFAM kommer att söka medel för att fortsätta projektet. Vi vill stärka lokal fortbildning mer och utveckla uppföljningen av fortbildningen. Tills vidare fortsätter arbetet, i något minskad omfattning, finansierat av föreningens egna medel.

**Vad ser du för ytterligare utveckling av hemsidan framöver?**

Möjligheterna är många. Utmaningen kommer att vara att prio-

ritera rätt utifrån de resurser vi har och får. Vi behöver se till att innehållet håller hög kvalitet och uppdateras samt att tekniken håller och stöttar.

Vi vill få mer bidrag från allmänläkare ute i landet vad gäller goda exempel på fortbildning, kvalitetsutveckling och forskning och hoppas få igång en aktiv och livlig diskussion på Forum. Vi vill också kunna erbjuda lokalföreningar, råd och nätverk plattformar och mer stöd i sitt arbete.

**När förra hemsidan togs fram var tanken att öka AllmänMedicins närvaro på nätet. På nuvarande sfam.se har andra verksamheter prioriterats. Hur ser du på framtiden för AllmänMedicin på nätet?**

AllmänMedicin är en av våra största bidragare till innehåll på sidan. Tidskriften har i stigande grad publicerat artiklar enbart på webben, vilket gör att mer material kan spridas och att tiderna till publicering blir kortare. AllmänMedicin önskar och skulle behöva en mer modern plattform som tidskrift på hemsidan.

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se



**Annons**



# ULF

## – Utveckling av Lokal Fortbildning med SFAM

Under de senaste ett och ett halvt åren har SFAM genomfört projektet "Förbättrad vård för patienter med kroniska sjukdomar" med stöd från regeringens satsning för förbättrad vård för personer med kroniska sjukdomar. Projektets syfte var att utveckla möjligheterna till fortbildning för allmänläkare genom en utbildningsportal samt att utveckla en modell för uppföljning av fortbildning med så kallade CPD-poäng (Continuing Professional Development).

Nya sfam.se är i drift sedan december 2015. Där finns utbildningsportalen och ett system för allmänläkaren att planera, registrera och följa upp sin fortbildning med hjälp av CPD-poäng.

CPD-poängssystemet är just nu i ett första pilottest. Alla användare får en enkät i slutet av mars för att utvärdera nyttan och möjligheterna med poängsystemet samt den tekniska lösningen. Resultatet redovisas vid idéseminariet den 28 april.

I nästa steg vill SFAM driva ett projekt för att utveckla lokal fortbildning där sfam.se kan vara ett viktigt verktyg.

– Fortbildningsportalen på sfam.se har egentligen inget värde i sig själv om man ska spetsa till det, säger Karin Träff Nordström, ordförande i SFAM. Det är ju när studiebreven, e-utbildningarna och det andra innehållet används i lokal fortbildning som syftet med portalen uppnås.

Hör av dig om ni på din vårdcentral vill pilottesta en ny SWAMP och pröva på att jobba i FQ-grupp! Kanske är du intresserad av att ingå i projektgruppen för ULF-projektet?

Kontakta Eva Norell [eva.norell@sfam.se](mailto:eva.norell@sfam.se), tel. 0708-52 39 56.

Det nya projektet kallas ULF, utveckling av lokal fortbildning, och ska vara stöd för lokalföreningar, utbildningssamordnare och råd i deras arbete.

– Vi är fortfarande i planeringsstadiet, säger Karin Träff Nordström. Vi kommer att söka medel från regeringens Kroniker-satsning och hoppas på att få dem beviljade. Då kan vi göra en ambitiös satsning. I annat fall får vi arbeta med befintliga personer och resurser.

Eva Norell är projektledare för ULF och ska tillsammans med Maria Wolf leda en projektgrupp som ska forma och verkställa projektet. Vi söker utbildningsintresserade allmänläkare som vill ha stöd och inspiration i det lokala arbetet och som kan delta i projektgruppen.

### Tänkbara aktiviteter inom ULF

- Samarrangemang med lokalföreningar där bra exempel på lokal fortbildning presenteras. Mötena ska leda till konkreta och användbara idéer för lokala utbildningsaktiviteter.
- Representanter från SFAM besöker några pilotvårdcentraler och demonstrerar hur man kan jobba i FQ-grupp med SWAMP:arna (SFAM:s webbutbildning med patientfall)
- Kontinuerlig information och goda exempel ska återfinnas via sfam.se liksom material och underlag för lokala utbildningsaktiviteter.



**Maria Wolf**  
Redaktör Lärande och utveckling  
SFAM:s utbildningsråd  
Stockholms läns landsting  
[maria.wolf@sll.se](mailto:maria.wolf@sll.se)



**Eva Norell**,  
Projektledare Lärande  
och utveckling  
SFAM  
[eva.norell@sfam.se](mailto:eva.norell@sfam.se)

## Vem vinner medlemstävlingen 2016?

Vilken förening kan skicka någon till kongressen i Karlstad 2017?



# Med liv och lust i Karlstad 2017

## Om den vetenskapliga kommittén och abstraktsystemet

**Inför SFAM:s kongress i Karlstad 26-28 april 2017 har organisationen inför SFAM:s kongresser setts över. Jag vill här kort berätta om processen och de förändringar som beslutats.**

SFAM är allmänmedicinens vetenskapliga förening och forskning är ett av våra kärnområden. Vi vill därför förtydliga och förstärka den vetenskapliga delen i våra allmänmedicinska kongresser. Vi vill sprida kännedom om den forskning som görs, stärka forskarnätverk och öka intresset för allmänmedicinsk forskning och kvalitetsutveckling bland kollegor.

I juni 2015 beslutade SFAM:s styrelse att en vetenskaplig kommitté ska upprättas inför SFAM:s kongresser. Den vetenskapliga kommittén består av representanter från den lokala kongresskommittén, SFAM:s styrelse och hela forskningsrådet.

I forskningsrådet finns representanter från de lärosäten i Sverige som har en allmänmedicinsk enhet (Stockholm, Göteborg, Lund, Uppsala, Örebro, Linköping och Umeå). Därmed har forskningsrådet kontakter med forskare och lärare inom allmänmedicin över hela landet. Dessa kontakter används redan nu för att stimulera allmänläkare på lärosätena att anmäla abstrakt till riksstämman, vilket är en av forskningsrådets uppgifter.

Av egen erfarenhet, från deltagande i lokala kongresskommittén när Stockholm anordnade vetenskaplig kongress 2013, vet jag hur svårt det kan vara att få forskarkollegor att presentera sina arbeten på SFAM:s kongress. Därför är vi mycket glada för denna nya struktur med en vetenskaplig kommitté som ansvarar för det vetenskapliga programmet.

Den vetenskapliga kommittén inför kongressen i Karlstad 2017 träffades för första gången i december 2015. Vi beslutade då att:

- Forskningsrådet via sitt nätverk ska föreslå vetenskapliga inslag till kongressen och personer som kan presentera dessa, på samma sätt som redan görs till riksstämman.
- Forskningsrådet ansvarar för att kalla en (av cirka tre) key-note speaker.
- Föreläsningar, symposier och workshops ska anmälas i abstraktsystemet.

Vi tror att tiden är mogen för att använda abstraktsystemet vid

### Med liv och lust!

#### SFAM:s kongress i Karlstad 27-28 april 2017

Abstraktssystemet är öppet 18 april-25 september 2016. Pris för bästa workshop eller symposium och för bästa poster delas ut.

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

SFAM:s kongresser. Det har fördelar med att alla har samma möjlighet att anmäla inslag till kongressen, utan att behöva känna rätt personer i SFAM. Det är också lättare att få en överblick över hur många inslag man ska planera för.

Systemet gäller oavsett vilken typ av inslag man vill bidra med. Såväl "renodlade" vetenskapliga presentationer som presentationer av kvalitets- och utvecklingsarbeten eller reflektioner kring ett intressant ämne välkomnas.

Vi vill att alla ska känna sig bekväma att anmäla ett inslag, och kommer att sträva efter att ge tydliga beskrivningar om olika typer av presentationsformat. Exempelvis kan man anmäla en föreläsning om det är ett ämne som man själv är insatt i och vill föreläsa om. Om man istället vill samla några föreläsare kring ett ämne är det ett symposium. Själv tycker jag om workshopformatet, där alla deltagare som kommer till workshopen samarbetar/diskuterar kring ett gemensamt ämne. Även posters kommer att ingå.

**Abstraktsystemet för kongressen i Karlstad kommer att vara öppen mellan 18 april och 25 september 2016.** Sprid detta till alla som kan vara intresserade och välkomna att anmäla abstrakt!

#### Anna Nager

Vetenskaplig sekreterare, SFAM  
Ledamot av SFAM:s forskningsråd  
Universitetslektor  
Sektionen för allmänmedicin,  
Karolinska institutet  
Sophiahemmetts husläkarmottagning  
[anna.nager@sfam.se](mailto:anna.nager@sfam.se)



## Specialistexamen 2017

Specialistexamen i allmänmedicin anordnas årligen av SFAM:s kompetensvärderingsråd. Examen är öppen för den som är i slutet av sin ST eller den som är färdig specialist i allmänmedicin. De fyra momenten genomförs under hösten 2016 och våren 2017. Vi tar emot anmälningar från slutet av våren, och sista anmälningdag är 31 augusti. Utförlig information finns på hemsidan [www.sfam.se](http://www.sfam.se).

Examensavslutningen kommer att äga rum i samband med SFAM:s kongress i Karlstad 26-28 april 2017.

Frågor kan ställas till kansliet [examen@sfam.se](mailto:examen@sfam.se) eller till Ulf Måwe [ulf@mawe.se](mailto:ulf@mawe.se).



# WONCA EUROPE CONFERENCE COPENHAGEN - DENMARK

15 - 18 JUNE 2016

Welcome to Copenhagen and enjoy the Nordic summer light



## SCIENTIFIC PROGRAMME

Family Doctors with heads and hearts

- The ageing Europe
- Making healthcare affordable
- The future consultation
- Diagnosing - a vital task for family medicine
- Inequality in health and specific patient groups



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



**FAMILY DOCTORS**  
with heads and hearts

[WONCAEUROPE2016.COM](http://WONCAEUROPE2016.COM)



# Lyft blicken mot Köpenhamn!

**D**en äldre kvinnan som äntligen fått ordning på sitt bensår lämnar mottagningsrummet. Nästa patient är en pojke med knäsmärta. Nästa, en ledsen medmänniska som livet farit illa med. Nästa, en kvinna med anemi, nästa, nästa, nästa, nästa...

Att träffa patienter tycker nog de flesta av oss är spännande och stimulerande. För att det ska fortsätta att vara så dag ut och dag in behöver man ibland lyfta blicken och få nytt syre i lungorna. Ett sådant syrerikt andetag kan vara att åka på WONCA-kongress!

Den 15–18 juni arrangerar WONCA Europe sin årliga kongress i Köpenhamn. De nordiska ländernas allmänmedicinska föreningar arrangerar kongressen tillsammans, alltså även SFAM.

WONCA står för “World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians” och är en organisation för de akademiska och vetenskapliga föreningarna för allmänläkare i världens olika länder. Den europeiska grenen, WONCA Europe, har 47 medlemsföreningar och representerar mer än 75 000 allmänläkare.

WONCA vill stimulera nätverk bland allmänläkare med intresse för professionell utveckling, forskning, utbildning och kvalitetsutveckling. Syftet är att förbättra livskvaliteten för människor genom att



Sanne Bernard från Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) marknadsför kongressen på Lædage, Köpenhamn i november 2015. Foto: Gösta Eliasson

främja och upprätthålla en hög standard på primärvården.

I WONCA Europe finns, liksom i SFAM, olika nätverk och intressegrupper. Det finns till exempel nätverk för forskning (EGPRN), undervisning (EURACT), kvalitetsutveckling (EURIPA) och utbildningsläkare (The Vasco Da Gama Movement). Vid WONCA Europe kongressen i Istanbul oktober 2015 efterfrågade man svenska ST-läkare i The Vasco Da Gama Movement. De organiserar bland annat auskultation på

allmänläkarmottagning i ett annat europeiskt land för ST-läkare. Jag gjorde själv ett sådant utbyte som ST-läkare under ett par veckor i Tyskland för tio år sedan. Det var roligt och mycket givande.

För dig som har specialintresse inom vissa sjukdomar finns i WONCA Europe nätverk för kardiovaskulära sjukdomar, diabetes, respiratoriska sjukdomar och gastroenterologi. Det finns alltså goda möjligheter att lära känna europeiska kollegor med samma intresse som du har.

Om du behöver nya impulser och synvinklar, och kanske inte bara svenska sådana, är det dags att lyfta blicken mot Köpenhamn. Du får med dig intressanta forskningsrön, nya insikter om primärvårdens förutsättningar, tips på hur man kan lära studenter och nya kontakter och vänner bland europeiska kollegor.

*Vi ses i Köpenhamn i juni!*



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





# Avskedsbrev

Jag avgår härmed från Fortbildningsrådet, där jag varit medlem i drygt ett och ett halvt år. Jag gick med i Fortbildningsrådet vid Svensk Allmänmedicinsk kongress 2014 efter att ha varit på ett möte om recertifiering. Mötet var rörigt och rätt förvirrat, men också engagerande och högt i tak. Just för att det inte var ett dugg tillrättalagt kom alla möjliga synpunkter fram. Jag, som inte ens tror på recertifiering som kompetenssäkringsmetod i Sverige, ville ändå vara med och bidra i föreningens arbete på området, och vips var jag föreslagen som ny medlem i Fortbildningsrådet.

Jag avgår nu för att jag inte längre har förtroende för det sätt varpå SFAM:s styrelse leder vår förening. Jag motsätter mig den inställning till föreningsdemokrati som visats genom hanteringen av ett antal frågor av större principiell betydelse där man ersatt riktiga diskussioner med pseudoförankring på olika sätt. Här följer några exempel.

Mitt första exempel är SFAM:s policydokument om ersättningssystem i primärvården. Bara två veckor innan årsmötet 2014 valde man att direkt annonsera sina ståndpunkter i SFAM:s namn för hela Sjukvårdssverige, istället för att först inhämta medlemmarnas synpunkter under kongressen. Den diskussion som faktiskt arrangerades i efterhand blev då bara för syns skull. Detta självvårdiga agerande var än mer anmärkningsvärt mot bakgrund av att innehållet i policyn inte harmonierade med de slutsatser SFAM Q dragit på området.

Det andra exemplet är utvecklingen av fortbildningsdelen av nya sfam.se. En så stor och strategisk satsning borde ha föregåtts av ett eller flera möten med företrädare för lokalföreningarna, Fortbildningsrådet, Kompetensvärderingsrådet och Utbildningsrådet, som ju alla har kopplingar till sakfrågan. Fortbildningsrådet har vid flera tillfällen blivit ombett att tycka till, men bara om detaljer i en helhet som vi inte alls har haft möjlighet att påverka. Man valde istället att genomföra ett slags fokusgruppsintervjuer på några orter, vilket i och för sig kunde ha varit bra om det skett innan de stora inriktningsbesluten redan var fattade. I inbjudan till intervjuerna stod dock att *"Betoningen kommer att vara på hur vi värderar och följer upp den personliga läroplanen. Vilka moment som skall ingå och hur dessa skall värderas."*

Då hade man alltså redan bestämt sig för att det vi svenska allmänläkare främst behöver för vår fortbildning är ytterligare ett administrativt system att mata in data i. Att det systemet dessutom kom att bli ett där vi först ska bestämma oss för om vi vill gå en kurs eller delta i e-lärande, istället för att utgå från vilka ämnesområden vi behöver förkovra oss inom, är ett fatigdomsbevis när det kommer till pedagogisk kvalitet.

Ett tredje exempel på att medlemmarnas uppfattningar och synpunkter snarare uppfattas som en black om foten än som en rikedom och styrka, är det sätt varpå styrelsen agerade i samband med remissvaret till Svenska Läkaresällskapet (SLS) rörande "En värdefull vård". Där valde man att först skicka ett negativt svar till SLS skrivet med en anmärkningsvärt respektlös och tidvis raljerande ton, där slutsatsen var att man borde lägga ner arbetet. Därefter skickade man ut detta remissvar till lokalföreningarna där man gav möjlighet att lämna synpunkter utan att tala om att man redan svarat för vår förenings räkning. Vad är det för slags process?! Det enda rimliga hade istället varit att först skicka ut själva rapporten till lokalföreningarna och be om synpunkter som man sedan kunde ha haft som grund för remissvaret från SFAM.

Att sitta med i ett råd, vars synpunkter inte beaktas av den styrelse som ger det dess legitimitet, är för mig inte möjligt. Det handlar inte om sårad fåfänga, för jag är ju efter min korta tid i rådet bara en lättviktare i sammanhanget. Trots att det är illa är det största problemet inte skammen i det nonchalanta sätt varpå man hanterat föreningens idé- och opinionsbärare, utan det att det föreningen åstadkommer faktiskt blir sämre när man inte tar tillvara dessa eldsjälares engagemang, kunskap och erfarenhet.



**Maria Randjelovic**  
Lambohovs vårdcentral, Linköping  
Övergripande ST-studierektor i Region  
Östergötland  
[maria@randjelovic.se](mailto:maria@randjelovic.se)

## SFAM informerar

### Läkare stödjer läkare – ett kollegialt nätverk

Läkare som hamnat i en svår situation kan hitta en utomstående samtalspartner hos de kollegiala rådgivarna. Rådgivarna är utsedda av de lokala läkarföreningarna och finns över hela landet. Man kan kontakta vilken rådgivare man vill. Man garanteras sekretess och kan även vara anonym.

Mer information hos Läkarförbundet [www.slff.se/Lon--arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk](http://www.slff.se/Lon--arbetsliv/Arbetsliv/Kollegialt-natverk)





# Styrelsens svar

**V**i beklagar Maria Randjelovics val att lämna fortbildningsrådet. Det är en förlust för föreningen.

Maria ger i sitt brev sin bild av styrelsens arbete och den brist på föreningsdemokrati som hon uppfattar föreligga.

Styrelsens mål med vårt arbete är att utifrån SFAM:s mål och aktuell verksamhetsplan driva och utveckla allmänmedicinen. Vi har utifrån tidigare synpunkter arbetat för en ökad transparens och delaktighet. Mötesprotokoll läggs ut så snart som möjligt. Vi har bjudit in råd och nätverk till referensgrupper och möten. I frånvaro av nationell kongress i år arrangerar vi ett idéseminarium. Samtliga frågor som kommit till oss har vi besvarat. Vi har deltagit vid så många rads- och lokalföreningsmöten som vårt ideella engagemang har medgett.

Maria tar upp tre exempel där hon anser att styrelsen brister. Vi vill kort kommentera dessa:

– Styrelsen fick i uppdrag av fullmäktige 2013 att ta fram ett policydokument för ersättningssystem som främjar god kvalitet i vården. Frågor ställdes till lokalföreningar och råd. En sammanställning av svaren gjordes inför en workshop med radsrepresentanter i januari 2014. En första version av policy-

dokumentet presenterades vid kongressen i Västerås. Ytterligare revidering gjordes därefter inför extern lansering, bland annat i Almedalen.

– Projektet med fortbildning på nya sfam.se är statligt finansierat och drivs utifrån underlag och projektplan framtagna av bland andra fortbildningsrådets ordförande. Berörda råd och nätverk har vid upprepade tillfällen under projektet bjudits in och flera enskilda medlemmar har deltagit i arbetet. Rådslag om recertifiering hölls i september 2014 där vi enades om att ett första steg är att ta fram ett system för uppföljning av fortbildning inom ramen för projektet. Ett rådslag med fortsatt dialog kring bland annat fortbildningsprojektet hölls i april 2015.

– Remissförfarandet kring En Värdefull Vård har vi kommenterat i AllmänMedicin 4/2015.

Vi välkomnar synpunkter och förslag från såväl råd och nätverk som lokalföreningar och enskilda medlemmar kring hur vi tillsammans kan föra SFAM:s arbete vidare. Vi ser fram emot en konstruktiv dialog, nu närmast på idéseminariet och fullmäktige 28–29 april.

SFAM:s styrelse

# Annons

# Får de kroniskt sjuka en bättre vård i framtiden?

Efter århundraden av negligering börjar nu de kroniskt sjukas behov att uppmärksammas. Att primärvården har kompetens och uppfinningsrikedom när det gäller sjukvård för kroniker är uppenbart. Det finns många goda exempel på arbetsformer som är väl värda att spridas. Primärvården behöver finnas i system som ger utrymme för och uppmuntar utveckling, innovation och samverkan över gränser.

År 2014 presenterade regeringen en nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar [1]. Strategins vision är ”Med fokus på kroniska sjukdomar – bästa möjliga hälsa och en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård”. Tre förbättringsområden lyftes fram som särskilt viktiga: patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet.

I den nationella strategin konstateras att

- det inte finns någon vedertagen definition av kronisk sjukdom;
- när fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser för den enskilde och för samhället;
- kroniska sjukdomar anses kunna både förebyggas och behandlas;
- kroniskt sjuka personer behöver kontinuerlig och koordinerad vård och samverkan mellan olika välfärdssektorer. Sammanhållna journalsystem är centrala;

- sjukdomsförebyggande arbete handlar om arbete med levnadsvanor i hälso- och sjukvården, men också om preventiva insatser riktade till olika grupper i samhället;
- vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, och det behövs metoder för att sprida och tillämpa kunskap. Kvalitetsregistren behöver stärkas.

Här kan konstateras att SFAM:s mångåriga arbete som lett fram dels till PrimärvårdsKvalitet (se sid 26), dels till den nya fortbildningsportalen på hemsidan (som finansierats från regeringens kronikersatsning), faller under ”främja lärande och förbättring inom hälso- och sjukvården”.

---

**”Aktiva utvecklingsbenägna allmänläkare har redan provat olika arbetsätt för t.ex. multisyka eller andra kroniskt sjuka. Tyvärr har sådana initiativ inte sällan begravts av olika politiska beslut.”**

---

## Läget 2015

I december 2015 utkom Socialstyrelsens lägesrapport ”Utvecklingen av vården för kroniskt sjuka” [2].

De kroniskt sjuka har historiskt sett aldrig omhändertagits i sin egen rätt (se även sid 20). Idag svarar de kroniskt sjuka för ungefär 50 procent av de totala vårdkostnaderna. Kombinationer av kroniska sjukdomar är så vanliga att de kan betraktas som folksjukdomar.

En stark primärvård anses vara en förutsättning för att utveckla en hållbar vård för kroniskt sjuka och sedan 1968 finns en uttalad statlig ambition att öka primärvårdens andel av de samlade resurserna. Trots detta läggs en ökande del av resurserna på specialistvården och sjukhusen, vilket leder till en försvagad och fragmenterad primärvård.

Av landstingens/regionernas handlingsprogram 2015 för patientcentrerad vård framgår att man nu insett att primärvården är central.



St Görans sjukhus

Foto: Wikipedia



”I Stockholm ska man veta när man ska dö innan man får en plats på ett ålderdomshem.” Insändare av Joakim Bergman i DN 22.1.2016.



St Lars Vårdcentral.

Foto: Wikipedia

### Effektiv vård för kroniskt sjuka

Den senaste, mycket uppmärksammade, rapporten är "Effektiv vård" av läkaren och byråkraten Göran Stiernstedt [3] (se även sid 17). I denna poängteras primärvårdens viktiga roll i ett fungerande sjukvårdssystem. Här finns flera intressanta tankar som delvis återfinns i SLS projekt "En Värdefull Vård" [4] (se även AllmänMedicin 4-2015).

Vården ska utgå från patientens behov och önskemål, inte från organisation. Den ska ges nära befolkningen, och primärvården ska ge allt mer avancerad vård. Sluten vård ska kunna ges i hemmet. Patientens behov av kontinuitet betonas gång på gång.

Kontroversiellt är förslaget att skilja "allmän" primärvård från "riktad" primärvård. Den senare ska rikta sig mot multisjuka äldre och integrera omsorg, rehabilitering och sjukvård, oavsett finansiär. Som individ ska man kunna lista sig hos ett team som kan tillgodose alla ens behov. Läkaren ska kunna vara anställd av kommunen.

Vården ska i större grad få bestämma sitt eget arbetssätt, utan detaljstyrning från finansiären. ST-läkare inom vissa specialiteter ska göra randningstjänstgöring i primärvården.

Primärvården ska vara första instans för patienten dygnet runt. Det ska fordras hänvisning eller medicinsk bedömning för att bli mottagen på akutmottagningen.

Gränserna mellan primärvård och sjukhusvård ska luckras upp, och samarbetet mellan de två instanserna förbättras. Resurser ska omfördelas från sjukhusen till primärvården.

### Vad har vi redan gjort?

Aktiva utvecklingsbenägna allmänläkare har redan provat olika arbetssätt för t.ex. multisjuka eller andra kroniskt sjuka. Tyvärr har sådana initiativ inte sällan begravts av olika politiska beslut.

Den allmänmedicinska professionen har alltid hävdats att *kontinuitet* är viktig. Ideologin bakom husläkarreformen 1994 var att varje allmänläkare skulle ha en liten del av befolkningen i närområdet, helst hela familjer, listad hos sig. Organisering i vårdlag minskade antalet aktörer som den enskilda patienten mötte. Tidsbeställningssystem ökade möjligheten för patienten att möta sin doktor både akut och vid återbesök.

Olika former av *samarbete med kommunerna* utvecklades under 70- och 80-talen, ofta med stöd från SPRI (Statens planerings- och rationaliseringsinstitut). Det kunde gälla sjuka äldre, folkhälsoarbete eller rehabilitering.

På många håll i landet har *jourverksamhet* drivits och bemannats av primärvården. Ett exempel från Stockholm är en jourmottagning där privat och landstingsägd primärvård gemensamt ansvarade för en jourmottagning i ett geografiskt upptagningsområde. En underläkare kunde vara framjour medan bakjouren var specialist och stod för hembesök och andra uttryckningar. Gott samarbete vårdcentralerna emellan borgade för en indirekt kontinuitet och en hög kvalitet.

---

**"Primärvården måste först byggas upp innan den kan ta över fler patienter från slutenvården. Det krävs helt enkelt nya pengar."**

---

I Stockholms läns landsting har i årtionden bedrivits *kunskapsutveckling* inom diabetesvården. En läkare och en sjuksköterska på varje vårdcentral har haft ett speciellt ansvar för kvalitetsuppföljning och kunskapsförmedling. Motsvarande organisationer finns eller har funnits för astma och KOL, strokepatienter och levnadsvanearbete. Gemensamt är att det finns en instans för vidareutbildning och stöd i respektive ämne. Utvärderingar har visat att detta är framgångsrika arbetsätt.

På många håll har man utvecklat *hemsjukvården*. ASIH, avancerad vård i hemmet (oftast palliativ vård), är organisationer inom primärvård eller geriatrik för sjukhusvård som ges i hemmet. Under jourtid går ordinarie jourlinje in. På vissa vårdcentraler har en "hembesöksdoktor" avsatt tid varje vecka. It-teknologi börjar användas för *distanssjukvård*.

I flera landsting finns "*allmänläkarkonsulter*" som ansvarar för samarbete mellan sjukhus och primärvård beträffande "vem som gör vad". I Stockholm har det lett till det nätbaserade beslutsstödet *viss.nu*.

### Stötestenar

I samband med Ädelreformen 1992 förbjöds kommuner att anställa läkare. En medicinskt ansvarig läkare för dem som vårdas i kommunens verksamheter borde vara en självklarhet. Läkarförbundet har nu beslutat att verka för en lagändring [5].

Besparingarna under den ekonomiska krisen på 90-talet följt av privatisering med många olika aktörer och nya ersättnings-system har på flera sätt påverkat primärvården negativt. Stopp för ST-tjänster medförde brist på allmänläkare. Många sam-



### Tre personkretsar kan få stöd enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS):

1. Personer som har utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd;
2. Personer med stora begåvningsmässiga funktionsnedsättningar som inte går över efter en hjärnskada i vuxen ålder;
3. Personer med andra fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som inte beror på normalt åldrande och som finns kvar under lång tid.

arbetsmodeller med kommunerna lades på is. Primärvården fragmentiserades och teamarbete försvårades.

Tankarna bakom new public management (NPM) har försvårat samarbetet mellan sjukhus och primärvård. Många ersättningsmodeller belönar produktion av besök och tillgänglighet, inte utveckling, och det blir svårt att ta initiativ ”från golvet”. Upphandlingar kan bromsa kontinuitet.

Något som saknas i Stiernstedts rapport är de tre personkretsar som omfattas av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (ruta ovan). Framför allt de utvecklingsstörda kan, långt innan de nått pensionsåldern, ha medicinska behov som är lika stora som de multisjuka äldres [6]. LSS personkretsar borde omfattas av samma regelverk som de äldre.

### Mer pengar till primärvården

Stiernstedt anser att resurser måste föras över från sjukhusen till primärvården. Samtidigt pläderar han för att slutenvårdsplatserna ska planeras för cirka 85 % beläggning, vilket innebär fler vårdplatser. Tidigare profetior om att prevention, utbyggd primärvård och tithålskirurgi skulle minska behovet av slutenvård har slagit slint.



Stiernstedt G.  
*Effektiv vård.*

Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. 793 s. Stockholm: Statens offentliga utredningar SOU 2016:2.

Även om sjukhusarbetet organiseras smidigare och mer effektivt är det inte troligt att sjukhusen inom rimlig tid kan avvara resurser som räcker till den utbyggnad av primärvården som Stiernstedt förespråkar. Primärvården måste först byggas upp innan den kan ta över fler patienter från slutenvården. Det krävs helt enkelt nya pengar.

Om läkare och annan personal sedan ges reella möjligheter att utveckla sin verksamhet kan det bli riktigt bra. Primärvården kan då åter ses som en attraktiv arbetsplats.



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
Stockholm  
chefredaktor@sfam.se

*Jäv saknas.*

### Referenser

1. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. 16 s. Stockholm: Socialdepartementet S2014.005.
2. Utvecklingen av vården för kroniskt sjuka. Lägesrapport 2015. 72 s. Stockholm: Socialstyrelsen 2015 12-7.
3. Stiernstedt G. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. 793 s. Stockholm: Statens offentliga utredningar SOU 2016:2.
4. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En värdefull vård. Remiss 150626.
5. Låt kommunerna anställa läkare! Läkartidningen. 2015;112:DIRX.
6. Nylander L, Björkman M, Sandström G. ”Omsorgsmedicin” – vuxna patienter med utvecklingsstörning. AllmänMedicin 2015;1:43-45.

### AllmänMedicin informerar

## En dag på jobbet...

Hur såg din dag ut  
– var det en vanlig dag,  
eller en ovanlig?



Berätta, skicka bilder!  
chefredaktor@sfam.se.

# Effektiv vård – ett kondensat av 793 sidor

## Effektivitetsproblem

- Styrningen är mångfaldig och splittrad.
- Strukturen för sjukhus, primärvård otillräckligt utbyggd.
- Ingen person tar ansvar för hela värdförloppet.
- Vården är organiserad kring akuta sjukdomar.
- Bristande kontinuitet.
- Vårdplatser och överbeläggningar.
- Patienten är ett objekt som "sätts i centrum".
- Läkarfördelning ej styrd utifrån behov.
- För få undersköterskor och vårdnära administratörer.
- Brister i informationssystem.
- Avsaknad av kunskapsstöd.
- Omfattande dubbeldokumentation.
- Detaljstyrning.
- Otillräckligt fokus på hälsofrämjande åtgärder.

## Kontinuitet

"Kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt." Ger:

- Minskad inläsningstid.
- Minskad överrapporteringsstid.
- Behov av mindre tid per besök/kontakt.
- Minskad dubbeldokumentation.
- Minskad onödig utredning.
- Ökad patientsäkerhet.
- Ökad kvalitet för patienter med stora och/eller komplexa behov.

## Förslag

### Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

- Befolkningens första kontakt med vården.
- Lätt tillgänglig under dygnets alla timmar.
- Förebyggande, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov.
- Akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus.
- Remittera till annan vård vid behov, koordinera, integrera.
- Se till patientens samlade förutsättningar och behov.
- Utrymme för lokala variationer utifrån lokala förutsättningar.

### Remisskrav till akutsjukhus

- Kan vara muntlig hänvisning från vårdcentral eller 1177.
- Någon form av dygnstrutverksamhet i primärvården.
- Kräver att resurser i form av personal överflyttas från sjukhusvård till primärvård.

### Allmän primärvård

- Dagens primärvård med förstärkt akutuppdrag, digitala lösningar m.m., minus äldre multisjuka.

### Riktad primärvård – förstärkt uppdrag, inte splittrad organisation

- Äldre med omfattande behov, växande grupp.
- Samverkan kommunal hemsjukvård.
- Hög kontinuitet.
- Viktigt synliggöra vilka resurser landstingen avsätter för denna målgrupp.
- Bygger på vård i hemmet.
- Specialister i allmänmedicin, internmedicin och geriatrik.
- Kommunen ska kunna överta ansvaret för läkarinsatser i vissa fall om kommun och landsting är överens om det.
- Krav på att landsting och kommun ska planera och utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov.

## Förändring av bestämmelser om valfrihet

- Nuvarande lagstiftning om vårdval i primärvården ska omfatta den allmänna primärvården men inte den riktade primärvården.
- Den riktade primärvården ska utföras gemensamt med kommunernas socialtjänst. Kommun och landsting får, om de är överens, införa vårdval som avser tjänsten sammanhållen vård och socialtjänst.

## Genomförandet av en förstärkning av primärvården

- Utbyggnad av primärvården behöver påbörjas i nutid och kan inte avvakta att antalet allmänläkare ska motsvara behovet.
- Primärvården behöver, åtminstone de närmaste åren, förstärkas med andra specialister än allmänläkare.
- En utflyttning av "produktionen" från sjukhusen till primärvården kan mildra effekterna av effektivitetsproblemen sett till hela systemet

## Fler specialister i allmänmedicin

- Dubbelspecialisering
- Styr ST-fördelningen mot fler specialister i allmänmedicin.
- Styr med lönen, särskilt i glesbygd. Jämför Norge!

## Minskad detaljstyrning

- Huvudmännen bör rensa i styrning genom strategier, handlingsplaner, policydokument etc.

## Nationella insatser – alla landsting gemensamt

- Investeringar i informationssystem
- Nationella kvalitetsregister (kansliet)
- Nationell virtuell vårdcentral (jfr 1177)
- Luftburen sjuktransport
- Nationellt hälsobibliotek
- Nationell konsultationsordning för sjukvården. Fasta möten på politisk toppnivå med regeringen och samtliga landsting/regioner.

## Fler förslag

- Vårdgarantin ska vara professionsneutral och kortas från sju till tre dagar till medicinsk bedömning.
- Kraven på intyg från hälso- och sjukvården ska vara professionsneutrala.
- Läkemedelshanteringen i vården bör vara likartad oavsett om den utförs av sjuksköterska eller undersköterska.
- Regeringen behöver klargöra förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården.
- Avskaffa signeringskravet.
- Planera akutvårdsavdelningar för genomsnittlig beläggingsgrad på 85–90 %.
- Stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen om kompetensförsörjning och effektiv kompetensanvändning.
- Sjuksköterskeutbildningen bör anpassas till behoven i verksamheterna.
- ST-läkare inom vissa organspecialiteter bör tjänstgöra i primärvården.
- Nationella kompetenskrav för undersköterskor och medicinska sekreterare.
- Forsknings- och utvecklingsfrågor bör föras ihop till en paragraf i HSL.
- Använd "universitetssjukvård" i stället för universitetssjukhus – forskning och utbildning sker även utanför sjukhus.
- Försök bör göras med akademisk hemsjukvård.

**Karin Träff Nordström**  
Ordförande, SFAM  
Region Skåne  
ktn@sfam.se

# Till subjektivitetens försvar

## Lärdomar från epidemiologin

En omfattande forskning finns om subjektiv hälsa. Epidemiologer har i decennier undersökt självskattad hälsa genom att t.ex. fråga ”Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med personer i Din egen ålder? Bättre? Sämre? Lika?” Forskningen om självskattad hälsa har stor relevans för allmänmedicinen där det första som möter läkaren är patientens egen upplevelse. Självskattad hälsa sammanfattar patientens situation och är prognostisk.

Förmodligen delar många distriktsläkare erfarenhet av att diagnos och sjukdomar inte tillräckligt förklarar hur patienten mår eller fungerar. Patienter med svår reumatism kan uppleva sin hälsa som god medan andra, som vi inte kunnat ställa diagnos på, fungerar dåligt och uppfattar sin hälsa som usel.

Några sätt att lösa paradoxen är att arbeta med symtomdiagnoser; med syndromdiagnoser (där olika symtom ”går tillsammans”); se tillstånden som somatiseringssyndrom; se patienterna som problematiska ”mångbesökare” eller på andra sätt spinna teorier kring deras hälsoupplevelse.

Jag har fascinerats av vad som sker i patient-läkarmötet där patientens världsbild och upplevelse möter läkarens världsbild och de glasögon genom vilka han/hon bearbetar patientens symtom, undersökningar med mera (bild 1). Vad händer om vi utgår från patientens egen subjektiva hälsoskattning?

Efter 35 år i läkaryrket, huvudsakligen på vårdcentral och alla åren på samma ort, upplever jag att betoning på symtom och diagnos inte alltid varit till gagn för mina patienter. Intresset för en ny ingång till patienternas situation och symtom fick mig att fördjupa mig i ett avhandlingsarbete kring självskattad hälsa [1].

### Är det farligt att uppleva hälsan som sämre/dålig?

Epidemiologer började på 1950 talet använda en fråga om själv-

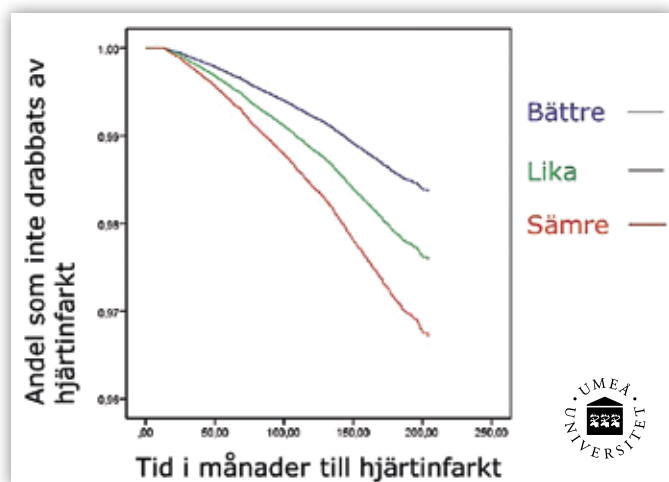


Diagram 1: Sämre självskattad hälsa dubblar risken för hjärtinfarkt jämfört med bättre självskattad hälsa. Kurvorna justerade för kön och ålder.



Bild 1: Två världsbilder möts i läkarpatientmötet. Patientens subjektiva hälsoupfattning är en guldgruva av information och möjligheter.

Foto: Göran Waller

skattad hälsa. ”Hur upplever Du ditt allmänna hälsotillstånd? Mycket bra/bra/hyggligt/ganska dåligt/dåligt?” Frågan användes först i enkäter som en hälsningsfras och som en övergång till mer välformulerade och riktade hälsofrågor.

Inte förrän 1982 undersökte epidemiologer frågans relation till död [2]. De fann att frågan kunde användas för att skatta risken för dödlighet. Detta fynd födde en forskningsvåg inom epidemiologin. 1997 gjordes en bred sammanställning av forskningsfynd kring självskattad hälsa och mortalitet [3]. Fynden visade att självskattad hälsa hade en klar koppling till mortalitetsrisk, inte bara som en sammanfattning av sjukdomar, riskfaktorer och psykosocial omständigheter utan också som självständig riskfaktor för död.

**”Patientens egen hälsoskattning, den subjektiva hälsan, är mycket rik på information. Den bör ses som en tillgång i läkarens arbete med patienter.”**

En jämförelse har gjorts mellan självskattad hälsa som indikator för död och andra medicinska faktorer. Dålig självskattad hälsa gav en dödlighet mätt som dödstal per 1000 personår högre än för låg fysisk förmåga, låg inkomst, låg utbildning, rökning, högt blodtryck, diabetes, förhöjt kreatinin, signifikant EKG-rubbning eller låg FEV vid spirometri [4].

Sedan Idler och Benyaminis översiktsartikel om självskattad hälsa och död har studier som följt stora grupper av människor

över tid visat relation mellan självskattad hälsa och risk för hjärt-kärlsjukdom, risk för att utveckla diabetes, risk för att dö i diabetesjukdom, funktionsförmåga efter depressionssjukdom, risk för lungcancer, risk för inflammatoriska ledsjukdomar och lungsjukdom [5-8]. Allmän funktionsnedsättning är också relaterat till tidigare självskattningar av hälsan [9].

Jag har själv gjort en studie där jag följt 72 530 västerbottningar i genomsnitt 13,2 år. Risken för förstagsångs hjärtinfarkt eller död i hjärtinfarkt utan tidigare känd hjärtinfarkt var högst i den grupp som angav dålig hälsa och lägst i gruppen med mycket god subjektiv hälsa [10]. Justeringar gjordes för skillnader i ålder, rökning, systoliskt blodtryck, BMI, kolesterolnivå och förekomst av diabetes mellan grupperna. Även då kvarstod en självständig riskökning för låg självskattad hälsa trots att övriga faktorer vägdes in i riskbedömningen. Samma förhållanden gällde om patienterna fick jämföra sin egen hälsa med jämnårigas (diagram 1) [1]. Riskökningen mellan att ha dålig hälsa jämförd med mycket god hälsa var ca 50–60 %.

**"Det skulle kunna vara så att den grupp patienter som vi har svårast att diagnosticera och förstå är har störst risk att utveckla en mängd olika sjukdomar."**

### Hur kan subjektiv hälsa spela så stor roll?

Frågor om självskattad hälsa är allmänt hållna och dåligt definierade. De borde inte innehålla så mycket värdefull information. Ändå är det kanske deras allmänna karaktär som gör att en stor mängd information kan sammanfattas i självskattningen [11]. Hjärtinfarkt eller död är emellertid i slutändan ett biologiskt skeende.

En framträdande teori om sambandet mellan hälsoskattningen och risk för sjukdom och funktionsförmåga är att människor förmår uppfatta signaler från den egna kroppen som inte låter sig förklaras i sjukdomstermer och som undandrar sig mätning med vanliga metoder [12]. Samband är visat mellan självskattad hälsa i tonåren och allostatisk belastning i ung vuxen ålder [13].

Allostatisk belastning är ett sammanfattande mått på belastning i kroppens jämviktssystem. Det finns också belagt samband mellan självskattad hälsa och cytokiner, d.v.s. ämnen som deltar i signalering mellan celler [14]. Påverkan på kroppens fysiologiska system är givetvis beroende på vilka skadliga faktorer och vilka skyddande faktorer som finns i individens liv men också hur dessa faktorer uppfattas och bearbetas av enskilda. Där kan psykosociala faktorer vara både skyddande och skadliga.

### Vad göra med subjektiva hälsan?

Patientens egen hälsoskattning, den subjektiva hälsan, är mycket rik på information. Den bör ses som en tillgång i läkarens arbete med patienter. Hos en del patienter skulle den subjektiva hälsouppfattningen kunna stå i förgrunden i konsultationen. I stället för att fokusera på symtom och sjukdomar bör kanske ansträngningarna bestå i att vägleda patienten till att uppnå så god hälsa som möjligt. Detta gäller i synnerhet patienter med långdragna medicinskt oförklarade symtom eller med svåra konsekvenser av tillstånd som inte borde påverka funktionsförmågan i så stor utsträckning.

Det skulle kunna vara så att den grupp patienter som vi har svårast att diagnosticera och förstå är har störst risk att utveckla en mängd olika sjukdomar. De kan utgöra den grupp som får de svåraste följderna av sjukdomar när de väl inträffar. Insikten om detta borde förändra vår inställning till "det subjektiva". Att hantera informationen om självskattad hälsa underlättas av insikter i epidemiologi och av träning i att använda självskattningar av hälsan.

Jag och mina forskarkollegor har låtit åtta allmänläkare ställa frågan om åldersjämförd självskattad hälsa. I en kommande artikel ska jag berätta om undersökningen. Det kanske kan ge idéer om hur självskattad hälsa skulle kunna användas i kliniskt arbete.



**Göran Waller**

Grytnäs Hälsocentral  
Institutionen för folkhälsa och klinisk  
medicin, Umeå universitet  
waller.seg@telia.com

*Jäv saknas.*

### Referenser

1. Waller G. Self rated health: from epidemiology to patient encounter. Dissertation. Umeå University; 20151001. 73 + 4 papers. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:856933/FULLTEXT01.pdf>
2. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982;72(8):800–8.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21–37.
4. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF, m.fl. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA.* 25 1998;279(8):585–92.
5. van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT, m.fl. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PloS One.* 2013;8(6):e65290.
6. Wennberg P, Rolandsson O, van der A DL, Spijkerman AMW, Kaaks R, Boeing H, m.fl. Self-rated health and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-InterAct study: a

Waller G. Self rated health: from epidemiology to patient encounter. Avhandling, Umeå Universitet 2015. 73 s.  
ISBN 978-91-7601-337-3.

- ▶▶ case-cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(3).
7. Ambresin G, Chondros P, Dowrick C, Herrman H, Gunn JM. Self-rated health and long-term prognosis of depression. *Ann Fam Med*. 2014;12(1):57–65.
  8. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(1):107–16.
  9. Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albaredo J. Predictive value of life events, psychosocial fa... [Soc Sci Med. 1988] - PubMed - NCBI [Internet]. [citerad 16 maj 2012]. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3238454>
  10. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006589.
  11. Undén AL, Elofsson S. Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgement? *Fam Pract*. 2001;18(2):174–80.
  12. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 1982. 2009;69(3):307–16.
  13. Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Breidablik HJ. Is self-rated health a stable and predictive factor for allostatic load in early adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study (HUNT). *Soc Sci Med* 1982. 2014;117:1–9.
  14. Christian LM, Glaser R, Porter K, Malarkey WB, Beversdorf D, Kiecolt-Glaser JK. Poorer self-rated health is associated with elevated inflammatory markers among older adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36(10):1495–504.

Artikeln är en sammanfattning av historiken i Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar: Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-7>

## Medicinhistoria:

# Lasaretten förbjöds vårda "obotligt sjuke"

**Genom hela den svenska medicinhistorien går en röd tråd: de kroniskt sjuka tycks alltid hamna på undantag. De har omväxlande fått tas om hand på fattigstugor, ålderdomshem och akutkliniker, men deras vårdbehov har aldrig uppmärksamats i sin egen rätt.**

Betraktat utifrån ett längre historiskt perspektiv har vården av människor med kroniska sjukdomar i Sverige inte bara varit bristfällig utan närmast obefintlig. Anledningen står att finna i den vårdideologi som uppkom under 1700-talet. Denna hade sin grund i ett ekonomiskt tänkande som framhöll behovet av en riklig tillgång på billig arbetskraft [1]. Befolkningen kom för första gången att bli till en ekonomiskt central faktor. Satsningar gjordes på befolknings- och sjukvårdspolitikens område. Ambitionen var att bekämpa epidemiska sjukdomar, minska dödligheten och höja befolkningstalen. Därigenom kom också den nya vårdideologin att betona att sjukvården skulle vara produktiv, kurativ och inriktad på de patienter som kunde förväntas återfå sin förvärvsförmåga.

### Hänvisning till fattigstugor

Konsekvensen av detta historiska val kan inte underskattas eftersom ideologin kom att ta konkret gestalt i den vårdstruktur som grundlades under samma tid. I slutet av 1700-talet öppnade de första sekulära och offentligt finansierade sjukvårdsinstitutionerna i Sverige. Framförallt Serafimerlasaretet kom att bli mönsterbildande för det lasarettsväsende som skulle bli ryggraden i den svenska slutenvården. Från första stund var lasaretten inriktade på att enbart behandla akuta sjukdomsfall; de var uttryckligen förbjöda att ta emot "obotligt sjuke" [2]. Istället ålades de kommunala fattigstugorna att ta hand om dem som led av "ålderdomsskröplighet, långvariga krämpor

eller någon slags ofärdighet". I och med detta grundlades det som benämndes "den svenska akutsjukvårdsmodellen", byggd på principen om "sortering efter reparerbarhet". De kroniskt sjuka hade uteslutits ur den vårdstruktur som kom att dominera svensk sjukvård under närmare två århundraden. Därmed kom också denna grupp att hamna vid sidan av expansionen av slutenvården under 1800-talet, vilket ytterligare innebar en marginalisering av de kroniskt sjuka.

**"I och med detta grundlades det som har benämns 'den svenska akutsjukvårdsmodellen', byggd på principen om 'sortering efter reparerbarhet.'"**

### Statsbidrag till sjukhem

I slutet av seklet återfinns de första tecknen på att situationen för denna grupp började uppmärksammas. Genom privata donationer skapades de första sjukvårdsinstitutionerna för fattiga kroniskt sjuka. Omfattningen var blygsam och år 1900 uppgick antalet vårdplatser till 400. Vändpunkten kom istället 1915, då en statlig utredning uppmärksammade bristen på vård för denna grupp. I utredningen framhölls den eländiga situation som de fattiga kroniskt sjuka ofta befann sig i. De var intagna vid fattigstugor men kom inte i åtnjutande av medicinsk vård vid lasaretten. Utredningen föreslog att särskilda sjukhem skulle inrättas. Vid 1927 års riksdag gick förslaget igenom. Från och med nu skulle statsbidrag utgå till landsting och kommuner



"Det rådte bättre ordning i städernas fattighus än i landsbygdens fattigtugor, men i gengäld var hjonens frihet starkt beskuren."  
Julius Ejdestam: De fattigas Sverige. Från Katarina fattighus i Stockholm år 1881. Nordiska museet.

som valde att upprätta sådana hem. Detta var också första gången som de kroniskt sjuka blev föremål för en vårdpolitisk satsning. På grund av politisk instabilitet, lågkonjunktur och världskrig kom de planerna inte att realiseras omedelbart.

### Ingick i åldringsvården

I slutet av 40-talet återupptogs reformarbetet och därigenom kom de kroniskt sjuka till slut att hamna i fokus. Initiativet kom från ett oväntat håll, från åldringsvården. Den politiska ambitionen var vid denna tid att skapa en modern, institutionaliserad åldringsvård i kommunal regi. Förutsättningarna för detta framhölls vara att de kroniskt sjuka åldringarna först bereddes plats inom den reguljära sjukvården [3]. Detta fick två konsekvenser. En planmässig utbyggnad av "kronikersjukhemmen" påbörjades [4]. Samtidigt slopades 1951 det gamla förbudet att inta kroniskt sjuka vid lasaretten [5].

### Långtidssjukvård

Vid 60-talets ingång hade vården av kroniskt sjuka visserligen förbättrats avsevärt och getts betydligt högre prioritet än tidigare. Men samtidigt kom de kroniskt sjuka i första hand att associeras med två grupper. Den största och viktigaste var åldringarna. Det är talande att från denna tid och framåt beräknades vårdbehovet för de kroniskt sjuka utifrån uppskattningen att 5,5 % av Sveriges åldringar var i behov av "långtidssjukvård", vilket var den nya beteckningen på kronikersjukvården [6]. Detta påverkade också den medicinska specialiseringen. Under denna tid uppstod inte någon vetenskaplig specialisering kring kroniska sjukdomar generellt. Kunskapen om dessa sjukdomar kom istället att bli till vetenskapen om åldrandets sjukdomar – geriatriken.

### Akutsjukvård

Den andra gruppen bestod av kroniskt sjuka i arbetsför ålder vars förvärvsförmåga antingen skulle återställas genom medicinsk rehabilitering eller, om detta inte var möjligt, skulle erbjudas förtidspension. Men vad hände då med dem som var i arbetsför ålder, men där sjukdomen inte begränsade deras förvärvsförmåga? Det korta svaret är att denna grupp exkluderades från de sjukvårdspolitiska diskussionerna. Snarare förutsattes att deras vårdbehov skulle kunna tillfredsställas inom ramen för akutsjukvårdssystemet. Denna grupp kan därigenom beskrivas som sjukvårdens "blinda fläck" och har varit ända in i vår egen tid.

---

**"Under lång tid utslöts gruppen från kvalificerad vård på ideologiska grunder."**

---

1960- och 70-talen kom också att representera den sista stora vårdpolitiska satsningen på de kroniskt sjuka – utbyggnaden av långtidssjukvården. Ambitionen var att skapa 2000 nya vårdplatser per år [7]. Resultatet blev att Sverige vid 80-talets ingång kunde uppvisa "världens mest utbyggda – och mest institutionsinriktade – sociala och medicinska åldringsvård", som till stor del sammanföll med gruppen kroniskt sjuka.

Sjukvårdskris och fokus på öppen vård

Expansionen av slutenvården kom att ske parallellt med utvecklingen på två områden. Den ena var den betoning på

Tony Gustavsson är 44 år, fil. dr och forskare vid institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala Universitet. Han disputerade 2007 med ett arbete om den svenska rättsmedicinens etablering. Forskningsintresset ligger inom det medicinhistoriska området, bland annat de vetenskapliga etableringsprocesserna mellan 1750-1850. Han har studerat utformningen av provinsialläkarrapporterna under senare delen av 1800-talet och är nu aktuell som författare till historikdelen i en ny rapport från Socialstyrelsen.

öppenvårdens potential som kom till uttryck från slutet av 60-talet [8]. Eller som en läkare i samtiden uttryckte det: "Vi måste avliva den utbredda föreställningen att en kroniskt sjuk människa till varje pris måste vårdas på sjukhus". Den andra var 70- och 80-talets sjukvårdskris. Denna var visserligen mångfacetterad, men de kroniskt sjuka åldringarna utgjorde en inte oväsentlig del av krisen. Utskrivningsklara äldre patienter vid akutsjukhusen kunde inte skrivas ut eftersom platser för efterbehandling och rehabilitering saknades. Uppskattningsvis 15 % av alla vårdplatser inom akutsjukvården upptogs vid denna tid av patienter som väntade på eftervård [9]. Långtidssjukvårdens kris hade därmed blivit ett problem för akutsjukvården.

### Ädelreformen

I skärningspunkten mellan de nya öppenvårdsidealerna och sjukvårdskrisens tvingande omständigheter formulerades också mer eller mindre radikala förslag om nedläggningar av den dyra institutionsvården. Förutsättningarna för detta var den satsning på öppenvården som gjorts sedan 70-talet och det hemsjukvårdssystem som hade vuxit fram som ett komplement till den institutionsbundna vården av kroniskt sjuka. Resultatet blev Ädelreformen som trädde i kraft 1992 [10]. Reformen bestod i att kommunerna fick överta vårdansvaret – efterbehandling, omvårdnad och rehabilitering – för patienter äldre än 65 år, medan landstingen även fortsättningsvis hade ansvar för mer kvalificerad medicinsk vård. Detta innebar ett definitivt brott med det som hade utgjort traditionen i vården av kroniskt sjuka under 1900-talet – betoningen på landstingsdriven slutenvård.

### Sammanfattning

Utifrån detta perspektiv kan sägas att de kroniskt sjuka endast under en relativt kort tidsperiod har varit en del av det svenska sjukvårdsväsendet. Under lång tid uteslöts gruppen från kvalificerad vård på ideologiska grunder. Deras vårdbehov har sällan uppmärksammats i egen rätt. Vårdens utformning har istället bestämts utifrån fattigvårdens behov, äldre vårdens önskan att överflytta sitt klientel från ett område till ett annat och av det problem som en åldrande befolkning innebar. Till och med de genomgripande förändringar som genomfördes under 90-talet bestämdes av en allmän kris inom den offentliga vården. Kanske kommer de framtida sjukvårdspolitiska diskussionerna att ta en annan riktning och ställa behoven hos gruppen kroniskt sjuka i centrum för sina överväganden?



**Tony Gustafsson**  
Filosofie doktor

Institutionen för idé- och lärdomshistoria,  
Uppsala universitet  
[tony.gustavsson@idehist.uu.se](mailto:tony.gustavsson@idehist.uu.se)

*Jäv saknas.*

### Referenser

- 1 Rolf Å. Gustafsson, *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv* (1987), s. 160–171. Se även Karin Johannisson, *Det mätbara samhället: Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa* (1987), s. 102.
- 2 Wolfram Kock, "Lasaretten och den slutna kroppssjukvården", i *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (1963), s. 190.
- 3 Utredning och förslag angående ålderdomshem (SOU 1946:52), s. 53.
- 4 Bättre äldreomsorg (SOU 1964:5), s. 13.
- 5 Lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus (SFS 1951:155).
- 6 *Långtidsvårdens läge*, Socialstyrelsens redovisar 36. (Stockholm, 1974), s. 9.
- 7 Bättre äldreomsorg (SOU 1964:5), s. 19.
- 8 Ambitionerna för den framtida öppenvården formulerades tydligast i *Ett principprogram om öppen vård*. Socialstyrelsen redovisar 3 (1968).
- 9 Ingvar Karlberg, *Från Vasa till vårdval: Om ansvar och styrning i svensk hälso- och sjukvård* (2011), s. 118.
- 10 Karlberg, s. 118-125.

### AllmänMedicin informerar

#### Omslagsbild sökes!

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

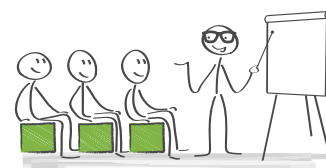
Skicka till:  
[chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se).



### AllmänMedicin informerar

#### Använd AllmänMedicin i undervisningen

Requirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida "för kursgivare".



# THX: Kontroversiell kalvbrässa utmanade medicinen

**Patienter med kroniska och obotliga sjukdomar utgör ett problem för medicinen: deras existens visar att medicinen är ofullständig. Modern medicin kan göra mycket, men inte allt. När den så kallade "THX-doktorn" Elis Sandberg år 1952 annonserade att han funnit ett botemedel mot cancer blev det inledningen på en historia där patienter med kroniska och obotliga sjukdomar fanns i centrum.**

Kalvbrässa-preparatet THX presenterades som ett tänkbart botemedel mot cancer, men snart började patienter med allehanda sjukdomar söka sig till Sandberg och hans mottagning i småländska Aneby. Den gemensamma nämnaren för patienterna var att de fått konventionell medicinsk behandling, men med ingen eller liten effekt. Diagnoserna varierade, men cancer, diabetes, återkommande infektioner, olika typer av smärttillstånd och det som i dag skulle kallas lättare psykiska diagnoser tillhörde de vanligast förekommande vid Sandbergs mottagning [1]. Trots att diagnoserna varierade var behandlingen densamma: THX, ett extrakt som tillverkades av färskas thymuskörtlar från kalv. Extraktet injicerades en gång om dagen under behandlingsperioder som varade några veckor.

Sandberg hävdade att THX sannolikt innehöll (då delvis okända) hormoner och möjligen andra ämnen som påverkade immunförsvaret positivt. Hans teori var att THX hjälpte kroppen att själv bekämpa eller läka ut sjukdomstillstånd – en sorts nyckel till det som med dåtidens vardagliga terminologi ofta kallades "motståndskraft". Huruvida THX kan ha varit verksamt eller inte överläter undertecknad med varm hand åt medicinskt utbildade läsare att avgöra. Ur medicinshistorikerns perspektiv är den intressanta frågan en annan: vad var det patienterna fann hos Sandberg i Aneby som de upplevde sig sakna i den konventionella vården?

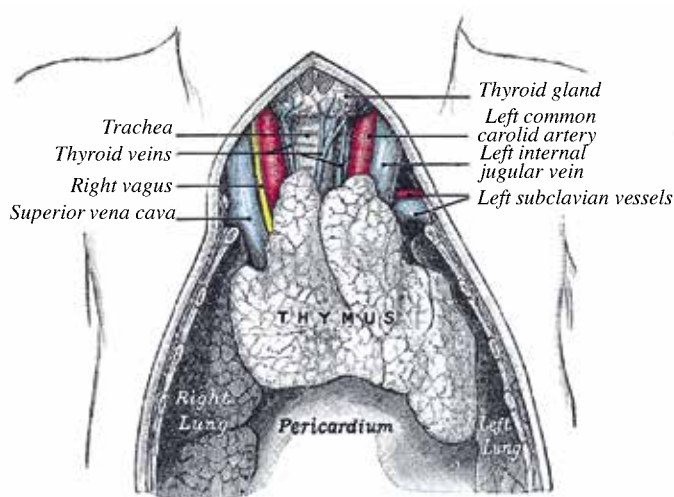


Bild 1. Thymus (brässa) och närliggande strukturer. Gray's Anatomy of the Human Body, 20:e upplagan. Ursprungligen publicerad 1918.

THX utvärderades upprepade gånger av medicinsk expertis. Inte vid något tillfälle fann dessa utvärderingar några entydiga indikationer på att THX var verksamt mot cancer eller mot någon av de andra diagnoser som testades. Däremot uppgav patienterna att de upplevde sig förbättrade efter THX-behandling: piggare, gladare, med förbättrad ork och arbetslust [2]. De många brev som finns bevarade i Elis Sandbergs eget arkiv vittnar också – naturligtvis – om hopp: att åka till Aneby för att få THX-behandling var att göra något, att ingripa och hantera en hopplös situation. Brevet berättar också om hur många av dessa patienter upplevt den konventionella vården. Återkommande är beskrivningarna av en opersonlig och byråkratiserad vårdapparat, av terapier som ur patienternas perspektiv gav fler och värre nya symtom än de åtgärdade de befintliga. Medicinen och vården infriade med andra ord inte patienternas förväntningar och förhoppningar.

---

**"För patienten var röntgenfynd och resultat från prover andrahandsuppgifter, levererade av företrädare för en medicin som lovat guld och gröna skogar men inte infriat löftena."**

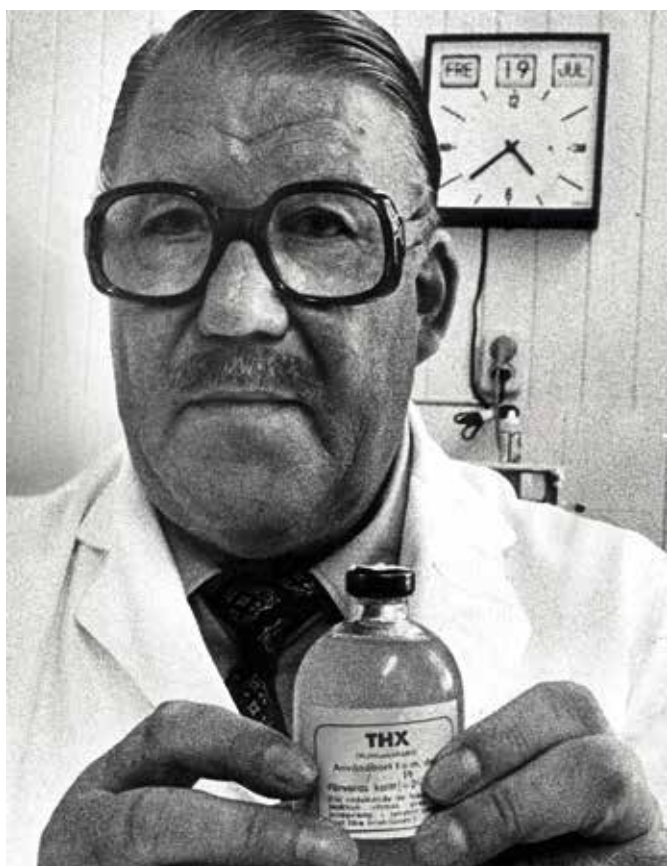
---

Att medicinen inte kan uträtta mirakel vet alla, även om tilltron till vetenskap i allmänhet och medicin i synnerhet var enorm under 1950- och 60-talen. Före neurosedynskandalen i början av 1960-talet omfattades också läkare och myndigheter av vad som i dag skulle betraktas som en naiv och bitvis nästintill farligt positiv inställning till läkemedel och radikala terapier. Det budskap som basunerades ut via media var att medicinen snart löst alla sjukdomars gåta. Åren mellan 1940 och 1970 kallas inte för inte för The Golden Age of Medicine – medicinens guldålder [3]. Mot den bakgrunden är det förstället att de patienter som fick beskedet "det finns inget mer vi kan göra" upplevde besvikelse och bestörtning.

Här finns dock också något annat. I en uppmärksam avhandling av sjuksköterskan Tove Godskesen från 2015 visas hur en del av de patienter som deltar i Fas 1-studier har orealistiska förväntningar på vad deltagandet kan innebära [4]. Trots att patienterna fått detaljerad information om studiens syfte när de ändå förhoppningar om att bli botade. Mellan medicinens realistiska möjligheter och patienternas djupt mänskliga gripande efter varje halmstrå finns en djup klyfta.

Ur ett sådant perspektiv går det att närma sig en förståelse för Elis Sandbergs och THX framgångssaga. En sådan var det nämligen, på ett vis. Uppgifterna om antal behandlade patienter





Elis Sandberg.

Foto: Leif Engberg / TT

varierar, men år 1979 hade sju miljoner THX-injektioner getts och 100 000 personer stod på väntelistan [2]. Sandberg blev ett återkommande inslag i media. De upprepade åtal Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen initierade tycktes bara elda på den konflikt som uppstod mellan patienterna å ena sidan och representanter för medicin, vård och myndigheter å den andra. Patienter besvikna på den konventionella vården hamnade på kollisionkurs med samhället.

I konflikten kring Sandberg och THX synliggörs också hur läkare och patienter hade radikalt olika uppfattningar om vad som var gynnsam behandling. Många av Sandbergs kroniskt sjuka patienter beskriver hur ”tabletter” och ”strålning” brutit ner dem fysiskt. Läkemedel och andra konventionella terapier vid exempelvis cancer uppfattades av patienterna som ”gift”. THX beskrev de däremot som ”naturligt”, och hänvisade ofta till Sandbergs teori kring kroppens egen motståndskraft. Vissa patienter vägrade helt enkelt att tro på röntgenundersökningar som visade att tumörer kvarstod eller växte, då de tyckte sig må så bra att cancer ur deras perspektiv måste ha försvunnit. Återigen – hopp. Men också något mer.

Elis Sandberg 1910–1989. Veterinär. Disputerade på en avhandling om thymus hos nötkreatur 1949. Öppnade en klinik för behandling med kalvbrässpreparat (THX) i Aneby 1964. Verksamheten lades ner 2000.

En krock mellan det subjektivt upplevda och det objektivt mätbara, och diametralt olika perspektiv. För patienten var röntgenfynd och resultat från prover andrahandsuppgifter, levererade av företrädare för en medicin som lovat guld och gröna skogar men inte infriat löftena. Ur patientperspektivet är det lätt att förstå hur tilltron till den egna upplevelsen, och till Sandberg, var större än den till konventionell medicin. På Sandbergs mottagning i Aneby rådde enligt besökare en speciell stämning. Till det yttre liknade mottagningen vilken läkarmottagning som helst, med ett väntrum, en mottagnings-sköterska och en febril aktivitet från morgon till kväll. Men där fanns också Elis Sandberg: enligt uppgift respektingivande men samtidigt varm och välkomnande, dessutom väl inläst på den vetenskapliga litteraturen kring thymuskörtelns funktion.

Bland de läkare som minns Sandberg i dag hörs ibland en uppfattning att han borde betraktas som en i raden av farliga ”kvacksalvare” vars enda motiv är pengar. Arkivmaterial och pressklipp berättar dock något annat; Sandberg blev inte rik på sin verksamhet, tvärtom. Ungefär hälften av patienterna behandlades gratis då de saknade inkomster, och mottagningen i Aneby och dess filialer drogs med ständiga förluster. Sandberg trodde på sitt THX, precis som patienterna. Endast en handfull av de tusentals patienter som behandlades med THX drabbades av biverkningar, trots den infektionsrisk som borde varit förbunden med injicering av ett extrakt tillverkat av färska thymuskörtlar och vatten. Detta sammantaget gjorde det svårt för ansvariga myndigheter att ingripa mot det de menade var en i princip olaglig verksamhet: det gick inte att beslå Sandberg med vare sig farlighet eller ekonomiska motiv.

Hur historien om Sandberg ska förstås är en helt öppen fråga. Den saknar analogier, såväl i Sverige som utomlands. En aspekt utgörs dock av de patienter som sökte sig till honom. Denna patientgrupp, precis som i dag, befinner sig vid och påminner därför också om medicinens gränser. Hur ska medicinen hantera de kroniskt sjuka, de döende? När sjukdom kan botas och hanteras är ett instrumentellt, vetenskapligt perspektiv ofta oproblematiskt, till och med påkallat. Men inför den förestående döden eller en tillvaro som kroniskt sjuk har vetenskapen få svar.

Hos THX-doktorn i Aneby fick många patienter hoppet åter, inte bara om livet i stället för döden utan också om ett liv i verksamhet och besvärsfrihet. Jerzy Einhorn, professor och överläkare vid Radiumhemmet som i egenskap av inkallad expert deltog i flera av utredningarna om THX, förklarade det hela så här: ”THX har ingen bevisad effekt. Men Sandberg hjälper.”

**Maria Björk**

Fil.dr. i idé- och lärdoms historia  
Tema Q, Linköpings universitet  
[maria.bjork@liu.se](mailto:maria.bjork@liu.se)



#### Referenser

1. Elis Sandberg, THX (Uddevalle, 1968)
2. SOU 1979:2, Naturmedel för injektion, Betänkande av av THX-utredningen
3. James le Fanu, The Rise and Fall of Modern Medicine (New York, 1999)
4. Tove Godskesen, Patients in Clinical Cancer Trials: Understanding, Motivation and Hope (Uppsala, 2015)

# Kan tekniken underlätta för kroniskt sjuka?

Så kan primärvården surfa på den digitala vården” var temat för Dagens Medicins primärvårdsdag 27.1.2016.

SKL visade två av sina projekt: ”Flippen”, där man utgår från patientens behov i stället för från organisationen, och PrimärvårdsKvalitet (sid 26). Dessutom presenterades olika teknologier där patienterna involveras: digital anamnesupptagning, inregistrering av data, virtuella möten m.m. Flera exempel gavs på hur patienten blir mer välinställd och får högre livskvalitet med hjälp av digitala verktyg.

Inbjuden gäst var Sir John Oldham, GP, forskare och utredare på hög nivå i Storbritannien. Han har skrivit om ”whole person care” i rapporten ”One person – one team – one system”. Hans utgångspunkt är de kroniskt sjuka patienterna, där han anser att inget västerländskt sjukvårdssystem är hållbart. ”We are very busy during the wrong thing.” Vi gör helt enkelt inte det som patienterna efterfrågar.

Sir John gav en rad exempel på hur IT-teknologin revolutionerat sjukvården. I ett jordbävningssdrabbat område fick hjälparbetarna i-pads, och 60 virtuella ”sjukhus” uppstod.

Framtidens patienter nöjer sig inte med urmodiga sätt att ha kontakt med sjukvården. Doktor på distans finns redan. IT-teknologin ger kroniskt sjuka helt andra möjligheter att ta kontroll över sin hälsa. De kan styra sin egen behandling, de skaffar sig kunskaper och de ingår i patientcommunities.

IT gynnar även personalen. När möjligheten att läsa sin egen journal infördes i London minskade telefonsamtalen.

Sir John gav flera exempel på hur patienters delaktighet via IT-system minskade inläggningar samt besök på vårdcentraler och akutmottagningar. I ett pilotprojekt i London med 130 000 patienter på 20 vårdcentraler erbjöds patienterna att digitalt boka tid, beställa recept, få stöd för självhjälp, läsa journalen m.m. Det gav stora ekonomiska vinster då antalet inläggningar och besök på akuten minskade.



Sir John Oldham. Foto: Ingrid Eckerman

Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

## Boka in årets **ST-dagar** i allmänmedicin!

14 -16 september 2016 Kalmar

Redan specialist?



Klipp ut och ge till en **ST-kollega!**

För mer information och anmälan se  
[www.st-dagarna.se](http://www.st-dagarna.se)



## FÖRNUFT & KÄNSLA

ST-DAGARNA 2016 KALMAR

# Kvalitetssystemet för primärvård klart att användas

För majoriteten av vårdcentralerna i landet är nu det nya systemet för uppföljning, PrimärvårdsKvalitet, bara några knapptryck bort. Tidigare har det saknats ett enkelt och primärvårdsanpassat sätt att få ut kvalitetsdata om patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten. Nu blir det möjligt. PrimärvårdsKvalitet är färdigt att börja användas och spridning är påbörjad i Sverige på lokal, regional och nationell nivå.

”Uppföljning av den medicinska kvaliteten i primärvården är viktig och jag gläder mig därför över att vi, efter många års arbete, äntligen har ett nationellt system för primärvårds kvalitet på plats”, säger Karin Träff Nordström, specialist i allmänmedicin och ordförande i SFAM.

PrimärvårdsKvalitet (tidigare Nationellt system för PrimärvårdsKvalitet, NPK) finansieras via satsningarna på kvalitetsregister och vård för personer med kronisk sjukdom genom överens-

**Tre exempel på kvalitetsindikatorer i PrimärvårdsKvalitet:**

- Andel patienter med förmaksflimmer som har antikoagulantibehandling
- Kontinuitetsindex för patienter med kronisk somatisk sjukdom
- Andel antibiotikabehandlade patienter med akut mediaotitdiagnos som behandlas med förstahandsantibiotika (PcV)

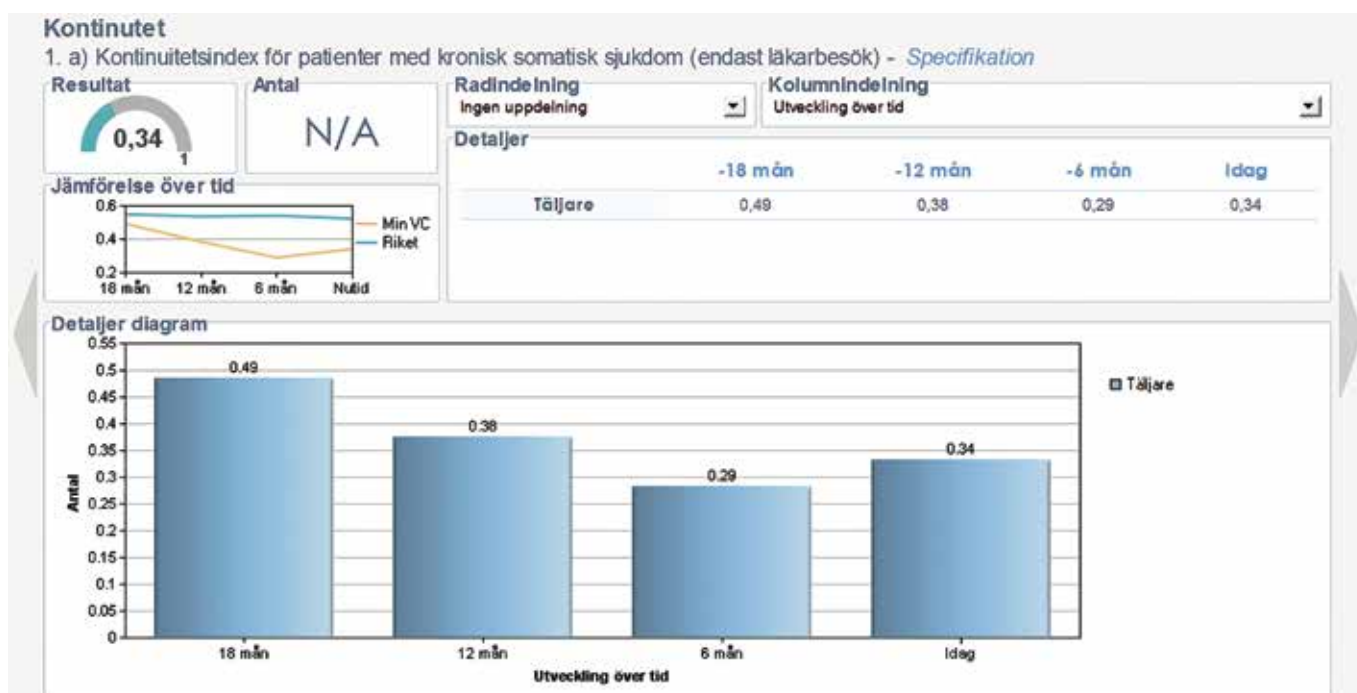
kommelser mellan staten och landsting- eller regionerna via SKL.

Systemet är utvecklat av professionsorganisationerna tillsammans med akademien och består av evidensbaserade indikatorer för kvalitet i primärvården. Det innehåller även en funktion för att visa lokala data på ett användarvänligt sätt samt en nationell funktion som tar emot och återför statistiska referensvärden till den enskilda vårdverksamheten. Systemet är tänkt att användas i förbättringsarbete, löpande lärande i verksamheten och så småningom forskning. Data kom-

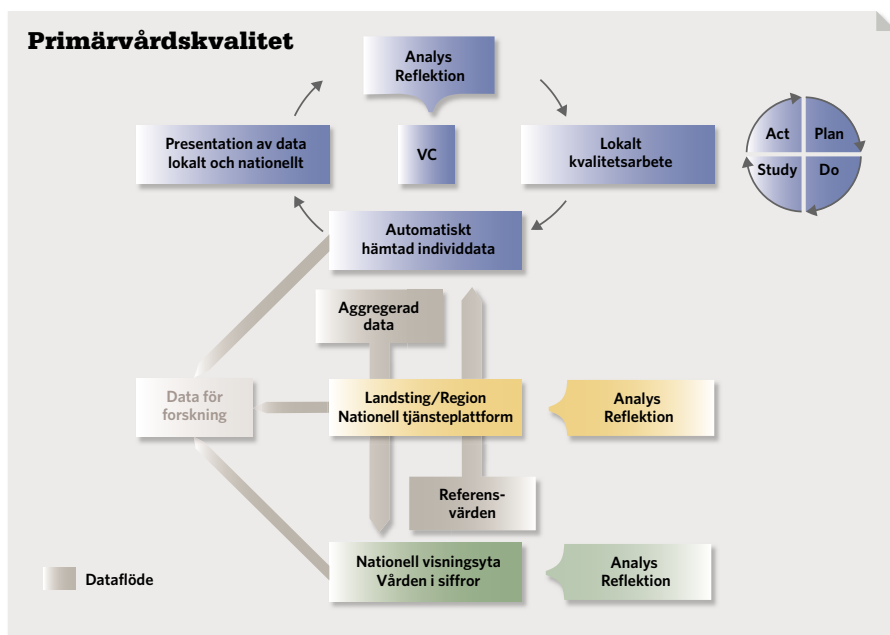
mer också att kunna överföras till redan existerande kvalitetsregister. Systemet har dock inte som ambition att vara heltäckande utan är snarare en utgångspunkt för diskussion om kvalitet i primärvård.

## 82 kvalitetsindikatorer

I nuläget finns 82 kvalitetsindikatorer framtagna och testade i drift. Ytterligare ca 40 indikatorer finns för vidareutveckling. Den nuvarande indikatorsamlingen omfattar kroniska sjukdomar och infektionssjukdomar, vilka utgör en väsentlig del av de två miljonerna besök i primär-



Figur 1. Ett exempel på hur skärmbilden kan se ut för indikatorn kontinuitet. I bilden kan man klicka sig vidare och få fram indikatorns definition, evidens och vanliga felkällor. Man kan även klicka vidare för att se vilka patienter som ingår i de olika grupperna för att kunna vidta individuella åtgärder.



Figur 2. PrimärvårdsKvalitet på lokal, regional och nationell nivå.

vård årligen, samt indikatorer för andra vanliga sjukdomstillstånd som handläggs i primärvård.

Utmärkande för PrimärvårdsKvalitet jämfört med övriga kvalitetsregister är att man kan följa och få ut data på övergripande mer primärvårdsspecifika områden som kontinuitet, prioritering och samsjuklighet. Indikatorerna har utgångspunkt i Strama, Socialstyrelsens nationella riktlinjer och redan existerande kvalitetsregister.

### Ingen dubbelregistrering

Data hämtas automatiskt ur vårddokumentationssystemen. I många landsting används ett utdataverktyg (t.ex. Medrave eller Qlikview) där särskilda moduler för PrimärvårdsKvalitet har utvecklats. Några landsting har andra lösningar. Landstingen bestämmer själva vilka tekniska lösningar som används så länge de levererar och återkopplar utifrån specifikationerna i PrimärvårdsKvalitet.

För att data ska kunna hämtas automatiskt är PrimärvårdsKvalitet-indikatorerna utformade utifrån strukturerad

journaldokumentation. Inget extraarbete ska behövas utöver ordinarie journalföring för att få fram kvalitetsdata för att följa upp vårdcentralens processer, sjukdomsgrupper eller enskilda patienter. Ett exempel på hur kvalitetsdata kan presenteras finns i figur 1.

**"Således behövs inget extraarbete utöver ordinarie journalföring för att få fram kvalitetsdata för att följa upp vårdcentralens processer, sjukdomsgrupper eller enskilda patienter."**

En viktig del i valideringen av PrimärvårdsKvalitet är att på lokal nivå initialt tolka data med försiktighet. Många faktorer kan ha påverkat registreringen, till exempel diagnossättning. Analys och

reflektion leder till att inmatning och grunddata successivt harmoniseras.

### Lokala och nationella data

PrimärvårdsKvalitet skiljer sig från ett traditionellt kvalitetsregister genom att på nationell nivå behandla aggregerade data istället för individdata vilket gör att det inte uppstår juridiska eller tekniska hinder. Det kan därför inte kallas för ett regelrätt kvalitetsregister även om det finns flera gemensamma punkter.

PrimärvårdsKvalitet kan delas upp i en lokal del och en nationell del som samverkar och är beroende av varandra. Lokalt på vårdcentralnivå hämtas personnummerbaserade data i realtid från journal och sammanförs. Vårdcentralens ledning, behandlande läkare, sjuksköterska och övriga medarbetare i vården kan ta del av och använda resultaten i sitt kvalitetsarbete. Att man kan se individdata lokalt möjliggör uppföljning av vården av enskilda patienter.

Vårdcentralens data aggregeras till statistik och överförs automatiskt via huvudmannen till en nationell databas. Eftersom data samlas ihop innan det skickas vidare behöver man inte inhämta samtycke från patienter. Nationella genomsnittsvärden beräknas och skickas automatiskt tillbaka som referensvärden till verksamheternas PrimärvårdsKvalitets-modul.

Resultaten kommer, när teknisk anslutning är upprättad och systemets data är tillräckligt validerad, kunna visas på den nationella plattformen [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se) som är den nylanserade digitala versionen av Öppna jämförelser. I en första utvecklingsfas under valideringen kommer informationen inte att vara tillgänglig publikt utan endast för dem som har levererat data.

### Vad händer nu?

Professionsföreningarna och SKL har format en arbetsgrupp som har finansiering för att leda det fortsatta arbetet med PrimärvårdsKvalitet fram till 2017.

Under 2016 kommer landstingen suc-

Information om PrimärvårdsKvalitet, inklusive förteckning och specificering av kvalitetsindikatorerna, finns på [www.skl.se/primarvardskvalitet](http://www.skl.se/primarvardskvalitet).

## Arbetsgrupp

Ulrika Elmroth, allmänläkare, projektledare arbetsgruppen PrimärvårdsKvalitet, SKL  
Stina Gäre Arvidsson, ST-läkare i allmänmedicin, handläggare arbetsgruppen PrimärvårdsKvalitet, SKL  
Malin André, allmänläkare, docent, SFAM  
Jörgen Månsson, allmänläkare, sjukhuschef, professor. Programråd primärvård SKL, SFAM  
Eva Arvidsson, allmänläkare, med.dr., SFAM:s Kvalitet- och patientsäkerhetsråd  
Sara Maripuu, verksamhetsutvecklare, Fysioterapeuterna  
Christina Lundqvist, professionsutvecklare, Sveriges Arbetsterapeuter  
Eva Törnvall, distriktssköterska, med.dr., Svensk sjuksköterskeförening  
Leena Granström, distriktssköterska, verksamhetsutvecklare, Distriktssköterskeföreningen Sverige

cessivt ansluta sig tekniskt för att kunna föra över data till Vården i siffror.

Indikatorerna ska pilottestas på vårdcentraler över hela landet, bland annat med utdataverktygens nya PrimärvårdsKvalitets-moduler. En referensgrupp med sakkunskap planeras för att granska och validera de data som tas fram.

Uppdatering av indikatorerna kommer att ske, till att börja med av nuvarande arbetsgrupp som tar emot förslag och

synpunkter. Vidareutveckling av indikatorsamlingen sker successivt för att inkludera kvalitetsdata för fler yrkeskategorier, sjukdomstillstånd och processer.

Arbetet med att ta fram stödmodeller för användning av PrimärvårdsKvalitet i det lokala förbättringsarbetet, till exempel genom återkommande kollegiala diskussioner, fortsätter tillsammans med professionsföreningarna.

Det är av största vikt att alla som an-

vänder systemet är med och utvecklar det. Nära samarbete kommer att ske med professionerna för att löpande utvärdera systemet.

Arbetsgruppen kommer att vara representerad vid flera primärvårdsforum under året, bland annat SFAM:s idéseminarium 28.4, Wonca i Köpenhamn 15–18.6, ST-dagarna i Kalmar den 14–16.9 och Sjuksköterskedagarna 22–23.11.

**Stina Gäre Arvidsson**  
ST-läkare,  
Vårdcentralen Kronan  
SKL

Vice ordförande, SFAM-Q  
[stina.garearvidsson@skl.se](mailto:stina.garearvidsson@skl.se)



**Ulrika Elmroth**  
SKL

Styrelseledamot, SFAM  
[ulrika.elmroth@skl.se](mailto:ulrika.elmroth@skl.se)



# Många utmaningar väntar Socialstyrelsens nya generaldirektör

**Hon vill minska orättvisorna i sjukvården, öka samarbetet med professionerna, och hon har funderat mycket över den orimliga resursfördelningen mellan primär- och slutenvård. Hon vill åstadkomma en öppen och tillgänglig myndighet som stödjer sjukvården i stället för att kontrollera den. Det säger Olivia Wigzell, som i höstas tog över som generaldirektör för Socialstyrelsen.**

Olivia Wigzell tar med sig gedigna erfarenheter till sitt nya uppdrag på Socialstyrelsen, däribland som politiskt sakkunnig vid Utrikesdepartementet, oppositionsborgarråd i Stockholm, sekreterare i Ansvarskommittén, chef för hälso- och sjukvårdsenheten på Social-

departementet och allra senast som generaldirektör för SBU.

## Utmaningar

Erfarenheterna behövs, för Olivia Wigzell kommer i rollen som generaldirektör att hantera många brännande sjukvårdsfrågor. Hon nämner tre utmaningar:

– För det första att åstadkomma jämlik hälso- och sjukvård. Det är ett faktum att vård och omsorg inte alltid ges på lika villkor, och vi kan utgå från att det inte beror på medveten diskriminering. Att hitta metoder för att komma tillrätta med det är svårt, men att öppet redovisa resultat, att hitta fungerande metoder för bemötande och att satsa mer på hälsofrämjande och preventiv hälso- och sjukvård är några åtgärder.

Öppna jämförelser i all ära, men är inte en utbyggnad av primärvård en förutsättning för att klyftorna i samhället ska kunna minska? Att svaga patientgrupper borde ha en fast läkare som kan tillvarata deras intressen?

– Jo absolut. Primärvården har en nyckelroll i arbetet med jämlikhet eftersom den har ansvar för prevention, rehabilitering och för patienter med multipla hälsoproblem.

En annan aktuell utmaning, menar Olivia Wigzell, är validering och utfärdande av legitimationer och specialistbevis för läkare med utländsk examen, så att de kan komma in i samhället och börja arbeta.

– Hanteringen av ärenden behöver effektiviseras och gå snabbare, samtidigt



Olivia Wigzell

Foto: Gösta Eliasson

som vi ska garantera patientsäkerhet och likhet inför lagen.

En tredje utmaning är att ge professionerna stöd i arbetet för ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Det gäller att göra resurserna inom Socialstyrelsen tillgängliga där de behövs och att se till att information och kunskap finns tillgänglig vid rätt tillfälle. Nationella kunskapsstöd ska vara ett stöd för verksamheterna och ska uppfattas som ett bidrag till god vård, säger Olivia Wigzell.

### Myndighetsuppdrag

Ordet *Socialstyrelsen* kan få många att tänka på övervakning, ansvarsnämnd och nedslag. Så var det ju tidigare, innan IVO, Inspektionen för vård och omsorg, blev en separat myndighet och tog över tillsynen. Men vilka uppgifter har myndigheten idag?

Socialstyrelsen lyder direkt under regeringen. Uppdraget innebär både befogenheter och skyldigheter och i detta ingår att leverera underlag till regeringen enligt gällande lagar och regeringspolitik. Men det kan också handla om mer specifika uppdrag på områden där regeringen vill flytta fram positionerna.

– Om regeringen exempelvis vill satsa på omhändertagandet av personer med kronisk sjukdom så är vår uppgift att belysa situationen och arbeta för en po-

sitiv utveckling. Vi bedriver verksamhet som regleras i instruktionen, men också utifrån behov vi själva identifierar. För närvarande stödjer vi kommunerna när det gäller flyktningmottagandet. Det gäller både de långsiktiga och akuta konsekvenserna.

### Riktlinjer inte skrivna i sten

När det gäller professionernas roll menar Olivia Wigzell att den som utövar en profession har det fulla ansvaret för individen med dennes unika problem och önskemål, och att det är nödvändigt att förhålla sig till det. Att det finns riktlinjer och dokumenterad *best practice* betyder inte att följa dem slaviskt. Men avviker man krävs det ett godtagbart skäl, en *disclaimer*. Det är också viktigt att riktlinjerna revideras i takt med utvecklingen.

– Om den generella rekommendationen fungerar för den stora majoriteten så håller den, men märker man att besluten avviker från rekommendationen för en orimligt stor andel bör man fråga sig hur det ser ut i praktiken och revidera därefter. Feedback på existerande riktlinjer är därför utomordentligt viktigt.

### Professionens makt

Ingen har väl undgått den senaste tidens debatt om New public management (NPM) och ”deprofessionaliseringen” av sjukvården. Nu verkar dock NPM vara på väg bort och professionerna på väg att återta makt. Olivia Wigzell tycker att den utvecklingen går åt rätt håll och framhåller legitimationens betydelse.

– Att styra hälso- och sjukvård genom detaljerad uppföljning och kontroll har

flera nackdelar. Dessutom har vi ju medvetet valt en hög grad av professionsstyrning genom att legitimera. Om sjukvård hade handlat om detaljstyrning och monitorering hade vi ju inte behövt legitimerade vårdgivarna. Legitimation innebär ett ansvar och tillit till den enskilde yrkesutövarens förmåga. Men friheten får å andra sidan inte tolkas så att man kan frånga

---

”... jag ser den (rapporten En värdefull vård) som en viktig utgångspunkt med idéer och ny näring till debatten.”

---

vetenskap och beprövad erfarenhet.

Olivia Wigzell är också tydlig med att professionell frihet inte får leda till en auktoritativ läkarroll.

– För mig betyder professionell frihet att läkaren strävar efter att lyssna, lägga fram alternativa möjligheter, beskriva för- och nackdelar och förklara risker och hälsonytta för sin patient.

### Rapporten ”En värdefull vård”

Svenska Läkaresällskapets rapport ”En värdefull vård” skickades på remiss då Olivia Wigzell fortfarande fanns på SBU. Det är ovanligt att en professionell förening skickar remisser till myndigheter. Men Olivia Wigzell är positiv till initiativet.



Foto: Wikipedia



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

– Det var en jättebra idé att skicka ut remissen. På SBU bestämde vi oss för att avstå från att svara, och Socialstyrelsen gjorde likadant. Men jag har läst rapporten och jag ser den som en viktig utgångspunkt med idéer och ny näring till debatten. Det behövs, för det pågår många andra diskussioner när det gäller styrning och regionalisering.

Strax efter att Lars-Erik Holm hade avgått som generaldirektör för Socialstyrelsen gick han ut i media och hävdade att dagens sjukvårdsproblem inte beror på läkarbrist utan missnöje med landstingen som arbetsgivare. Han ifrågasatte också det omhuldade kommunala självstyret med 21 självständiga landsting som han ansåg ha svårt att samarbeta. Olivia Wigzell ger honom delvis rätt.

– Det är riktigt att vi ligger vi bland de fem EU-änder som har högst läkartäthet. Men att vårdpersonal inte får någon uppskattning, den bilden känner jag inte helt igen mig i. Vid de arbetsplatsbesök jag gjort har det ofta funnits ett stort engagemang hos personalen och en känsla av att vara med och forma utvecklingen. Men det bygger jag på enstaka stickprov, och jag kan inte säga att jag har hela bilden klar för mig.

Läkarförbundet genomförde nyligen en primärvårdsenkät som ger en uppfattning om allmänläkarnas nöjdhet med bland annat styrning, fortbildning och IT-system. Resultatet visar att många

allmänläkare är missnöjda med sin situation. Olivia Wigzell kan inte riktigt förstå varför.

– Det är motsägelsefullt. Läkaryrket är ju ett av de mest populära, med ett enormt ansökningstryck. Det är viktigt att läkarna inte beskriver sig som offer, det handlar ändå om en kompetent grupp med gedigen utbildning som har omvärldskontakter och som är med och formar vårt samhälle.

---

**"... jag tycker att det ingår i legitimationen att se till att den egna kompetensen utvecklas."**

---

#### Dyster bemanningsprognos

Antalet allmänläkare är långt ifrån en per 1 500 invånare, det mål som angetts, och antalet kommer att minska ytterligare. Socialstyrelsen kunde i en rapport 2013 konstatera att antalet specialister i allmänmedicin fram till 2025 minskar med 32 procent med nuvarande utbildningstakt. Samtidigt beräknas antalet specialistläkare på sjukhus öka med 18 procent. Primärvårdens andel av den to-

tala kostnaden har varit oförändrad sedan år 2000. Dessa siffror borde väl få en generaldirektör för Socialstyrelsen att höja på ögonbrynen?

– Onekligen. Jag tycker det är klokt, det som staten gör nu, lyfter kompetensförsörjningsfrågorna och startar en nationell dialog, trots att den uppgiften formellt ligger på landstingen. Socialstyrelsen kommer att förbättra sina prognoser, inte minst för primärvården, och då är det viktigt att de privata och idéburna vårdgivarna finns med i statistiken.

#### Underfinansierad primärvård

I Sverige råder fortfarande kraftig snedfördelning mellan primär- och slutenvårdens resurstilldelning, jämfört med andra EU-länder. Olivia Wigzell funderar lika mycket som alla andra över varför det blivit så.

– Den viktigaste frågan du ställer är varför det fortfarande är bara 18 procent av resurserna som går till primärvård. Jag instämmer i kören, det är en gåta. Vi har ju en samstämmig ambition att primärvården ska vara första linjens sjukvård. WHO har sagt det gång på gång, och evidens finns det gott om.

– Fast man kan inte säga att det har saknats försök att ändra på det. Jag jobbade på Socialdepartementet när lagen om vårdval skulle genomföras. I författningen och i bakgrundstexterna var ett av skälen att stärka primärvården. Nu, flera år senare, kan vi konstatera att förstärkningen uteblivit.

När vi resonerat ytterligare en stund presenterar Olivia Wigzell en tanke som hon själv vill kalla för en "preliminär spekulering".

– Kan det ha spelat roll att huvuddelen av den svenska hälso- och sjukvården under århundranden har utvecklats utifrån ett statligt engagemang som varit mer inriktat på slutenvård än på primärvård?

Att kompetensen hos en svensk allmänläkare är hög, även jämfört med allmänläkare i andra länder, är ett faktum. Kan snedfördelningen möjligen bero på kultur och vanor, på gemene mans uppfattning om primärvården? Patientenkäter visar att förtroendet för svensk sjukvård generellt sett är stort, men något lägre för primärvård än för slutenvård. I Norge och Storbritannien har primärvård tvärtom ett högre förtroende, men där har man å andra sidan gate-keeperfunktion och tydligare relation till sin läkare.

Enligt Olivia Wigzell kan en lösning på resursfördelningsproblemet kräva mer systemtänkande:

– Vi måste se hälso- och sjukvården som ett sammanhållet system. Vi behöver få ihop regelverk, information och styrning mellan slutenvård och öppenvård. Kanske ligger lösningen inte i att bryta ut primärvården som en egen entitet, utan snarare att undersöka hur resurserna kan förflyttas mer flexibelt inom systemet, utifrån de aktuella uppgifter sjukvården står inför.

### Fortbildning, men inte recertifiering

Olivia Wigzell menar att läkare har ett ansvar att ständigt hålla sig à jour med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför är det viktigt att se över resurserna och förutsättningarna för fortbildning.

Arbetsgivarna måste ta på allvar det ansvar de åläggs enligt Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitets-, styr- och ledningssystem. Men recertifiering tycker hon inte är nödvändigt.

– Jag tycker att det ingår i legitimitationen att se till att den egna kompetensutvecklingen.

### Mer samarbete

Socialstyrelsen får ett vänligt och intresserat ansikte med Olivia Wigzells inträde på scenen. Hon leder ju en myndighet som stått för tillsyn och kontroll, men som nu vill utveckla ett samarbete med professionerna och ge dem stöd.

– Vi vill ge stöd och hjälp till alla inom vård och omsorg. Vi hanterar fortfarande lagar, regler och föreskrifter, men vi vill

öka samarbetet med professionerna och vi kommer att vara öppna för synpunkter och idéer, inte minst från rådgivare och deltagare i tillfälliga referensgrupper. Det handlar lika mycket om *input* som om *output*!



**Gösta Eliasson**  
Ordförande i utbildningsrådet  
Falkenberg  
gosta.eliasson@sfam.se

## Efter sex år – åter i Bhopal

**E**n lättnadens suck när jag passerat passkontrollen på Delhis flygplats och kommit in i Indien. För sex år sedan sattes jag på vändande plan tillbaka till Sverige. Äntligen åter i vad som marknadsförs som "Incredible India". I Bhopal återförenades jag med min "dotterdotter", nygift sedan några månader tillbaka. Mitt besök är "strictly private". Ingen aktivism är tillåten.

Kan Gamla stan beskrivas? Huvudgatornas syn- och hörbara kaos, med bilar, gående, motorcyklar, kantade av "affärer" på mattor på marken eller verkstäder på trottoaren, de trånga gränderna med öppna grävattenrännor och gropar i alla storlekar, en bortspolad bro som ersätts av avloppsroret med ett snöre att hålla sig i, trånga ingångar till små gårdar och branta trappor. Överallt människor, barn, getter, kor, motorcyklar. Hit kommer inga turister.

Indien för 21 år sedan var fortfarande präglad av den socialistiska eran. Man fick köa för att få en telefon. Luften var förfärlig på grund av det smutsiga bilbränslet, många tvåaktare och matlagning över öppen eld där allt brännbart kunde hamna. Nu har var och varannan en mobiltelefon i handen. Luften är renare, bilarna och motorcyklarna fler och de stora vägarna bättre. Fler har en gastub i kokvrån. Shop-

pingcentra kompletterar småaffärerna i gamla och nya stan. Jag inser att 1994 måste staden fortfarande ha varit präglad av den ekonomiska stagnation den drabbades av efter katastrofen 1984.

### Sambhavna Trust för gasskadade

Eldsjälen i Bhopal är Satinath Sarangi. Han kom dagen efter olyckan och blev kvar. För tjugo år sedan fick han sin dröm uppfylld och kunde öppna Sambhavna Trust som erbjöd kontinuitet och långsiktig vård, både västerländsk och ayurvedisk, för dem som drabbats av gaserna.

Till Sambhavna är de välkomna som själva eller vars föräldrar utsatts för gaserna 1984, men också de som bor i områden där grundvattnet förorenats från Union Carbides fabrik.

Långtidseffekterna av gasexponeringen är framförallt försämrad lungfunktion med obstruktiva/restriktiva förändringar, fibros och aggravering av tuberkulos och kronisk bronkit. Ögonsymtom är kronisk konjunktivit, hornhinneärr och tidig grå starr. Neurologiska och psykologiska symtom är också vanligt. Idag har diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och KOL tillkommit. Bristande statistik och dokumentation gör det svårt att fastställa omfattningen av de långsiktiga hälsoeffekterna.



Eldsjälen Satinath (Sathyu) Sarangi klär sig konventionellt.





Kö till receptionen.



Dr Kaiser, västerländskt utbildad husläkare.



Apoteket dispenserar både ayurvediska och västerländska mediciner.

Sambhavna är sig likt med medarbetare som varit med sedan starten. På övervakningen bor volontärerna. Thorsten från Sverige tillbringar sin fjärde vinter här. Lokalerna är enkla. Myggor och duvor utgör problem. Disk- och tvättvatten används för bevattning, och endast lokalt producerade tvål är tillåtna.

Nya byggnaderna är tio år gamla och börjar bli slitna, liksom utrustningen. De ekonomiska prioriteringarna är ständigt aktuella: högre löner till läkare som stan-

nar kvar, nyare datorer eller uppgradering av medicinskt teknisk utrustning?

I trädgården odlas läkeörter som torkas och bereds till ayurvediska läkemedel. I ett stort fat kokas olja till massage, myggmedel m.m.

Väntrummet fylls varje morgon, mest av kvinnor. I handen håller de häftet jag inspirerat till, där läkare och annan personal gör anteckningar, läsbara för annan sjukvårdspersonal. Patienterna kan välja ayurvedisk läkare och behandlare eller vä-

sterländskt utbildade läkare, inklusive gynekologi. Läkarna kan remittera till varandra.

Min situation tillåter inte uppföljning. I intervjuerna för drygt tio år sedan [1] ansåg de västerländska läkarna att ayurvedisk behandling var till stor hjälp för patienterna, utan bieffekter. Kontinuerlig ayurvedisk behandling kan minska behovet av västerländska läkemedel. Den ayurvediska behandlingen är billigare än västerländska läkemedel men den har också begränsningar. Ayurveda är mindre effektiv för diabetes, hypertoni, malaria, akuta luftvägsinfektioner och allvarlig bronkospasm. Kvinnliga patienter har ofta svårt att lämna hemmet för yogainstruktioner och att hitta utrymme för övningarna hemma. En patient med "ont överallt", utan signifikanta fynd, kan först hänvisas till yoga, sedan till psykiatern och därefter behandlas med placebo-liknande vitaminer, järn och kalk.



Alla Sambhavnas patienter får en hälsobok där de kan läsa sin egen journal (om de förstår läkarens handstil).



Dr Jay, ayurvedisk doktor.

### Chingari Trust för funktionshindrade barn

På Chingari Trust träffar jag Champa Devi Shukla och Rasheeda Bee. De är fantastiska kvinnor – den ena hindu, den andra muslim. Som ordförande för fackföreningen vid en skyddad verkstad lyckades de ordna fast statlig anställning för 74 kvinnor. De har delat ut kvastar till aktieägare i USA och Europa med uppmaningen att sopa rent framför egen dörr, och de har, iklädda orange overaller utan på sina saris, åkt båt med GreenPeace. En prissumma blev grundplåten för denna klinik för handikappade barn.

Direkt efter olyckan tredubblades peri- och neonatal dödlighet liksom spontanaborterna. Antalet missbildade barn anses ha ökat. Ett argument i aktivisternas kamp för rättvisa och ekono-

## Gasolyckan i Bhopal 1984

Union Carbides fabrik för växtbekämpningsmedel i Bhopal var en symbol för det nya moderna Indien. Designen i enheten för metylisocyanat (MIC) var väsentligen densamma som i huvudfabriken i USA, men hade ett förenklat säkerhetssystem. Natten mellan 2 och 3 december 1984 kom stora mängder vatten i tank 610, innehållande 43 ton MIC. En häftig kemisk reaktion startade och en aerosol av giftiga ämnen spreds över den sovande slumstaden. Cirka 500 000 människor exponerades för gaserna, uppskattningsvis 8 000 dog inom första veckan, och kanske 100 000 fick permanenta skador. Både företaget och regeringen förnekade under många år förekomsten av långtidseffekter, och satsningar på adekvat sjukvård och socio-ekonomisk rehabilitering uteblev.

## Ayurvedisk medicin

Det krävs 5-7 års studier att få diplom som ayurveda-läkare. Ayurvedisk medicin har konceptuella skillnader jämfört med västerländsk ("allopatisk") medicin.

- Ayurveda kan inte separeras från de andliga rötter där den har sitt ursprung.
- Vi är delar av naturen, av universum, gjorda av samma material som stjärnorna.
- Sjukdom och ohälsa orsakas av obalans mellan de tre vätskorna vata (torr), pitha (het) och kapha (kall). Processen att få dem i balans tar lika lång tid som det tog att bli sjuk.
- Det är individer, inte sjukdomar, som behandlas. Varje person behandlas utifrån hans eller hennes konstitution.
- Det är individen, inte läkaren, som har makten att bevara eller återfå sin hälsa. Läkaren visar vägen.

Behandlingen baseras på medvetenhet (mindfulness), kost inklusive örter, rening (lavemang, nässköljning, ångbad), andningsövningar, oljemassage, meditation och olika yoga-övningar.

Läs mer: [www.ingrideckerman.blogspot.se/2014/04/facts-about-ayurveda.html](http://www.ingrideckerman.blogspot.se/2014/04/facts-about-ayurveda.html)



På vintern sitter man ute i solen under mötet.

känner mig välkommen överallt – jag är övertygad om att det betyder mycket för de underprivilegerade att människor från Långtbortistan intresserar sig för dem och stödjer deras sak. Jag har lärt mig hantera maten (som helst äts med händerna), toaletterna och trafiken. Jag har lärt mig att det kan finnas mycket glädje och kärlek oberoende av materiella resurser.

misk ersättning är att tredje generationen har drabbats.

Till Chingari kommer barn av olika åldrar med oklara utvecklingsstörningar, cerebral pares, status post meningit, dövhet och Down's syndrom. Polio saknas. Nya barn tillkommer varje år medan de "gamla" blir kvar. Flera anledningar kan finnas till att antalet handikappade barn verkar högt, bl.a. att föräldrarna inte längre gömmer undan sina barn, att man inkluderar förlossningskador, postinfektiösa tillstånd och kromosomrubbingar samt ingifte bland muslimerna.

Nu sammanställs data från en kohortstudie där man jämför familjer av olika "toxikologisk" bakgrund. Studien leds från Kanada och frågor om religion och ingifte ingår. Svårigheten är dels att diagnostisera rätt, dels att hålla studierna fria från bias och confounding factors.

### Hur hamnade jag här?

När inbjudan kom till Läkare för Mil-

jön att delta i en internationell medicinsk kommission om Bhopal 1994 tog jag chansen [2]. När jag återkom för en Minor field study på två månader blev jag "adopterad" av min tolks familj.

För min master-uppsats började jag samla allt tillgängligt material. Jag systematiserade och analyserade det ur folkhälsoperspektiv. Mina slutsatser var att de två faktorer som utlöste katastrofen var fabriken utformning och företagets åtgärder för att skära ner utgifterna. Svaret för omfattningen av katastrofen delas mellan Union Carbide (numera Dow Chemical), Indiens regering och delstatsregeringen i Madhya Pradesh.

Materialet var omfattande, och jag blev ombedd att publicera det som en bok. På 20-årsdagen av katastrofen lanserades boken på indiskt förlag [3]. Några år senare började mina visumproblem, trots att mina aktiviteter var avslutade.

Bhopal har gett mig mycket. Jag har fått en ny familj med nio barnbarn. Jag



Bukmuskelnerna tränas under ledning av mor och terapeut.



En sjukgymnast från England visar andra sätt att arbeta.



Skolundervisning ingår för dem som inte kan gå i vanlig skola.



# Kultur-spalten

## Vad kan läkare lära av en litteraturpristagare?

Det skrivs och forskas mycket om personcentrerad vård numera. En aktuell sökning i Pub Med gav 10 772 vetenskapliga artiklar varav 66 procent från primärvården. Inom den slutna specialistsjukvården har begreppet kommit starkt under senare år. I ambitiösa forskningsprojekt har man kunnat påvisa stora medicinska, mänskliga och ekonomiska vinster när personen får stå i centrum. Man sätter siffror på sådant som vi inom allmänmedicinen alltid sett som självklart!

Men vad är då en person? Något annat än en patient? En filosof som har trängt på djupet i frågan säger att patienten är *en roll*, alltså *något* man är i ett specifikt vårdssammanhang medan personen är en *identitet*, alltså *någon* man är, unik och oersättlig, knuten till en hel livshistoria. Jag tror att det finns en viktig poäng i den distinktionen!

Man kan försöka fånga *personen* i begrepp som autonomi, värdighet, integritet och sårbarhet. Det säger en hel del. Särskilt sårbarheten är angelägen att lyfta fram. Den är grunden för vår förmåga att föreställa oss andras lidande och därmed för hela etiken.



Svetlana Aleksijevič – 2015 års nobelpristagare i litteratur. Foto: Elke Wetzig.

Men för att komma nära en person räcker inte begreppen. I en intervju för Dagens Nyheter 6 december 2015 säger nobelpristagaren i litteratur Svetlana Aleksijevič, apropå sina egna intervjuer, att hon inte har någon särskild teknik: ”Nej, jag provocerar aldrig, inga listiga frågor, inget sådant. Jag bara lyssnar mycket noga efter det personliga och plågsamma. Men jag säger inte: Berätta om Afghanistan. Jag säger: berätta om ditt liv. Förstår ni skillnaden? När ni kommer till doktorn och säger att det gör ont i benet är det bara en dålig läkare som genast börjar mixtra med den lemmen. Förr eller senare börjar nästan alla tala – när de känner att jag verkligen lyssnar och är på samma nivå.”

---

**”Bara läkaren som konstnär med en helt öppen hållning till patienten kan avgöra när ett ingående samtal om liv och död någon gång är nödvändigt.”**

---

Genom att lyssna och förmedla sitt lyssnande till den som talar låter Aleksijevič den enskilde personen växa fram ur alla detaljer som skymmer. Och ur den enskilda rösten låter hon historien växa fram i sin konkreta grymhet och storhet: ”Jag kan säga om mig själv att jag är en örats människa... Jag älskar när en människa talar... Jag älskar den ensamma människorösten”.

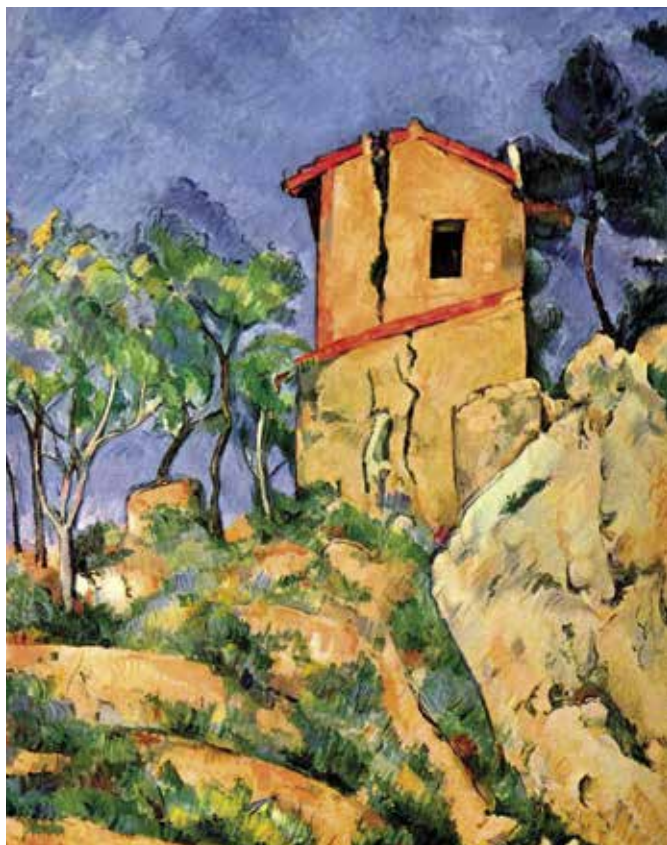
När man läser Aleksijevičs böcker befinner man sig väldigt nära den mänskliga rösten i historien. Man befinner sig också helt nära den goda konsultationen, där öppna frågor och in-kännande lyssnande kan hjälpa oss att skala fram personen ur patienten i ett skapande samtal. Detta är alltid önskvärt och kanske mera nödvändigt nu än någonsin, när datorer och robotar håller på att ta över även ”den mänskliga biten”.

---

**”Ett äkta möte har mer av kaotisk vända än den reglerade ordningens lugn.”**

---

Jag föreställer mig gärna att stora konstnärer arbetar som Aleksijevič på ett sätt som går bakom eller bortom begreppet



Hus med krackelerande väggar. Olja på canvas. Paul Cézanne 1892-1894.

*metod:* Att de bedriver en horisontspaning, som kräver hårt arbete i en mental öppenhet som inte tål tankens och begreppens begränsningar. Konstvetaren och författaren Ulf Linde skrev en gång om målaren Cézanne: "Det har skrivits hyllmeter om hans metod – helt i onödan, eftersom han ingen hade". Och längre fram i samma text fortsätter Linde: "... ibland redovisade han tingens lokalfärger ytterst noga, ibland inte alls. Som i allt annat litade han till sin instinkt och känsla, och det var förmodligen de två storheterna han förlade bakom pannbenet".

Ett citat av Cézanne själv från en utställning på Louisiana för några år sedan bekräftar Lindes uppfattning: "Om jag tänker är allt förlorat". Jag uppfattar inte det radikala påståendet som en generell uppmaning att sluta tänka, utan som en djup insikt om att skapandet sträcker sig utanför tänkandets gränser.

Jag tror att ett skapande samtal har mycket mer gemensamt med Cézannes konst än med all världens metodböcker i samtalsteknik. Jag tror att Aleksijevitj har nått fram till ett lyssnande som kan uppenbara det självklaras kraft. Det vore orimligt att ställa konstnärliga krav på varje konsultation, men grund-



Paul Cézanne 1839-1906.

hållningen att vi i patientmötet i första hand borde förhålla oss som konstnärer tror jag skulle kunna skaka om i sjukvården.

Självklart befriar det oss inte från nödvändigheten av att tillämpa ett medicinskt detaljkunnande, som kräver ordning och metod, men detta kommer i andra hand. Även en vrickad fot tillhör en person, vilket inte betyder att varje fot eller förkylning kräver ingående samtal om liv och död. Men bara läkaren som konstnär med en helt öppen hållning till patienten kan avgöra när detta någon gång är nödvändigt.

Ett äkta möte har mer av kaotisk vanda än den reglerade ordningens lugn. Bara den som vågar lyssna kan avsluta en konsultation i en klarhet bortom reglerna. Inte i frustration och utmattning. Jag är övertygad om att Aleksijevitj, Cézanne och andra stora konstnärer kan hjälpa oss att bli mer öra och öga än mun. Det är en god början.



Christer Petersson  
Växjö  
christer-p@telia.com

#### SFAM:s Utbildningsprenumeration



## Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

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

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

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN MEDICIN  
SWEDISH ASSOCIATION OF GENERAL PRACTICE

sfam.se



# Vilka medel använder landsting och regioner för att rekrytera allmänläkare?

**Använder landsting och regioner möjligheterna till bra fortbildning, utveckling och forskning som ett sätt att locka allmänläkare? I december 2015 bad AllmänMedicin fyra lokala SFAM-föreningar att kontakta den tjänsteman på landstinget som ansvarar för rekrytering av allmänläkare. Svaren varierar, men fortbildningen framhålls överlag som ett viktigt rekryteringsmedel.**

Den tid som allmänläkare ägnar åt fortbildning minskar successivt. 2012 var genomsnittstiden för extern fortbildning 5,3 dagar per år, minst av alla specialiteter. Nästan en fjärdedel saknade helt internutbildning [1]. Samtidigt vet vi att 64 procent inte är nöjda med sina möjligheter till fortbildning och att den geografiska variationen är avsevärd [2]. Nöjdheten minskade påtagligt vid underbemanning.

Enligt en studie från DLF är de faktorer som främst avgör om man trivs och stannar på sin tjänst bra arbetskamrater, god bemanning, delaktighet i beslut, tillräcklig administrativ tid samt möjlighet till kompetensutveckling [3].

Enligt en rapport 2014 av en allmänläkare och verksamhetschef i Region Skåne anges bland annat följande faktorer göra en vårdcentral attraktiv [4]:

- Avgränsat uppdrag/Listning på namngiven läkare
- God arbetsmiljö
- Inflytande över tidbok och egen arbetstid
- Kollegial dialog
- Tillgång till fortbildning
- Varierande arbetsuppgifter
- Tillvaratagande av pensionerade läkare
- Bra ledarskap
- Hög lön

Hur tänker då tjänstemän i landsting och regioner med ansvar för den offentligt drivna primärvården när de rekryterar specialister i allmänmedicin? Lockar de med hög lön eller erbjuder de andra förmåner som bra fortbildning, forskning och utveckling? AllmänMedicin bad fyra av SFAM:s lokalföreningar att ta reda på hur man tänker i det egna landstinget/regionen. Resultatet sammanfattas i tabellen på nästa sida.

**Resultatet av de fyra intervjuerna** visar att arbetsmiljön uppfattas som ett viktigt konkurrensmedel. I Norrbotten förtydligar man och nämner "rimligt uppdrag", "kollegiala nätverk" och "förståelse för uppdraget från chefer och ledning". I Dalarna och Halland nämns delaktighet i verksamheten och utvecklingen av denna men även möjligheter att utvecklas personligt, kliniskt, ledarskaps- och forskningsmässigt.

**De rekryteringsåtgärder** som används är information till AT-läkare, utlandsrekryteringar och marknadsföring av utvecklingsvårdcentraler. En intressant metod omnämns av Norrbotten: äldre och pensionerade läkare erbjuds att, som ett alternativ

till kliniskt arbete, tjänstgöra som mentorer och handledare för yngre kollegor.

**Goda möjligheter till fortbildning** verkar överlag ha en plats i konkurrensen om allmänläkarna. I Halland har man erfarenheten att enbart löften om ett visst antal timmar fortbildning per år inte ökar rekryteringen, däremot möjligheter att ingå i en "harmonisk" primärvård där fortbildningen ingår som en del.

Möjligheter till forskning och utveckling anses rekryteringsbefrämjande, men i Jämtland och Dalarna verkar man ha missat att kommunicera detta faktum.

**Vad säger då en enkel och ovetenskaplig intervjuserie som denna?** Det man kan utläsa är väl att man numera inte enbart konkurrerar med lön, utan också med möjligheter till fortbildning, personlig utveckling och delaktighet i verksamhetens utveckling. Kanske denna lilla studie kan inspirera fler lokalföreningar att kontakta och stödja de tjänstemän, i privat liksom i offentlig verksamhet, som har den svåra men viktiga uppgiften att rekrytera allmänläkare?

**Gösta Eliasson**

Ordförande i utbildningsrådet  
SFAM Halland  
[gosta.eliasson@sfam.se](mailto:gosta.eliasson@sfam.se)

**Nils Rodhe**  
SFAM Dalarna

**Jan Håkansson**  
SFAM Jämtland

**Stefan Wallmark**  
SFAM Norrbotten

## Referenser

1. Fortbildningsenkät 2012. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2013.
2. Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015 Specialistläkarnas fortbildning. Stockholm: Sveriges Läkarförbund 2015.
3. Nilsson A, Olofsson C. Den goda arbetsplatsen i primärvården. Läkartidningen. 2011;108:128-9
4. Bergstrand O. Hur behåller man och lockar läkare till primärvården? VC Löddeköpinge, Region Skåne; 2014





## SFAM informerar

Svensk förening för glesbygdsmedicin inbjuder till  
**16:e nationella konferensen  
i glesbygdsmedicin**

5-7 april 2016 i Lindvallen, Sälen

Träna att ta hand om skidskador!  
Lär dig om skullskador och hjärtstopp!  
Information och anmälan: [www.glesbygdsmedicin.info](http://www.glesbygdsmedicin.info)



				
<b>Bemannings-situation</b>	Kritisk. Betydande vakanser, ett fåtal vårdcentraler har tillfredställande bemanning.	Stora behov av rekrytering till flertalet hälsocentraler. Stor andel inhyrd personal.	Mycket ansträngd situation med 50 procent vakanser, hög medelålder och många deltider.	Vakanser finns på flera håll, men antalet ST-läkare är så stort att det på sikt möjliggör fullgod bemanning.
<b>Vad är viktigt för att kunna behålla och nyrekrytera allmänläkare?</b>	Att läkarna har erfarna kollegor i sin närhet, ett rimligt uppdrag och att de har möjlighet till kollegialt nätverkande. Förståelse för det allmänmedicinska uppdraget hos chefer och ledning.	Bra arbetsmiljö. Möjligheter till fortbildning, personlig utveckling och verksamhetsutveckling. Rimlig lön	Bra arbetsmiljö med bra kollegor, teamkänsla, möjlighet till utveckling och att kunna påverka arbetstiden. Delaktighet i verksamheten och att kunna erbjuda karriärvägar.	Möjlighet att utvecklas kliniskt och genom fördjupning inom vissa områden samt ledarskaps- och forskningsmässigt. Möjlighet att påverka framtidens primärvård.
<b>Vilka medel används för att rekrytera?</b>	Rekryteringsåtgärder riktade till AT-läkare. Utlandsrekrytering. Erbjudanden till äldre läkare att arbeta som mentorer och handledare till yngre kollegor. (Lönenivån)	Åtgärder för bra arbetsmiljö, fortbildning och tid för reflektion samt utvecklingsarbete. Se till att alla yrkesgrupper "verkligen arbetar på toppen av sin kompetens". (Lönenivån)	Presentationskvällar för AT-läkare med information om primärvård. (Lönenivån) Marknadsföring av utbildnings- och akademiska vårdcentraler.	Vi erbjuder möjligheter till individuell professionell utveckling och möjlighet att påverka verksamhetens utveckling.
<b>Används bra fortbildning som ett rekryteringsmedel?</b>	Fortlöpande kompetensutveckling är viktigt för alla yrkeskategorier.	Oerhört viktigt. En rimlig del av arbetstiden måste avsättas.	Ja. Vi har fått ett nytt, långtgående verkställighetsbeslut angående fortbildning.	Fortbildning bör ses i ett större sammanhang. Man rekryterar inte genom att utlova ett antal utbildningstimmar per år, utan genom möjlighet att skapa en teambaserad, välfungerande och harmonisk primärvård.
<b>Används erbjudanden om forskning och utveckling som ett rekryteringsmedel?</b>	Viktigt att kunna erbjuda forskning och utveckling till intresserade. Egen FOI finns samt utvecklings- och utbildningsenhet. Landstinget kan säkerligen utveckla förmågan att kommunicera dessa möjligheter.	Vi satsar på en primärvårdsutvecklingsfunktion där forskning och utveckling samlas.	Det finns två akademiska VC, en utbildnings-VC och en klinisk utbildningsenhet. Vi behöver lyfta fram dessa delar i större utsträckning.	

## SFAM informerar



Svensk förening för  
medicinsk psykologi  
inbjuder till

## Balintmöte 2016

**Fredag 22 april, Lund:**

Utvärdering av och forskning om balintgrupper.  
Kan framtida utvärdering och forskning samordnas?

**Lördag 23 april, Malmö:**

Workshop om balintgrupper och balintgruppledarskap.  
Information och anmälan: <http://sfmp.se>



**Annons**



# Sörmland satsar Primärvård!

Varma vindar blåser över det sörmländska landskapet. Primärvården arbetar äntligen i medvind med glädje och hög tillit från politiker och ledning. Sådant skapar möjlighet! ST-läkarna blir 95 nästa år mot 30 för 5 år sedan. Betydande resurser avsätts för utbildning, forskning och utveckling. Nära organiserat samarbete skapas med universitet och högskolor för att säkra och höja personalens kompetensutveckling och engagemang.

## Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland



Hälsoval Sörmland (landstingets beställarorganisation) bildade PrimUS (Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland) för ett år

sedan, som resultat av enträget arbete av SFAM Sörmlands styrelse. Uppdraget är att tillsammans med universitet och högskolor genom Akademiska vårdcentraler bedriva verksamhetsförlagd grundutbildning på hög nivå och att medverka till goda förutsättningar för klinisk patientnära primärvårdsforskning i samverkan med Centrum för Klinisk Forskning i D-län (CKFD) och Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap/Allmänmedicin och Preventivmedicin i Uppsala.

PrimUS ska också verka för fortbildning och vidareutbildning av primärvårdens vårdaktörer och bereda goda förutsättningar för kliniskt utvecklingsarbete mot en alltmer evidensbaserad primärvård. Inom verksamheten finns tre studierektorer, två fortbildningssamordnare och fyra disputerade handledare för ST-forskningsprojekt.

Ännu är fokus på allmänläkarna då Sörmland lider brist på specialister i allmänmedicin. På något längre sikt kommer samtliga professioner inom primärvården att omfattas. Primärvården blir bäst för patienter och personal då vi arbetar interaktivt och tillvaratar våra kompetenser i samverkan.

PrimUS drivs av Hälsoval Sörmland med en referensgrupp från Hälsoval och Uppsala universitet, d.v.s. Centrum för Klinisk Forskning i D-län (CKFD) samt Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap/Allmänmedicin och Preventivmedicin.

PrimUS har gemensamma lokaler med Landstingets FoU-centrum där CKFD ingår. Det innebär tillgång till forskning, handledare, statistiker och akademi som ger stöd, stimulans och glädje i arbetet.

## Forskning i den allmänmedicinska vardagen

Mariefreds och Strängnäs vårdcentraler driver gemensamt en akademisk vårdcentral med huvuduppdrag att ta hand om läkarstudenter från Uppsala universitet och stimulera primärvårdsforskning. Strängnäs VC har två forskar-ST-block i allmänmedicin.



**Linus Johnsson** är med.dr. och associerad till Uppsala universitet Folkhälso- och vårdvetenskap. Han är ledamot av SFAM-Q.

– Jag gör min post-doc och kan därmed relativt fritt välja ämne, design och samarbetspartners för min forskning. Jag handleder ST-projekt och läkarstudenter, undervisar, initierar förbättringsarbeten och engagerar mig i SFAM:s kvalitets- och patientsäker-

hetsråd, SFAM Q. För dig som överväger en forskar-ST är det viktigt att se till att du kan fördela din forskningstid någorlunda flexibelt. Du bör vara beredd på att det inte är självklart för dina medarbetare att den tid du lägger på forskning och utveckling är en viktig investering och att du riskerar att komma efter i löneutvecklingen.



**Johanna Haraldsson** är doktorand i allmänmedicin Uppsala Universitet, Folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för allmänmedicin och preventivmedicin.

– Genom att dela min arbetstid mellan klinik och forskning får jag det bästa av två världar. Kunskaper och erfarenheter från de båda smälter samman och ger mig nya perspektiv. Jag finner energi att utvecklas när patientarbetets mänskliga möten varvas med akademins teoretiska

resonemang. Forskar-ST ger mig som doktorand en fantastisk frihet, både i ämnesval och i hur jag disponerar min arbetstid.

Men för att vardagen ska fungera krävs planering. Dessutom går allt på halvfart, vilket kräver tålamod inte bara av mig, utan också från min chef, mina handledare, kollegor, medarbetare, patienter och familj.

Det är i arbetet på vårdcentralen vi ser var kunskapsbehovet är som störst. Det är där vi kan identifiera var sekundärvårdens kunskaper är otillräckliga eller otillämpbara för de problemställningar vi allmänmedicinare möter. En forskar-ST är en möjlighet att beforska frågor som är relevanta för den allmänmedicinska vardagen.

## Utbildning och fortbildning

### – av, med och för allmänläkare

I Sörmland är ST-läkarna och deras utbildning viktig! Att tredubbla antalet under en kort tid är en utmaning. Under våren startar vi en utbildningsvårdcentral där ST-läkarna ansvarar för den medicinska verksamheten med erfarna motiverade distriktsläkare som handledare vars viktigaste uppgift är att handleda – inte vara kliniker. Ett flertal pedagogiska handledningsformer kommer att introduceras och hela verksamheten vetenskapligt utvärderas.





**Stina Schell** är fortbildningssamordnare.

– Fortbildningssamordnare har funnits i Sörmland sedan 2003 efter ett initiativ av den lokala SFAM-föreningen. Distriktsläkarna i Sörmland har en gemensam mötespunkt i form av en dubblerad heldag. Dagarna är välbesökta och viktiga, inte bara ur fortbildningssynpunkt.

**"... ett mycket gott samarbetsklimat mellan professionen, Hälsoval och politiken."**

Sedan hösten 2014 är vi två fortbildningssamordnare. Hälsoval är uppdragsgivare och vi har tre timmar vardera per vecka för uppdraget. Vi har upplevt ett mycket gott stöd, och kan ägna oss mer åt fortbildningens innehåll än åt administration. I rollen som fortbildningssamordnare ingår att fånga upp fortbildningsbehov och skapa program med uttalat allmänmedicinskt perspektiv. Målsättningen är *av, med och för* allmänläkare.

Vi stöttar FOKUS/ Balint grupper, samarbetar med studierektorerna och Läkemedelskommittén. Uppdraget är intressant och kan formulera och driva en gemensam lägstanivå kring läkares fortbildning i primärvården ur kvalitets- och patientperspektiv.

**Rolf Bergström** är studierektor.

– Läkarbemanningen inom allmänmedicin i Sörmland har historiskt sett varit mycket bekymmersam. Hälsoval och politiker bjöds in till workshop där problematiken diskuterades. Flera av idéerna som då lades fram har sedan realiserats tack vare ett mycket gott samarbetsklimat mellan professionen, Hälsoval och politiken. Glädjande nog har vi ett stort inflöde av ST i primärvården, från 26 st till 75 st på 10 år! Studierektorer har gått över från Landstingets PU-enhet till Hälsoval och fått ökad tid för uppdraget. Som stöd har vi en sekreteraresurs heltid med uppgift att sköta ST-läkares sidoplaceringar. Utmaningen består framförallt i att matcha de många utbildningsläkares behov av handledning.

Det är kul och stimulerande att arbeta inom den sörmländska primärvården. Tack vare gott stöd från den politiska och Hälsovalsledningen samt engagerade medarbetare finns goda förutsättningar att nå framgång med morgondagens primärvård.

**ST-projekthandledare**

ST-läkarnas vetenskapliga projektarbeten handleds av fyra disputerade allmänläkare som med 20 % arbetstid vardera har uppdraget kombinerat med egen forskningstid. Handledargruppen träffas och samråder regelbundet och godkänner projektarbetena gemensamt.

**Oxelösunds vårdcentral satsar på unga läkare**



**Cédrick Arrivé** är distriktsläkare och verksamhetschef för Oxelösunds vårdcentral.

– Oxelösunds vårdcentral är en verksamhet som jobbar aktivt med förnyelsearbete och satsar på unga ST-läkare. Vi har tre distriktsläkare och 5 ST-läkare. Vi ser positivt på unga arbetskamrater. Planeringen för varje ST-läkare är individuell och det finns tillgång till god handledning med erfarna handledare. Att få vara på en vårdcentral som ligger i en lite mindre stad och som för de allra flesta av stadens invånare är förstahandsvalet när de vård, innebär för nya unga kollegor möjlighet till ett varierat och stimulerande arbete. Det finns möjligheter att få roliga uppdrag och bidra till våra utvecklingsprojekt (HBTQ-certifiering, föreläsningar för nyanlända m.m.).



**Elinor Spong** är en ung läkare som började sin ST-tjänst på Oxelösunds vårdcentral för ett år sedan.

– Jag gjorde min avslutande AT-placering på VC Oxelösund. Jag trivdes så bra här och fick erbjudande om att omgående påbörja ST-tjänst. Här finns möjligheten att följa en patient över längre tid, vilket är lärorikt.

Bra stämning bland personalen var en av förutsättningarna för att jag skulle vilja stanna kvar på vårdcentralen. Att flera ST-läkare finns här är positivt.

Det är mycket viktigt att ha en handledare som är tydligt engagerad och intresserad av min vidareutbildning och utveckling. Att mer erfarna kollegor vill dela med sig av sin kunskap och erfarenhet är viktigt för att vi mindre erfarna ska kunna utvecklas på önskvärt sätt, och det gör arbetet så mycket roligare!

Jag har fått möjlighet att vara med och utforma mitt eget grundschema, vilket är bra eftersom jag då fått möjlighet att fundera över hur jag vill lägga upp min arbetsdag. På vårdcen-



LANDSTINGET  
SÖRMLAND

Landstinget Sörmland har 283 000 invånare, cirka 3 % av Sveriges invånare. Hälsoval Sörmland är beställarorganisationen för vårdvalet.

Privata vårdcentraler: 9

Landstingsdrivna: 17

Primärvårdens Utvecklingsenhet Sörmland (PrimUS)

Stimulerar o stöder utbildning, forskning o utveckling



tralen bedrivs utvecklingsarbete. Vi har precis börjat arbeta i arbetsgrupper för att utveckla verksamheten. Att få möjlighet att påverka och bidra till hur den verksamhet man arbetar i utformas ser jag som mycket positivt.

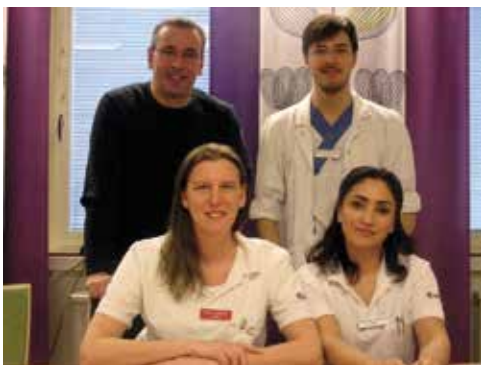


**Hanna Sundström**, ST-läkare på vårdcentralen berättar om sina erfarenheter efter tre år på vår lilla ort.

– Det som lockade mig till allmänmedicinen var omväxlingen och det patientnära arbetet. Att vara ST-läkare i primärvården i Sörmland är utmärkt.Handledningen prioriteras. Jag har en erfaren specialist som handledare. Är hon inte på plats finns det alltid någon annan att fråga.

Vi har återkommande utbildningstillfällen med övriga ST-läkare från andra vårdcentraler en förmiddag i månaden. Här får vi själva styra över innehållet och turas om att organisera dessa möten. Det är aldrig några svårigheter att komma loss för att gå på utbildningar. De flesta obligatoriska kurserna erbjuds i Sörmland, vilket är bra.

Arbetstempot är högt men det har jag inget emot. Det viktiga är att det finns möjlighet att trampa på bromsen när det behövs! Vi har stora möjligheter att själva utforma innehållet i vår ST. Vill man forska finns möjlighet. Vårt randningsbehov kan tillgodoses inom landstinget, men externa randningar går att ordna. Utbildningsplanen revideras årligen med gott stöd från studierektorerna, som är engagerade och ofta deltar vid våra utbildningstillfällen.



*Florim Delijaj,  
Hans-Lee  
Teh Werner,  
Anna Eriksson  
och  
Kalthum Raudusti.*

## Torshälla vårdcentral har ST-läkare i ledningsgruppen

**Florim Delijaj** är distriktsläkare och verksamhetschef för Torshälla Vårdcentral.

– Torshälla Vårdcentral har 28 anställda medarbetare och cirka 9200 listade patienter. Vårdcentralen är ett bra exempel när det gäller att genomföra satsningarna från Landstinget Sörmland på rekrytering av ST-läkare till primärvården. Hos oss utbildas tre ST-läkare och det finns planer att öka antalet ytterligare.

Våra ST-läkare deltar aktivt i verksamhetsutvecklingen. En av ST-läkarna är med i vårdcentralens ledningsgrupp och andra har ansvar för olika medicinska områden. En ST-läkare ansvarar för kvalitetssamordning i verksamheten och visar stort intresse för förbättringsarbete. Ett omväxlande arbete ger dem

större möjlighet att trivas på arbetsplatsen och bidrar till deras utveckling.

Vårdcentralen har fasta distriktsläkare med erfarenhet och kompetens vilket är en viktig parameter som skapar trygghet hos våra yngre kollegor. Vi ger bra handledning. Som allmänläkare är man tvungen att fatta många individuella medicinska beslut dagligen på sitt arbetsrum, något som skiljer sig från sjukhusarbetet.

Genom att betrakta ST-läkare som en integrerad del av verksamheten bidrar de aktivt med nya idéer kring utveckling och förbättring. De är en resurs och fungerar som ett stöd för andra personalkategorier.

---

**"Det fanns en god bemanning av fast anställda läkare, och man prioriterade kvalitet istället för kvantitet."**

---

Hög arbetsbelastning inom Primärvården är känt i stort sett över hela landet med negativa konsekvenser i många aspekter, inte minst när det gäller rekrytering av nya ST-läkare. Ledningen har ansvar att styra verksamheten med rätt prioritering för att minska riskerna för stressrelaterad ohälsa och dålig arbetsmiljö. Studierektorerna har en viktig roll när det gäller utbildning och fortbildning av ST-läkarna. De är en viktig resurs som skapar en bra stämning i hela ST-gruppen i länet och som skapar förutsättningar för en bra och trivsamt arbetsmiljö.

**Anna Eriksson**, ST-läkare: Jag sökte mig till Torshälla Vårdcentral då det fanns utbildningsläkare. Det signalerade att det förmodligen skulle finnas bra handledning på vårdcentralen. Jag har alltid varit en person som vill utveckla verksamheter, få vara med och bidra till dess utveckling. Det tycker jag absolut jag får möjlighet till. Nu kan vi skörda frukterna av tidigare genomförda förbättringsförslag och samtidigt påbörja nya projekt.

Vårdcentralen är som alla andra vårdcentraler hårt belastad. Ledningen försöker dock ta hänsyn till att när det blir för stressigt kunna avlasta den som har det tyngst. Det tror jag är viktigt – att spara på personalkraften så att den håller i många år framöver.

**Hans-Lee Teh Werner**, ST-läkare: När jag kom till Torshälla vårdcentral hade jag sett den värsta sidan av svensk primärvård, både privat och offentlig. Jag hade jobbat som hyrläkare i sex månader, och var redo att lämna allmänmedicinen helt och hållet. Men när jag kom till Torshälla märkte jag två saker: Det fanns en god bemanning av fast anställda läkare, och man prioriterade kvalitet istället för kvantitet inom vården.

Jag fick gott stöd från kollegorna och gott om tid att prata med och undersöka mina patienter. Jag blev även tillfrågad att delta i mindre utbildningsmoment på vårdcentralen. Jag kom snart till insikt att Torshälla hade något annat utöver det vanliga, och tog chansen att påbörja ST här. Som utbildningsdoktor har jag fått bra stöd i min läkarroll från både handledare och andra i vårdcentralens personal.



**Kalthum Raundusi**, ST-läkare: Mitt första steg i den svenska sjukvården var på Torshälla vårdcentral där jag fick mitt första vikariat. Efter min AT-placering bestämde jag mig för att fortsätta min karriär på vårdcentralen tack vare ett flertal fördelar. Bra bemötande, trevlig personal och bra arbetssätt.

Jag tycker att min vårdcentral är en ideal arbetsplats för ständig utveckling och uppdatering. Ett vänligt förhållande till cheferna bidrar till en trevlig arbetsmiljö och öppna diskussioner, bra planering, undervisning, medicinsk vägledning, svensk språkundervisning för utländska doktorer, välfungerande handledning samt patientsäker vård.

Torshälla vårdcentral har tagit flera steg framåt på senaste åren. Vi satsar på att skapa god arbetsmiljö med delat ansvar, flexibilitet, där jag som småbarnsmamma fått specialscheman anpassat för mig. Detta ger mig möjlighet att arbeta ännu mer effektivt.



**Thorne Wallman**  
Med.dr, adj. universitetslektor  
Uppsala universitet  
thorne.wallman@dll.se



**Mats Henningson**  
Socionom, utredare

Båda PrimUS Hälsoval,  
Landstinget Sörmland

*Jäv föreligger ej.*

# Fortbildningen för specialister i allmänmedicin minskar

## En uppföljningsstudie efter införandet av vårdval i Kronobergs län

**En enkät skickades 2014 till samtliga specialister i allmänmedicin i Kronobergs län och jämfördes med motsvarande enkät från 2008. Resultaten visar att deltagande i fortbildning i form av lokala SFAM-utbildningar, nationella konferenser och FQ eller balintgrupper har minskat mellan åren 2008 och 2014. Samtidigt har också en ojämlikhet i deltagande tillkommit relaterad till kön och arbetsplatsens driftsform och storlek.**

En kontinuerlig professionell utveckling är nödvändig för att kunna verka som läkare. Sedan 2004 har Sveriges läkarförbund regelbundet undersökt läkares fortbildning. Undersökningarna visar en minskande mängd erhållen fortbildning och att speciellt allmänläkare deltar betydligt mindre i fortbildning än läkare med andra specialiteter [1].

Sverige saknar en myndighetsledd eller professionsledd reglering av fortbildningen vilket, vid en granskning 2011, bland annat avspeglade sig i att 15 av 21 lands- tings- och regioner inte hade några krav på läkarnas fortbildning i sina respektive

vårdvalsspecifikationer som reglerar ersättningar, vårdens innehåll, och uppföljning [2]. Fortbildningsrådet inom Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) upprättade därför 2012 en "golden standard för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem" som stöd vid utformning och uppdatering av vårdvalsdokument inkluderande strukturella förutsättningar, omfattning, uppföljning och ekonomiska incitament för fortbildning [3].

SFAM har också initierat en genomgripande utredning om hur allmänläkares fortbildning skulle kunna organiseras och underlättas. Kurser, föreläsningar och deltagande i kongresser har varit dominerande inom fortbildningen. För att gå från kontinuerlig medicinsk utbildning till en professionell utveckling måste sådant som utvecklar förståelsen för hur kunskap skapas, reflektion och tillämpning i praxis stimuleras och utvecklas. I utredningen ges ett flertal förslag på fortbildningsaktiviteter som stärker detta [4].

Undersökningar om allmänläkares fortbildning i Kronobergs län genomförda 1996 och 2009 visade likartade resultat med en god uppslutning till lokal

fortbildning men lågt deltagande i extern fortbildning och bristande tillgång till kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen [5,6]. I och med Vårdval Kronobergs införande fick alla vårdcentraler oavsett driftsform samma grunduppdrag som revideras årligen. Fram till 2015 har inte fortbildningens omfattning eller mål varit preciserade i uppdraget. Från och med 2016 ska deltagande i fortbildningsaktiviteter redovisas. Målet för heltidsarbetande läkare är tio eller fler dagar per år.

I en utvärdering av primärvården i Kronobergs län före och efter Vårdval Kronobergs införande (2008/09 respektive 2011/12) framkom att antalet vårdcentraler ökat liksom andelen privata vårdgivare. Produktiviteten och tillgängligheten ökade i form av antal besök och telefonframkomlighet men samtidigt framkom tecken på en försämrad arbetsmiljö [7]. På senare år har bemanningsläget förändrats med fler hyrläkare och flera pensionsavgångar. SFAM Kronoberg har med anledning av de organisatoriska förändringarna sett det som angeläget att följa upp utvecklingen av fortbildningen för allmänläkare inom regionen.



Syftet med undersökningen var att kartlägga om mängden fortbildning för specialister i allmänmedicin förändrats mellan år 2008 och 2014.

### Metod

I Kronoberg infördes vårdvalet i mars 2009. Vid föregående mätning 2008 fanns 26 vårdcentraler varav tre privata. Vid den uppföljande enkäten fanns 32 vårdcentraler varav 11 privata.

Den interna fortbildningen för allmänläkare har i Kronoberg sedan 70-talet arrangerats av professionen, initialt av lokala distriktsläkarföreningen och sedan 90-talet av lokala SFAM [8]. Under de år som enkätstudien berör anordnades sju lokala utbildningsdagar år 2007–2008 och nio utbildningsdagar år 2013–2014. Kollegiala utbildningsgrupper (FQ-grupper) och balintgrupper har sedan 90-talet varit viktiga delar av fortbildningen.

**"Sjukvårdssystemet med en allt mer subspecialiserad sjukhusvård med minskande antal vårdplatser är beroende av en välfungerande högkompetent primärvård."**

En webbaserad enkät skickades ut i november 2014 till samtliga specialister i allmänmedicin och följdes upp med två påminnelser. Enkäten var densamma som skickades ut till motsvarande målgrupp år 2008 [6]. Enkäten innehöll frågor kring fortbildning avseende intern fortbildning (anordnad inom regionen), kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen, reflekterande fortbildning (FQ-grupper eller balintgrupper) och extern fortbildning (konferenser eller kurser anordnade utanför landstinget). En deskriptiv analys av materialet gjordes liksom en jämförelse mellan kön, driftsform respektive vårdcentralstorlek. Resultaten från enkäterna 2008 och 2014 jämfördes. Vid jämförelse mellan grupper användes Chi2-test för kategoriska variabler och t-test vid jämförelser av medelvärden. Materialet analyserades i SPSS. Ett p-värde < 0.05 bedömdes som signifikant.

### Resultat

Enkäten skickades ut till 116 distriktsläkare och hade en svarsfrekvens på 43 % i jämförelse med 64 % vid enkäten 2008. Jämfört med resultaten från år 2008 var respondenterna äldre och en större andel arbetade på mindre vårdcentraler samt i privat regi (tabell 1).

Resultaten för 2014 års enkät visar skillnader i erhållen fortbildning beroende på kön, arbetsplatsens driftsform och storlek. Det var vanligare att kvinnor jämfört med män erhållit högst fem interna utbildningsaktiviteter per år (51 % vs 32 %,  $p=0,048$ ). Läkare på privata vårdcentraler hade i mindre uträkning deltagit i intern fortbildning, jämfört med anställda vid offentliga vårdcentraler. Andelen som fick högst fem utbildningsaktiviteter per år var 72 % jämfört med 34 % ( $p<0,01$ ). Få av dem som arbetade på privata enheter svarade på frågor avseende specifika utbildningsaktiviteter såsom Läkemedelskommitténs eller SFAM Kronobergs utbildningsdagar. Därför går det inte att uttala sig om eventuella skillnader. Fler av dem som arbetade på stora vårdcentraler (sju eller fler doktorer) hade gått på sex eller fler interna utbildningstillfällen per år jämfört med dem som arbetade på små vårdcentraler (1–6 läkare) (74 % vs 52 %,  $p=0,03$ ). Frånvaron av kontinuerlig fortbildning på arbetsplatsen var större vid små vårdcentraler än vid stora (47 % vs 26 %,  $p=0,01$ ).

Den sammanlagda interna fortbildningen har minskat mellan de två undersökningarna, vilket inneburit att andelen som haft minst sex utbildningstillfällen per år hade sjunkit från 71 % till 45 % ( $p<0,01$ ). Skillnaden berodde främst på ett minskat deltagande i såväl SFAM Kronobergs fortbildning som deltagande i FQ eller balintgrupp. Även deltagandet i Riksstämman och Allmänmedicinskt forum har signifikant minskat så att 92 % respektive 86 % inte besökt dessa de senaste två åren.

Den organiserade fortbildningen på arbetsplatsen hade inte förändrats över åren. Tjugofyra procent hade inte haft någon organiserad fortbildning, 52 % hade haft det vid 1–2 tillfällen och 24 % hade haft det vid tre eller fler tillfällen. Också den kontinuerliga interna fortbildningen på arbetsplatsen var väsentligen oförändrad mellan åren där 24 % inte alls hade detta medan övriga hade det ibland eller mer frekvent. Det finns indikationer

på att antalet timmar för egen fortbildning på arbetstid hade minskat mellan åren även om skillnaden inte var signifikant (medel 0,54, SD 1,08 för år 2008 och medel 0,46, SD 0,83 för år 2014,  $p=0,08$ ). Tiden som lagts ned på egen fortbildning under fritiden var oförändrad (medel 2,4 timmar, SD 1,44). Likt tidigare hade majoriteten (70 %) inte deltagit i externa medicinska kurser.

**"Det är särskilt bekymmersamt att ojämlikhet relaterad till kön och driftsform tillkommit vilket behöver uppmärksammas inte bara på de enskilda vårdcentralerna utan också organisatoriskt."**

Likt tidigare upplevde majoriteten att de inte fått tillräcklig fortbildning (73 % år 2008, 84 % år 2014, ej signifikant förändring). Att verksamhetschefen nekat till deltagande i fortbildning pga. tidskäl hade blivit vanligare (45 % år 2008 jmf med 64 % år 2014,  $p=0,02$ ). Många ansåg att de inte kunnat gå på fortbildning eftersom de inte kunnat vara borta från arbetet vid något tillfälle (34 %) eller ofta (48 %). Siffrorna är väsentligen oförändrade mellan åren. Liksom tidigare ser i princip alla fortbildning som en del av arbetet där 24 % svarade "till viss del" och 76 % "framförallt". Fortbildning uppfattas inte som lönebildande (58 %) men att erhållen kunskap uppskattas av kollegorna (90 %). Majoriteten (74 %) tyckte att 6–10 % av arbetstiden skulle vara en rimlig andel för fortbildning och önskade 5–8 externa utbildningsdagar per år (68 %).

### Diskussion

Sammanfattningsvis visar resultaten att deltagande i fortbildning i form av lokala SFAM-utbildningar, nationella konferenser och FQ eller balintgrupper har minskat mellan åren 2008 och 2014. Samtidigt har också en ojämlikhet i deltagande tillkommit relaterad till kön och arbetsplatsens driftsform och storlek. Majoriteten ansåg att de fått för lite fortbildning och det har blivit vanligare att



verksamhetschefer nekat fortbildning på grund av tidsskäl.

Studien hade en relativt låg svarsfrekvens som kan ha påverkat jämförelserna mellan åren. Låg svarsfrekvens på vissa specifika frågor gjorde också en del jämförelser omöjliga. Det framkom emellertid att alla fortbildningskategorier, inom såväl intern som extern fortbildning, hade minskat. Bilden av en minskande mängd fortbildning är således samstämmig med läkarförbundets undersökningar [1].

Om omorganisationerna i samband med införandet av Vårdval Kronoberg är en orsak till en minskad fortbildning för allmänläkare går inte att fastslå eftersom också vårdcentralernas fasta läkarbemanning minskat, vilket skulle kunna försvåra deltagande i fortbildning på grund av ökade produktionskrav för kvarvarande läkare. Resultaten visar dock att man inom nuvarande organisation inte kunnat tillgodose en adekvat fortbildning för de allmänläkare som svarat på enkäten.

Att vårdvalspecifikationen som definierar kraven på vårdvalsaktörerna inte inkluderade fortbildningsfrågor i samband med införandet av Vårdval Kronoberg kan vara en orsak till att man inte har prioriterat fortbildningen. I samband med vårdvalet har tillgängligheten till primärvård varit i fokus, vilket kan ha minskat chefernas benägenhet att avsätta tid för fortbildning.

Vårdvalet har också inneburit fler små vårdcentraler, där det av bemanningsskäl kan vara svårare att komma ifrån den kliniska verksamheten. Samtidigt har det skett en ökad rörlighet inom läkarkåren

med fler hyrläkare vilket borde stärkt incitamentet till att värna och även öka fortbildningen för att behålla kvarvarande fast anställda läkare.

Det är anmärkningsvärt att allmänmedicinare är en av de läkargrupper som deltar minst i fortbildning samtidigt som kraven ökar i form av att mer komplicerade utredningar utförs på vårdcentralnivå och att mycket arbete som tidigare sköttes av sjukhusspecialister har tagits över av primärvården de senaste åren. I ett samhälle med snabb medicinsk utveckling som medför höga krav att inhämta ny kunskap är det problematiskt att allmänläkares fortbildning verkar fortsätta sjunka från en redan låg nivå.

Resultaten i den här studien visar att en stor andel av allmänläkarna ansåg att de hade för lite tid till fortbildning och att ansvaret för fortbildningen till stor del vilar på dem själva [5]. SFAM:s fortbildningsråd betonar vikten av att tydliggöra fortbildningens roll och lägga ansvar på värdenheterna genom att kräva handlingsplaner för genomförande och uppföljning av fortbildning för ackreditering inom vårdvalsystemen. Vidare poängteras behovet av att skapa ekonomiska incitament som minskar trösklar till fortbildning relaterat till kortsiktig produktionsförlust genom specifik fortbildningsfinansiering [3].

Det är särskilt bekymmersamt att ojämlikhet relaterad till kön och driftsform tillkommit vilket behöver uppmärksammas inte bara på de enskilda vårdcentralerna utan också organisatoriskt. Att fortbildning nu introducerats som

ett nyckeltal, men utan koppling till ersättning, i årets vårdvalspecifikation i Region Kronoberg kan kanske utjämna en del av den ojämlikheten. Det återstår att se om ekonomiska incitament behövs för att en förändring ska ske.

För att upprätthålla en högkvalitativ primärvård krävs resurstillskott och aktiva åtgärder för att främja allmänläkares fortbildning. En utveckling mot SFAM:s rekommendation om 10 % av arbetet för intern fortbildning och minst tio dagar extern fortbildning per år är nödvändigt. Sjukvårdssystemet med en allt mer specialiserad sjukhusvård med minskande antal vårdplatser är beroende av en väl fungerande högkompetent primärvård. ►►



**Mattias Rööst**  
med.dr.  
Alvesta vårdcentral<sup>1,2</sup>  
mattias.roost@kronoberg.se



**Olof Cronberg**  
Växjöhälsan  
vårdcentral<sup>1</sup>



**Sara Holmberg**  
med.dr. Företagsläkare,  
Växjö kommun<sup>1</sup>

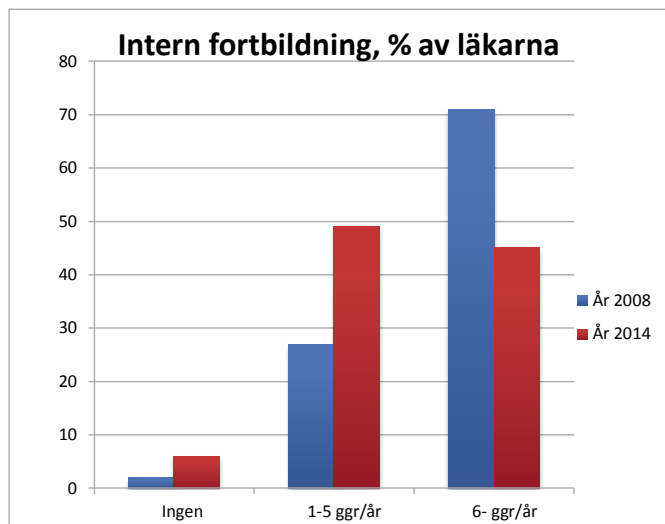


**Helene Ekström**  
med.dr.  
Alvesta vårdcentral<sup>1</sup>

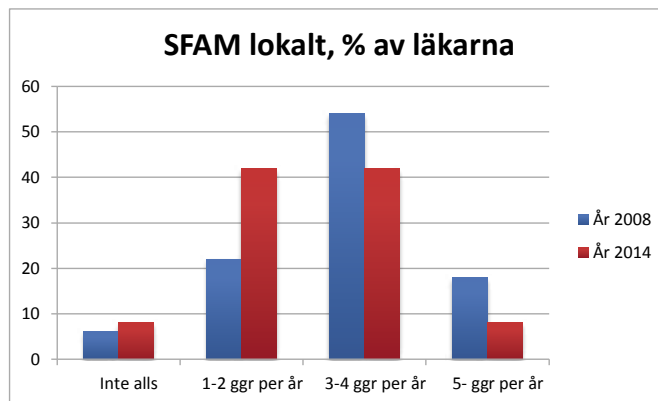
1 FoU Region Kronoberg, Växjö.

2 Institutionen för kliniska vetenskaper, allmänmedicin, Lunds Universitet, Malmö.

*Jäv finns.*



Figur 1: Jämförelse av intern fortbildning för specialister i allmänläkare i Kronobergs län mellan år 2008 och år 2014.



Figur 2: Jämförelse av deltagande i SFAM Kronobergs utbildningsdagar för specialister i allmänläkare i Kronobergs län mellan år 2008 och år 2014.



### ► Referenser

1. Fortbildningsenkät 2012. Sveriges läkarförbund. [https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Fortbildningsenk%c3%a4t%202012\\_r%c3%a4tt.pdf](https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Fortbildningsenk%c3%a4t%202012_r%c3%a4tt.pdf)
2. Thörneby A. Vårdvalet har missat fortbildningen. *AllmänMedicin* 2012;4:24
3. "Golden standard" för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem. Svensk förening för allmänmedicin 2012.
4. Alm G, Thorén E, Håkansson A. Fortbildningsenkät till Kronobergs distriktsläkare. *AllmänMedicin* 1996;17:189-90.
5. Eliasson G. Allmänläkares fortbildning. Utredning. Svensk förening för allmänmedicin 2014.
6. Rööst M, Ekström H, Holmberg S. Fortbildning för allmänläkare i Kronobergs län 2007-2008. *AllmänMedicin* 2009;3:23-25.
7. Ekström, H., Holmberg, S., Karlsson, A. Vårdval Kronoberg. Kartläggning av primärvården i Kronobergs län före och efter Vårdval – en jämförande studie. Växjö: FoU Kronoberg, rapport 2013:2.
8. Petersson C. Allmänmedicin, fortbildning och FoU Kronoberg. *AllmänMedicin* 2001;1:22-3

## GP Update – när Oxford kom till Växjö

Varje år deltar över tolv tusen brittiska GP:s i den populära endagskursen GP Update. Föreläsarna är allmänläkare och överskottet från verksamheten går till välgörenhet i låginkomstländer. Kursen har nu genomförts för tredje gången i Sverige.

Den svenska versionen av endagskursen "GP Update" har vi allmänläkaren och forskaren Hans Thulesius att tacka för. I samband med ett besök i Oxford råkade han på en av initiativtagarna och tog med sig idén hem till Växjö. I Kronoberg nappade man direkt och lät en grupp ST-läkare resa till Oxford och gå kursen. Alla blev mycket nöjda och svenska kursvarianter har sedan genomförts i Växjö och Malmö.

**Kursmaterialet är evidensbaserat** enligt NICE, (National Institute for Health and Care Excellence) som utformar guidelines för brittisk sjukvård. Föreläsarna arbetar kliniskt 2–3 dagar i veckan och lägger ner avsevärt med tid och arbete på att omsätta NICE guidelines till den allmänmedicinska vardagen.

Överskottet från kurserna går till välgörenhet i tredje världen, bland annat genom insatser i flyktingläger. Där genomför man utbildningsprogram om omhändertagande av kroniska sjukdomar, eftersom behandlingen av dessa blir starkt eftersatt till förmån för programmen för tbc-, malaria- och HIV-bekämpning.

**Mottagningsarbetet hos engelska GP:s** skiljer en aning från vårt, men Hans Thulesius menar att det finns ett värde i att få influenser utifrån. Och han tror inte att deltagarna har svårt att hänga med på engelskan.

– I utvärderingen skrev en deltagare att han till och med hade njutit av att höra så vacker engelska!

Denna gång handlade kursen i Växjö bland annat om diabetes, astma/KOL och antikoagulantia vid förmaksflimmer.

– Det finns väldigt många diabetespreparat, men egentligen behöver vi bara lära oss hantera ett enda, nämligen metformin. Och det är viktigare att kontrollera kardiovaskulära riskfaktorer hos diabetikerna än att hålla nere blodsockret. Det gav kursen mig en välkommen bekräftelse på, säger Hans Thulesius.



Hans Thulesius tog GP Update till Växjö.



### Lucy Jenkins om att vara allmänläkare

– Det som gör allmänmedicin så attraktivt för mig är att få vara tillsammans med mina patienter och höra dem berätta om sina glädjeämnen och de svåraste av upplevelser, att sitta tillsammans en stund, i just det där ögonblicket... Ögonblicket då det uppstår en interaktion mellan människor som förändrar både patient och läkare.

Vi kan minska antalet stroke genom att behandla förmaksflimmer, det är viktigt för patienten och för befolkningen. Men det som betyder allra mest är relationen, att finnas där när det handlar om oro, annalkande död eller en svår förlust.

Ju mer stressade vi blir, desto svårare är det att uppleva detta mysterium.



**Lucy Jenkins**, en av föreläsarna menar att den information engelska GP:s får alltför ofta förmedlas på sjukhusläkarnas villkor. Att sjukhuskollegor inte riktigt förstår komplexiteten hos den individuella, multisjuka patienten.

– Därför bör allmänläkare undervisa allmänläkare. Vi har ju inte alla svar, men vi är bra på att dela våra erfarenheter.

Lider de engelska allmänläkarna liksom de svenska av hög arbetsbelastning och brist på fortbildning?

– Ja, vi känner oss pressade. Vi har ett underskott på GP:s och många går i pension. Sjukhusen skriver ut patienterna tidigare,

och de är sjukare. Det betyder ökat arbete för primärvården, och det blir inte bättre av att kommunikationen med våra sjukhus fungerar dåligt.

En allmänläkare måste vara uppdaterad och kunskapsmassan växer för varje dag. Att hänga med i allt nytt är en omöjlighet.

– Att läsa litet här och lite där, det gör vi väl alla, men man förmår inte läsa allt och få överblick. Därför beslöt vi att ägna tid åt att sammanfatta guidelines och sprida kunskaper på ett sätt som allmänläkare har nytta av.

**GP Update startade** i liten skala 2007. Idag undervisar gruppen varje år 12 500 engelska kollegor.

– Vi brukar ha 300 deltagare på varje kurs men vi är en liten organisation med elva aktiva GP:s. Tre av oss uppdaterar kursboken, ”The GP Update Handbook”, säger Lucy Jenkins.

Hans Thulesius hyser gott hopp om att kunna genomföra en ny kurs i Växjö 2017 och att det ska bli fler GP Update i Sverige under kommande år.

– Det gäller bara att SFAM eller någon annan organisatör tar på sig rollen att arrangera mötet och står för administrationen.



**Gösta Eliasson**  
Ordförande i fortbildningsrådet  
Falkenberg

# Annons



# Lyckad 12:e kvalitetsdag

**K**valitetsdagen 2015, anordnad av SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhets råd (SFAM Q) var mycket välbesökt. Många av åhörarna var icke allmänläkare vilket delvis speglade att dagen inte är professionsbunden. Presentationerna visar att primärvården har kompetens att utveckla och förändra

primärvården så att den blir mer effektiv, i enlighet med Göran Stiernstedts tankar.

Avgående ordförande för SFAM Q, Lennart Holmquist, hälsade oss välkomna (se nedan). Därefter presenterades tolv utvalda projekt. I plenum fick vi bland annat lyssna till Christer Petersson som höll ett filosofiskt och litterärt tal om pa-

tienten som person eller som summan av sina data. Allra sist utdelades blommor och diplom för bästa projekt.

**Ingrid Eckerman**  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

## Välkomna till den 12:e nationella kvalitetsdagen i primärvård!

**E**n sak har vi gemensamt: glädjen i att granska och utveckla primärvården. Vi kommer att få flera exempel på detta idag.

SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd, SFAM Q, har genom åren utvecklat olika metoder, tagit fram kvalitetsindikatorer och gjort ställningstaganden i ange-

lägna frågor kring kvalitetsutveckling och förbättringsarbete. Vi har fokus på den enskilda distriktsläkaren och distriktssköterskan, på den enskilda vårdcentralen verksamhet.

Vi vill stimulera lusten att granska, följa och utveckla sin verksamhet men det finns också fallgropar.

Prestationsersättning i komplexa miljöer, som primärvården, kräver försiktighet. Ekonomisk ersättning för enskilda kvalitetsresultat riskerar att skapa incitament till att *dölja* i stället för att *efterforska* de egna svagheterna. Tvingas vi att mäta enbart för att få ersättning är det risk att man döljer sina svaga sidor, men får vi på eget initiativ mäta för att hitta våra svaga sidor kan vi förbättra.

Det finns risk för att det som mäts och ersätts prioriteras och tränger undan andra angelägna områden. Sätts fokus på vissa specifika mått kan det avleda uppmärksamheten från det patienten önskar hjälp med. Rangordning av komplexa

strukturer, t.ex. hela vårdcentralers verksamhet, blir oftast missvisande.

### Vi rekommenderar

- att återkoppling av resultat görs på vårdcentralsnivå;
- att återkoppling på individuell nivå görs på vårdcentralen;
- att det tillskapas support i form av förbättringshandledare med egen erfarenhet av arbete på vårdcentral;
- att möjligheten till kollegial granskning utvecklas;
- att vårdcentralerna deltar i systematiskt förbättringsarbete.

Vi hoppas att dagens föredrag och diskussioner ska bidra till att väcka debatt, nyfikenhet och skaparlust.

**Lennart Holmquist**  
Ordförande i SFAM Q.  
l.holmquist@telia.com



SFAM Q. Från vänster: Hans Brandström, Visby, Stina Gäre Arvidsson, vice ordförande, Stockholm, Ulrika Elmroth, kontaktperson i SFAM Q för styrelsen, Stockholm, Lennart Holmquist, avgående ordförande, Nykvarn, Mikael Lilja, Vansbro, Linus Johnsson, Strängnäs, Eva Arvidsson, Jönköping, Barbro Broman Johansson, Stockholm, Sven Hagnerud, ny ordförande, Piteå.

Foto: Ingrid Eckerman

## Utmärkelsen Bästa projekt



Foto: Ingrid Eckerman

### ETAPP – Effektivare Triagering Av Psykisk ohälsa i Primärvården

Anders Johansson, ST-läkare, vårdcentralen Wisby Söder, Region Gotland

Direktbokning av patienter till KBT-terapeut medförde effektivare behandling med mer selektiv sjukskrivning och läkemedelsbehandling.

*”Med manual och mod har du med triage och sköterska som metod lotsat missmodig patient förbi doktor till terapeutisk rehabzon utan vare sig sjukintyg eller farmakologi då tidig terapi blev som vårdcentralsmagi.”*

### Nyupptäckt hypertoni – förbättrat flöde och omhändertagande vid Granlo hälsocentral

Linda Eriksson, Granlo Hälsocentral, Sundsvall

Enkla åtgärder till låg kostnad minskade slöserierna och ökade valfriheten för patienterna. Ett standardiserat arbetssätt på rätt vårdnivå medförde ökad medicinsk kvalitet.

*”Med patientcentrerad tjänstedesignstudie av några få med killern n:o one, hypertoni, har du med värdeflödeskartan Swimlane låtit väntan, dubbelarbete och frustration göra sorti till förmån för personalens harmoni och många, många patienters normotoni.”*





# Danska Läkardagar firar 25-årsjubileum



Det har aldrig kommit så mycket folk till de danska Läkardagarna. Vid starten 1991 drog mötet 450 deltagare. I år dök inte mindre än 3 300 allmänläkare, ST-läkare med övrig personal upp på Bella Center utanför Köpenhamn för att gå kurser, öva på träningsverkstäderna och träffa kollegor.

Kirsten Talbro Lاراignou, som även i år ansvarar för dagarna är glad över tillströmningen.

– Det är glädjande, men enbart tillväxt



Kirsten Talbro Lاراignou ansvarar för läkardagarna. Foto: Gösta Eliasson

räcker inte. Vi måste också kunna erbjuda hög kvalitet på det stora utbudet av kurser och seminarier.

Under den traditionella öppningsceremonin höll sundhetsminister Sophie Løhde ett långt tal, där hon underströk att allmänläkare är oumbärliga för sjukvården och att hon vill se en mer sammanhållen hälso- och sjukvård och mer dokumentation.

– Praktiserande läkares samarbetspartners har rätt att veta vilken kvalitet ni har. Därför måste ni bli bättre på att dokumentera, manade hon.



Sophie Løhde, sundhetsminister. Foto: Steen Brogaard

Sundhetsministern tog också upp frågan om utlämnande av känslig patientinformation till centrala register genom att säga att det är både legitimt och nödvändigt att myndigheterna får tillgång till primärvårdsdata. Det finns en långdragen konflikt runt detta mellan allmänläkare och stat/regioner. Under den paneldebatt som följde erkände sjukvårdspolitikerna villigt att tidigare beslut inte alltid varit så väl underbyggda. Men såväl politiker och tjänstemän som den allmänmedicinska företrädaren i panelen manade allmänläkarkåren till samförstånd och samverkan.

Idag råder allmänläkarbrist i Danmark. Under debatten menade dock en av politikerna att det inte alls handlar om läkarbrist, utan om en sned fördelning som borde utjämnas. I de tätbefolkade städerna är tillgången god, men i glest befolkade områden är det svår bemannat.



Niels Bentzen fick Mahlerpriset. Foto: Gösta Eliasson

Det prestigefyllda Mahlerpriset tilldelades i år Niels Bentzen, professor i allmänmedicin från Aalborg och välkänd i Sverige, inte minst för arbetet med primärvårdsklassifikationen ICPC. Motiveringen till priset var hans nytänkande och uppskattade arbete för medicinutbildningen.

Har danska allmänläkare det bättre än vi? Att döma av enkäter tillhör danska patienter och deras allmänläkare de mest nöjda i Europa. Men om det beror på att de har ett nationellt ersättningsystem och en stor frihetsgrad genom att själva äga sina mottagningar är svårt att veta. Vad danska allmänläkare kan glädja sig över är dock en bra tillgång till fortbildning och förmånen att få utbildningskostnaderna täckta av statliga fonder.



Gösta Eliasson  
Ordförande i fortbildningsrådet  
Falkenberg  
gosta.eliasson@sfam.se



# Allmänmedicinsk konferens i Sydtyrolen

Sydtyrolen ligger idag i Italien men är tyskspråkigt sedan gammalt tillbaka. Vart tredje år organiseras den tyska allmänläarkongressen tillsammans av de tyskspråkiga allmänläkarföreningarna i Österrike, Schweiz, Tyskland och norra Italiens Sydtyrolen. I år var det Sydtyrolens tur. Bozen är en välmående stad på 100 000 invånare, omgiven av Dolomiternas höga toppar. På gatorna talas idag till lika delar italienska och tyska. Närmaste flygplatsen är Venedig som jag passade på att besöka.

Kongressen är avslutad efter tre intensiva dagar med seminarier och workshops, trevliga samtal med tyska kollegor och utbyte om vårt arbete och vårt varande. En del av kongressens deltagare kände igen mig från det tyska "ordbyte" där jag ibland är med i diskussionen. Utbytet över kulturgränsen vidgar min egen horisont men ger givetvis tillfälle för andra att utvidga sina. Utbyte av erfarenheter är det vi behöver i ett sammanväxande Europa.

En bok på knapp 180 sidor gav överblick över programmet med workshops, seminarier, föreläsningar samt posters om demens, IT, polyfarmaci, kroniskt sjuka, fortbildning, specialist- och studentutbildning, psykosomatik, allmänmedicinens identitet med mera. Det var åtta eller fler parallella sessioner. För egen del intresserade jag mig mest för den relationsspecifika aspekten i vårt dagliga arbete och den psykosomatiska aspekten av våra patienters besvär. Tyskarna har en lång tradition av psykosomatiskt tänkande i sin medicin. Jag saknar denna aspekt i vår svenska allmänmedicin.

Arbetsgruppen Psykosomatik diskuterade var skon klämmer i det psykosomatiska omhändertagandet. Den klämmer i Tyskland precis som i Sverige. Allmänläkarna tycks inte ta sig an sina patienters terapi- och samtalsbehov tillräckligt mycket utan de remitterar iväg dem. Med det bryter de sitt allmänmedicinska omhändertagande av hela patienten. Det låter bekant.

I motsats till oss arbetar tyska allmänläkare prestationsbaserad och har korta mottagningstider. Detta utgör deras största problem. Ändå har tyska specialister i allmänmedicin 80 timmars utbildning i psykosomatisk medicin. För att få rimlig ersättning för samtalsbehandling krävs det dock ytterligare en omfattande tilläggsutbildning. Jämfört med Sverige finns det ett stort antal psykoterapeuter i Tyskland, tiotusentals. Min svenska nöd lämpade sig väl att göra till en dygd, och jag ställde frågan hur mycket psykoterapi som egentligen behövs. Även frågan om rimligheten med tilläggsutbildningar generellt och deras eventuella motsatsförhållande till bredden av det allmänmedicinska uppdraget i sig diskuterades.

## Medicinsk forskning: bättre att singla slant?

Kongressens roligaste key lecture *"Family Doctors and Health*



På gatorna i Bozen talas idag till lika delar italienska och tyska.

Foto: Markus Beland

*Systems: Better health, Better Value*" hölls av Richard Roberts, University of Wisconsin, f.d. WONCA-president och f.d. ordförande i American Society of Family Medicine. Det var en sann upplevelse att få allmänmedicinens kärna presenterad på detta härligt amerikanska vis. Exempelvis så här: *"People in our practice experience every day how bad our science is: Medicinsk vetenskap kräver ett p-värde på endast 0,05 medan civilingenjörer kräver p-värde 0,00001 (sex decimaler) på att en bro kommer att hålla! How good is evidence?"*

Resultaten i 49 stora studier med över tusen citeringar 1990-2003 kunde i genomsnitt upprepas i 44 % (Ioannidis. JAMA 2005;294:218-228). *"I do better flipping a coin!"* ropade han. Han visade att mortaliteten minskar med ökad tillgång till primärvård men att den ökar med ökad tillgång till specialistvård. Så visade han en lista med de fem viktigaste faktorerna för global ökad livslängd: tillgång till allmänläkare, utbildning, tillgång till rent vatten mm. *"Specialist and hospital care doesn't even show up!"* utbrast han triumferande. Hans slutliga key note om allmänmedicin blev *"relationship is the magic"*.

Stefan Wilms, professor vid Institutet för allmänmedicin på Heinrich-Heine-Universitetet i Düsseldorf, höll en annan huvudföreläsning om "Familjemedicin i husläkararbetet, vardag

49:e Deutscher Kongress für Familien und Allgemeinmedizin. Allmänmedicinens betydelse för patient, familj och samhället. 17-19 september 2015, Bozen, Sydtyrolen, Italien.



och myt”, och visade på betydelsen men också problematiska aspekter av familjemedicinen. Familjer är kraftfulla mångbottnade sociala system som, i samma process, kan göra den ena medlemmen frisk och den andra sjuk. Det kan för familjeläkaren leda till svårlösta situationer.

Wilms gav flera fina exempel. Fru B, 56 år, vårdas till stora delar av maken i hemmet för en ischemisk tetraplegi. Maken har en koronarsjukdom och en spinalstenos. Hans omvårdnad och omsorg kanske förhindrar att hustrun insjuknar i en depression i sitt omfattande omsorgsbehov. Familjens behandlande husläkare vet också att Herr B kommer att ”vårda sig till döds”. Det är väl belagt att vårdande anhöriga dör tidigare. Här kan etiska konflikter uppstå.

Ytterligare ett exempel var taget ur en examen i allmänmedicin och belyser hur allmänmedicinska vårdssituationer kan betraktas i en familjemedicinsk kontext: Klaus Mangold, 52 år, sedan många år patient på din mottagning, fick för sex månader sedan en stroke. Viss svaghet i vänster arm och ben är kvar men han är åter fullt integrerad i arbetslivet. Hans hustru Gisela, 41 år, sökte dig nyligen för en förkylning och berättade då om en personlighetsförändring som hon noterade hos sin man och som orsakade spänningar inom familjen. Även familjens två barn (Jaqueline, 12 och Simon, 15) går hos dig.

Flera aspekter nämndes och diskuterades livligt: Rollbyte inom familjen; pappan/maken har blivit ”svag”; mamman tar över roller som han tidigare haft. Älskar de inte längre med varandra? Barnen är i eller på väg in i puberteten, de måste under en känslig period i livet förhålla sig till en förändrad förälderroll. ”Röker de på redan?” Är personlighetsförändringen en sjukdomsprocess i Klaus hjärna? Intressanta resonemang som i alla fall jag inte är van vid i min egen verksamhet i Jokkmokk.

## Att nå den kroniskt sjuka patienten

Ett annat seminarium handlade om en modell för avstämningsdialog med kroniskt sjuka patienter. Synen på kroniskt sjuka har en tendens att övervärdera patientens sjukdomsbetingade inskränkningar medan patientens friska resurser underskattas och patientens individuella aspekter missas. Utvärderings- och bedömningssamtal av det slaget ingår vanligtvis i behandlingsrutinen vid t.ex. psykoterapi, rehabilitering och behandling av beroendesjukdomar men är i det allmänmedicinska omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar inte alls lika



Från hotellets tak syns Dolomiternas höga toppar. Foto: Markus Beland



Hastigt i pausen med en kopp kaffe i albyn: linbanan börjar mitt i staden och ger storslagna vyer. Foto: Markus Beland

självklara. En avstämningsdialog skulle kunna lösa den för båda husläkare och patienter beklagliga situationen att man ofta ritualiserat talar förbi varandra och inte når varandra emotionellt.

I kongressens sista seminarieblock skulle en svensk-dansktysk grupp presentera den ”patientcentrerade konsultationen”, Kalymnosmodellen. Tyskarna tycktes vara nyfikna. Som alla allmänläkare tycker de att deras medicin är bristfällig. Men de har frekventa patientkontakter, de har kontinuitet, de är utbildade i psykosomatik, de har nära patientrelationer, med andra ord: de känner sina patienter väl.

Visst kan man aldrig vara nog självreflekterande om sin kommunikation med och relation till patienten. Jag misstänker att Kalymnosmodellens stora resonans i Sverige är ekot av bristen på kontinuitet i den svenska ”förvaltningsmedicinen”. I mitt stilla sinne undrade jag om inte detta att presentera Kalymnos i Tyskland är att bära ugglor till Aten\*. Att besöka seminariet och eventuellt ompröva min förutfattade mening hade jag ändå inte tålamod till, för en kväll i Venedig väntade...

## ”Relationship is the magic”

Vad tar jag med mig hem från kongressen? Den gjorde mig gott. Den gav inspiration till reflexion över min professionella tillvaro och till att ta lite nya tag. Bekräftade luckor och tillkortakommanden, båda egna och strukturella, men bekräftade även möjligheter att berika tillvaron. Den kollegiala reflexionen, eftertänksamheten, exempelvis i ett balintliknande samtal, kommer aldrig att vara lätt att hitta ifrån Jokkmokk. Kongressen gav dock inspiration att våga sig ut på lite djupare farvatten, att prata mer familj med sina patienter, ta upp gnisslet då det dyker upp. Att försöka förstå patienten ännu lite bättre i sin kontext. Helt enkelt att göra lite mer av det som är spännande. Som Richard Roberts sa: ”Relationship is the magic”.

Markus Beland  
Jokkmokk  
Markus.Beland@nll.se



\* Motsvarar enligt Wikipedia ”att bjuda bagarborn på bröd”. /Chefredaktören

**Annons**



# Riksstämman 2015

Riksstämman 2015, andra året i ny kostym, bjöd på ett varierat smörgåsbord med många deltagande aktörer och brännande aktuella frågor. Det var mycket folk, mer än 2014. Vissa symposier drog många åhörare – till medicinsk psykologi stod de långt ut i korridoren. Många symposier hade arrangerats av eller i samarbete med "SLS sektion för allmänmedicin", d.v.s. SFAM. Chefredaktören, tillika ledamot av SFAM:s IT-kommitté, prioriterade denna gång IT-frågor.



Johanna Hellberg

## IT i vardagen App lapp du slapp

Appar är en ny företeelse, även kallad mHälsa (mobilhälsa). Datasystem inom vården betraktas som medicinsktekniska produkter och faller under Läkemedelsverkets ansvarsområde. För appar släpar regelverket efter. Hälsa För Mig, där varje invånare kan öppna ett eget konto, faller under eHälsomyndigheten.

Anne Björk, ordförande för SFAM:s IT-råd, var moderator. Johanna Hellberg, IT-rådet,

berättade om appar och vilka beslutsstöd som används mest.

## Digitaliserad anamnesupptagning

Anna Nager, SFAM:s forskningsråd, presenterade SLL webbförmulär, en extern tjänst som är integrerad i journalsystemet Take Care. Det används framför allt inom primärvård och psykiatri.

Åsa Niper, vice ordförande i SFAM, presenterade David Zakim, professor emeritus och affilierad forskare vid institutionen för lärande, informatik, management och etik vid Karolinska Institutet. Han har utvecklat CLEOS-intervjun som tar ca 60 minuter för patienten att fylla i (se Läkartidningen 43-2014).

Vid en workshop fick åhörarna i grupper diskutera möjligheter och svårigheter med att ta upp anamnes digitalt. Min grupp fick ämnet "handläggning vid kronisk sjukdom". Vi poängterade komplexiteten vid flera samtidiga kroniska sjukdomar. Vi ansåg att formuläret ska börja med öppna frågor för att inte



Åsa Niper



David Zakim



Anna Nager

styra patienten. Risken finns för somatisering. En enkät kan heller inte ersätta samtalet eller den kliniska undersökningen, bara komplettera. Patienten måste få möjlighet att lämna sitt medgivande till att uppgifterna används för forskning. Något vi ansåg mycket viktigt var utvärdering av nya system innan de breddinförs.

## Väddöprojektet – ta med journalen till patienten

Tiohundra projektet bygger på en gemensam nämnd med politiker från kommun och landsting. Den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården är integrerad med den kommunala omsorgen. Här har man utvecklat en app för mobiler och plattor som via nationella tjänsteplattformen ger tillgång till journalsystemet. Vid besöket hos patienten kan man både läsa i journalen och göra anteckningar i den. Piloten ska nu prövas på två skärgårdsmottagningar, Väddö och Djurö.

## Bättre journal NU!

Detta var budskapet på seminariet som SFAM:s IT-råd arrangerade med Anne Björk, Uppsala som moderator. Martin Fredriksson, Göteborg, berättade om sina svårigheter att få landsting intresserade av hans system för samordning av remitteringsinstanser. Martin Wehlou, Uppsala, beskrev hur man genom att utgå från nuvarande journalsystem och lägga till moduler kan ge läkare möjlighet att påverka sin arbetssituation och få ett arbetssätt som passar sin verksamhet. Ingrid Eckerman, Stockholm, beskrev sina tankar på patientanpassad journal. Slutligen gav Johanna Hellberg, Uppsala, praktiska tips på hur en inte särskilt IT-kunnig doktor kan påverka våra IT-stöd.



Martin Wehlou

## En mer jämlik vård

### Riktlinjer för primärvården

Irene Nilsson Carlsson, Socialstyrelsen ansåg att nationella riktlinjer, anpassade för primärvården, kan bidra till en mer jämlik primärvård jämlik. Man samverkar med huvudmännen, professionerna och patientorganisationer.

Eva Carlsson-Holm, Ektorps vårdcentral i Nacka och sakkunnig för viss.nu i Stockholms läns landsting (SLL), berättade om hur nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer för primärvården tas fram av SKL. I beslutsstödet ska bl.a. framgå vem som gör vad, vårdnivå, remissinnehåll och tillämpningar. Man utgår från befintliga kunskaps- och beslutsstöd som viss.nu i SLL, AKO i Skåne och Fakta i Kronoberg. Eftersom lokal anpassning är viktig arbetar man med en nationell redaktion, ämnesgrupper och lokala redaktioner.

SFAM:s ordförande Karin Träff Nordström deltog i panel-



Karin Träff Nordström



Eva Carlsson-Holm



Line Gordon

debatten. Hon ansåg att med bra kunskapsstöd får vi mer tid över för samtalet. Beprovad erfarenhet måste vara med, som komplement till kunskap som bygger på studier med patienter med en enda sjukdom.

#### En Värdefull Vård – favorit i repris

SLS projekt En Värdefull Vård följdes naturligtvis upp. Cecilia Björkelund, seniorprofessor i Göteborg, bidrog med evidens för betydelsen av kontinuitet, men konstaterade att det i vårdvalssystemet inte finns någonting som belönar kontinuitet. Jonas Sjögren i Västerås, Peter Berggren i Storuman och Christer Andersson i Göteborg beskrev primärvårdens betydelse för en jämlik vård.

#### En hållbar framtid

##### Global hälsa

SLS har inrättat en kommitté för global hälsa med barnläkaren Tobias Alfvén som ordförande.

Av de åtta millenemålen har tre direkt bäring på hälsa: barnadödlighet, mödradödlighet och infektionssjukdomar som HIV/AIDS, malaria och tuberkulos. Framsteg har gjorts inom alla tre områdena, men man har inte nått ända fram. Direkta och indirekta hälsoeffekter av klimatförändringarna belystes

och konceptet ”cirkulär ekonomi”, dvs. återanvändning och återbruk, beskrevs.

Symposiet avslutades med att Lennart Hjelmåker, Sveriges ambassadör för global hälsa, UD, berättade om Sveriges politik.

#### Kost för en hållbar hälsa och värld

Läkare för Miljön tillsammans med bl.a. SFAM hade arrangerat ett symposium om mat med Bertil Hagström, Göteborg som moderator.

Line Gordon, Stockholm Resilience Centre, satte in maten i förhållande till planetens gränser och hållbarhetsmålen. Monika Pearson, Livsmedelsverket, visade hur tallriksmodellen kan bli miljösamt. Folke Tersman, professor i praktisk filosofi, Uppsala, talade om individens frihet att välja i en värld av riktlinjer för kollektivets väl. Avslutningsvis berättade Christina Karlsson, dietist på ICA-gruppen, om hur man i handeln tänker omkring hållbar kost.



Text och foto:  
Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se



Cecilia Björkelund



Jonas Sjögren



Eva Norell på SFAM:s fortbildningsenhet visar AllmänMedicin 4-2015 för Anna Aspeheim, politiskt sakkunnig i sjukvårds-, äldre- och socialtjänstfrågor, och Anders W Jonsson, förste vice partiordförande, båda Centerpartiet.

Nästa riksstämma blir först 2017!



Aktuellt läkarfoto från Kinna vårdcentral. Från vänster Frida Nygren, Andreas Thörneby, Philip Svahn, Kenth Martinsson, Mattias Ajell, Christian Schmitt, Attila Molnár.

## Årets ros

Jag vill ge årets ros till mina kollegor **Kenth Martinsson, Frida Nygren, Andreas Thörneby, Attila Molnár, Ulf Skogsberg, Cecilia Spjuth, Chrysoula Papchristodoulou och Malin Lundin.**

Man kan inte vara bättre än dessa, vare sig för patienter, medarbetare eller kollegor.

På väg till jobbet i mars 2015 råkade jag ut för en hemsk bilolycka (frontalkrock på länsväg 156). De var fantastiska både

akut, semiakut och under min tid hemma. De hjälpte mig med de första stegen på vårdcentralen och förde mig tillbaka till en vanlig vardag på jobbet.

Allt detta gjorde de i en tid då de redan hade det svårt till jättesvårt. Tänk bara på att jag var sjukskriven de sista fyra veckorna innan jag skulle gå på lång sommarsemester. Ni kan tänka er hur mycket jag hade på mitt skrivbord och i min låda.

De fixade allt: mig, mitt jobb som jag



Foto: Joakim Eriksson

inte kunde utföra under en viss tid och att jag är tillbaka idag.

*Tack, kompisar och kollegor!*



**Christian Schmitt**  
Kinna vårdcentral, Marks kommun  
Mobil 0704-91 52 85  
wuest23@hotmail.com

## Årets ST-handledare i Sörmland 2015

I Sörmland har det i år instiftats ett vandringspris för "Årets handledare för ST-läkare i Allmänmedicin". Priset erhålls av



Fr.v. Louise Alm, ST-läkare vid vårdcentralen Stadsfjärden, Nyköping, Magnus Gustafsson och Miriam Hellman Ben-Neij, ST-läkare vid Strängnäs vårdcentral.

en specialist i allmänmedicin som under året utmärkt sig genom att vara en god förebild och närvarande handledare som lyser upp vägen för sina adepter.

Årets pristagare är **Magnus Gustafsson**, specialist i allmänmedicin vid vårdcentralen City i Eskilstuna, som mottager priset för att han är en outröttlig och aldrig sinande källa till stöd och inspiration i det dagliga arbetet. Magnus är en förebild inom specialiteten allmänmedicin – noggrann, påläst, utmanar tankar, idéer och kunskaper men kan samtidigt avgränsa sig och hjälpa andra att avgränsa sig. Kombinationen noggrannhet och avgränsning är en konst som är svår att lära sig men ovärderlig inom den mycket breda specialiteten allmänmedicin. Priset utdelades i samband med ST-läkarnas Inspirationsdagar.

## MedTech Innovation Award 2015

Väddö vårdcentral, Tiohundra, har utvecklats en applikation till surfplattor så att de nu kan ta med sig journalen hem till patienten. För detta har de belönats med MedTech Innovation Award 2015.

Motivering: Utifrån personalens önskemål om att förbättra patientsäkerheten genom att ha all medicinsk information lättillgänglig nära patienten, påbörjades resan att hitta en lösning på problemet. Genom stöd från beslutsfattare och samarbete med företag fann man en innovativ teknisk lösning för att använda journalen vid patientbesök i hemmet. Lösningen har sedan förankrats i organisationen. Född var den rörliga vårdcentralen, med en synbarligen enkel lösning för kommunikation, som borgar för säker vård och trygghet – för alla.



## AT-rosen 2015 i Västmanland

ST-läkaren Pontus Klingmalm på Citypraktiken i Västerås fick AT-rosen för kliniska handledare. Han har "med sitt smittsamma engagemang ... gjort att primärvården inte längre framstår som skrämmande utan ett spännande val för riktiga doktorer. Street-smarta överlevnadstips på introduktionen och kreativa knep med tidboken visar tydligt att han alltid är på vår sida. Tack Pontus, vi är nu kungar över våra tidböcker."



# "Patientsamtalet"

## – en bok som manar till ständig eftertanke

Så var det dags. Efter nästan fyra års ST i allmänmedicin var det min tur att packa väskan och ta flyget till Kalymnos och kursen i konsultationskunskap. Jag var inte helt bekväm med tanken på videokameror, rollspel och analyser av den egna prestationen. I min vardag är konsultationen central, jag står mig ganska slätt när jag inte kan kommunicera med min patient. Så visst fanns nervositeten där, farhågan att jag skulle behöva förändra mitt sätt att arbeta.

---

**"Det känns bra att fokus ligger på att förmedla en metod som förhoppningsvis skall fungera oavsett den egna konsultationsstilen."**

---

Samtidigt såg jag fram emot kursen som förhoppningsvis skulle ge möjlighet att öva konsultationer och kanske ge tekniker för hur man hanterar de svåra patientsamtalen. Med i packningen fanns den ganska nyligen publicerade boken "Patientsamtalet", som var den angivna kurslitteratur vi skulle läst delar av innan kursen.

Konsultationskursen på Kalymnos är välkänd. Jan-Helge Larsen närmast en ikon som på den ganska sömriga lilla ön i den grekiska övärlden har skapat ett konsultationslaboratorium där läkare har haft möjlighet att öva konsultationsteknik och pröva sina idéer sedan 1992.

Larsens konsultationsmodell är klart patientcenterad. I boken beskrivs att konsultationen har flera delar. Inledningen är patientens del. Här är det viktigt att som läkare inte börja av-

bryta utan ge patienten plats och uppmärksamhet. Sedan följer läkarens del. Här ges utrymme för specifika medicinska frågor. Så avslutar man med en gemensam del där man skissar på en utredning och ett försök till lösning på patientens problem. Lösningen skall kännas acceptabel för både läkaren och patienten.

Larsen liknar konsultationens inledning vid ett kortspel. Patienten har tre "tankekort" på handen, bestående av patientens tanke, oro och önskan. Läkaren har två kort, så kallade responskort, ett för att kunna bekräfta patientens upplevelse genom att ge ett kvitto och ett kort för att sammanfatta patientens berättelse. Spelet man spelar går sedan ut på att patienten ges möjlighet att spela ut alla sina tankekort. Patientens del av konsultationen kan inte avslutas om inte alla tankekort är spelade. Som läkare har man sina responskort att spela för att hjälpa patienten att avsluta sin hand.

I boken illustreras metoden med citat och exempel från patientsamtal. Det refereras också till inlärningsmetoden som bygger på videoinspelningar av rollspel som sedan analyseras i grupper. En stor betoning läggs på hur patienternas tankar påverkar konsultationen. Det diskuteras också läkarens känslor och reaktioner och hur detta kan påverka konsultationen, vilket är något jag uppskattade mycket.

Boken är inte något man sträckläser på en kväll. Det finns många exempel och uppmaningar till reflektion, vilket gör att läsaren manas till ständig eftertanke. Det tar tid att läsa.

Boken fungerar bra som litteratur till kursen på Kalymnos men kanske ännu bättre som underlag för diskussioner och fördjupningar i den egna ST-handledningen och i gruppdiskussioner. Det känns bra att fokus ligger på att förmedla en metod som förhoppningsvis skall fungera oavsett den egna konsultationsstilen.

### Hur det gick på kursen?

Jag lärde mig en hel del och fick med mig många tips och idéer till den egna mottagningen.

Jag är inte bra på att spela kort, brukar oftast förlora. Kanske kan boken ge de tips jag behöver för att klara av att få patienten att lägga alla sina kort. Ingen av oss ska behöva sitta kvar med Svarte Petter på hand i spelet om konsultationen.

**Tina Lund**  
ST-läkare  
Vårdcentralen Bohuslinden, Strömstad  
[tina.lund@ptj.se](mailto:tina.lund@ptj.se)



Den lilla staden Kantouni där kursen ges.

Foto: Jan-Helge Larsen





# En efterlängtd bok om patientsamtalet

**D**enna bok har jag väntat länge på. I stort sett alla konsultationskurser för allmänläkare genomförs enligt den modell som framför allt Jan-Helge Larsen utvecklat, den som kallas Kalymnosmodellen. Jan-Helge Larsen följer en tradition från Balint. Han bygger sin modell på tidigare konsultationsforskning, exempelvis Byrne & Longs forskning på 70-talet som inspirerade Pendelton m.fl. att skriva boken "Konsultationen", en bok som idag är nästan bortglömd.

---

**"Denna bok har jag väntat länge på."**

---

På 80- och 90-talen inspirerades vi av engelska allmänläkare. Jag minns en studieresa till Pater Tate i Oxford, en av de ledande företrädarna för konsultationskonsten och medförfattare till Pendeltons bok. Man hade formulerat en tes med 12 olika faser i konsultationen. Jag minns nu inte punkterna men vissa hade likheter med Larsens beskrivning av konsultationens 9F. Peter Tate, en energisk GP, hade en teoretisk genomgång och visade därefter en kortare videospelad konsultation. Peter Tate pekade på tavlan i vilken av de 12 faserna hann befann sig. "Nu är jag där" och "nu är jag där", "nämen nu har jag kommit till den första punkten." Vi förväntade oss att han skulle visa en bra konsultation men förvånades över denna i vårt tycke inte särskilt lyckade. För mig var det en befriande känsla att se "mästaren" våga visa även en sådan konsultation. Visst var det ett rörigt och ostrukturerat patientbesök. Men jag kunde se hans fina relation med patienten, man kände värmen, energin och glädjen som smittade av sig till patienten.

Den berättelsen kommer till mig när jag läser Jan-Helge Larsens efterlängtda bok "Patientsamtalet". Här fördjupas det som lärs ut på Kalymnoskurserna. Han följer de tankar som Rudebeck skildrar i sin underbara bok "Kropp och ord i en allmänläkares rum". Relationen som förutsättningen för samtalet, ett jag och ett du, Martin Bubers mest kända filosofiska verk.

Vi har på kurserna gått igenom de olika F:n. Alla tycks förstå vikten av tre av dem: patientens Föreställningar, Förväntningar och Farhågor, eller, som de också benämns, tanke, oro, önskan.

De nio F:n har varit ett pedagogiskt hjälpmedel. I denna bok fördjupar Larsen och utvecklar det som ändå är allra viktigast: Förhållandet till patienten. För att genomföra de andra F:n krävs en bra relation till patienten. Författaren har många tips hur man kan nå dit.

Jag får associationer till psykoterapeutisk forskning. Det finns stor oenighet om vilken psykoterapeutisk metod som är den bästa. Trots att metoderna kan vara så olika har studier visat att det inte är stor skillnad på utfallet. Avgörandet för positivt resultat av terapin är patientens relation och tillit till terapeuten. Utfallet är korrelerat till *patientens* upplevelse av den goda relationen, inte terapeuten egen bedömning eller bedömningen av erfarna externa värderare.

På kurserna får de flesta klart för sig vikten av uppdelningen i patientens del och läkarens del, av patientcentrering. Att vara tyst, aktivt lyssnande och få fram F:n Förväntningar, Föreställningar och Farhågor. Man tränar att ge gensvar, ställa öppna frågor, göra sammanfattningar. Jag har i ett otal videospelningar och medsittningar noterat att de flesta av oss har svårt att uttrycka de emotionella delarna i sina gensvar. Man kan ha en stor empatisk förmåga, men för att den skall komma patienten till del måste den också sägas.

Boken betonar vikten av att varje kvitto (gensvar) bör förutom kognitivt innehåll ha ett emotionellt gensvar. Vi glömmer att uttrycka detta, och i boken återkommer författaren till hur viktigt men också hur användbart det är speciellt i situationer där det går snett, där det blir klagan, aggressivitet. Larsen ger många små tips hur man kan bryta en ofruktbar kamp från att stegras. Genom att ge dessa kvitton kan man undvika risken att hamna i dramatriangel.

Jan-Helge Larsen ger också intressanta beskrivningar hur man kan bryta upp be-

## De nio F:n

### *Patientens del*

- 1F. Förberedelse - patientens tankar, känslor och handlingar före konsultationen.
- 2F. Förhållandet - välkommen, låt patienten tala. Kvitterra, visa att du hör, tror och vill hjälpa.
- 3F. Föreställningar, farhågor och förväntningar.

### *Läkarens del*

- 4F. Förståelse - sammanfattning av problemet.
- 5F. Fördjupning och förklaring - anamnesfördjupning, klinisk undersökning och förklaring.

### *Gemensam del*

- 6F. Förhandling - om lösningar, gemensam förståelse.
- 7F. Förhindra och främja insikt, avtal och handling.
- 8F. Följa upp - kontroll, skyddsnet, relation.
- 9F. Farväl och avslutning - utvärdering, hur mår doktorn, redo för nästa patient?



Utflykt till grottorna.

Foto: Jan-Helge Larsen

svärliga konsultationer genom att införa ett metaperspektiv. När det blir missförstånd, besvikelser, svårigheter i samarbetet kan man lyfta samtalet till att samtala om hur vi skall samtala. Därigenom kan man undvika att själv dras med personligen i patientens kamp och konflikter och besvikelser.

Bokens tilläggs titel är "handbok". Det är dock ingen uppslagsbok. Även om den är lättläst är den inte en bok för sträckläsning. Rudebeck tar i sin bok sig an samma tema utifrån ett mer filosofiskt perspektiv och använder ett mer poetiskt språk. Genom att läsa dessa båda dessa böcker och träna praktiskt kommer man långt i sin ständiga kamp att utveckla konsultationen

Så till vem riktar sig boken? Den riktar sig främst till allmänläkare, både färdiga och läkare under specialistutbildning. Jag hoppas att boken läses av läkare med andra specialiteter då samtalet utgör ba-

sen för alla kliniskt verkande läkare.

Det inledande kapitlet och kapitlet om fönstermetoden kan med fördel läsas av läkarstudenter. Jag tror man behöver ha mer erfarenhet av patientarbete och mer egna upplevelser för att få den riktiga behållningen av hela bokens innehåll.

---

**"I denna bok fördjupar Larsen och utvecklar det som ändå är allra viktigast: Förhållandet till patienten."**

---

För den som vill läsa vidare finns rikligt med referenser. Vissa avsnitt är mer personligt hållna, dels från författarens egna erfarenheter som allmänpraktiker men framför allt från de många kurser där han varit handledare.

Författaren har ett avsnitt kring livsstilssjukdomar men detta kapitel verkar obearbetat. Här finns bättre litteratur som beskriver metodiken i motiverande samtal.

Boken behandlar samtal där läkare och patienter sitter ner i sina stolar, och det är så vi oftast gör videospelningar. I den dagliga praktiken, inte minst i journalsammanhang, förs mycket samtal samtidigt

som vi undersöker våra patienter. Denna kommunikation och "kroppssamtal" finns inte med i boken. Jag skulle önska att även sådana samtal filmades och diskuterades. I motsats till psykologer och andra samtalsterapeuter har vi allmänläkare en unik ställning att både tala och fysiskt beröra.

Boken behandlar känsliga ämnen som skam och skuld hos både läkaren och patienten. Jan-Helge Larsen belyser dock vikten av att känna glädje i sitt arbete. Han uttryckte detta i två artiklar "Glåden ved at være praktiserende læge" i AllmänMedicin 2005 nr 5 och 6.

Jan-Helge Larsen betonar att om man arbetar enligt de metoder han beskriver så ökar förståelsen och med den glädjen som sprider sig till förhållandet. Han är övertygad om att man blir bättre rent medicinskt. Det blir enklare, man slipper arbeta så hårt för att dra ut information, man vara mer "laid back". Detta främjar vår egen hälsa, vi undviker frustrationer, minskar utmattningssymtom.

Det finns många budskap i boken. Det förs ju ett ständigt samtal om vår arbetsmiljö, risken för utbrändhet. Jan-Helge har ställt upp vissa rättigheter för att rucka på våra idealförställningar om att vara läkare, hjälpa oss att hålla fast konsultrollen och minska risken att vi känner oss som offer. Jag avslutar med att citera några av dessa:

- Läkaren har rätt att
- vara sårbar och "långsam" och inte klara av fler problem än vad tidsramen tillåter;
  - uppskatta och berömma sig själv;
  - inte ta på sig mera ansvar än man kan stå för;
  - göra misstag och fel och förhoppningsvis få förlåtelse av patienten;
  - säga nej: "Jag tycker inte jag är rätt läkare för dig, så jag föreslår att du hittar en annan."



Erland Svensson  
Fjällbacka

erland.svenson@gmail.com



### Fönstermetoden

Jan-Helge Larsen m.fl. har utvecklat en modell för återföring av inspelade patientsamtal. Återföringen görs i en bestämd ordningsföljd, i olika fönster som öppnas. Detta schema för återföring benämns ofta fönstermetoden.



# Extrakt av (mat)nyttigt vetande i lättillgänglig form

”**M**at och hälsa” riktar sig till läkare och vårdpersonal som vill ha evidensbaserade svar på frågor om mat, nutrition och hälsa.

Redaktörer är Tommy Cederholm, professor i klinisk nutrition, specialist i internmedicin och geriatrik och Elisabet Rothenberg, professor i klinisk näringslära, legitimerad dietist. 24 medförfattare presenteras inledningsvis. De har olika yrken såsom till exempel läkare, dietist, näringsfysiolog, nutritionist, professor hälsovetenskap och sjuksköterska.

*Bokens indelning utgörs av 32 kapitel, fördelade i fem delar:*

Del 1: Kostråd vid speciella sjukdomar och tillstånd, 105 sidor

Del 2: Diagnostik och behandling av nutritionsproblem, 23 sidor

Del 3: Kortfattad näringslära för sjukvården, 36 sidor

Del 4: Kostmönster, 19 sidor

Del 5: Populära dieter, 17 sidor

Därefter kommer Appendix med Nordiska Näringsrekommendationerna 2012, 7 sidor.

Sakregister finns, dock inte heltäckande.

Förordet är skrivet av Mette Barth, allmänläkare, Lomma och Lars Jerdén, allmänläkare och medicine doktor, Borlänge. Båda har anknytning till SFAM:s råd för levnadsvanefrågor.

---

**”Efter läsning av boken blir jag alltmer övertygad om att nordisk hälsosam kost kan vara framtidens melodi för egen del.”**

---

Varje kapitel börjar med en inledning på omkring 8-10 rader i fetstil. Därefter kommer en sammanfattning av innehållet i kapitlet uppställd i punktform, omkring 6-10 punkter. Texten i kapitlet är försedd med underrubriker och varje kapitel avslutas med en referenslista, ibland även lästips. Tabeller, kurvor och teckningar i färg finns i flera kapitel.

Tack vare kapitlens uppbyggnad med koncentrerade viktiga fakta först känns det möjligt att kunna ha glädje av boken i den kliniska vardagen. Det som står här känns pålitligt. Om du vill, är det lätt att komma vidare till ytterligare fakta genom referenserna och lästipsen.

*Några exempel på kapitelrubriker:*

- Diabetes
- Barnfetma
- KOL
- Interaktion mellan läkemedel och mat
- Att prata om kost – hur gör man?
- Kolhydrater, glykemiskt index och kostfiber
- Vitamin D
- Medelhavskost
- LCHF-kost

Lärorikt var det att gå igenom näringsläran igen. Inte alltför enkelt, men här finns förklaringar och ingångar till referenser om du vill gå djupare.

Hänvisningar till Nordiska näringsrekommendationerna 2012 visar sig stämma bra med senare års WHO-rekommendationer om hälsosam kost: att begränsa intaget av charkprodukter och rött kött, socker, salt och alkohol medan grönsaker, baljväxter, frukt, fisk och nötter ökas. Vikten av fysisk aktivitet betonas genomgående.

Efter läsning av boken blir jag alltmer övertygad om att nordisk hälsosam kost kan vara framtidens melodi för egen del.

Boken är ett extrakt av nyttigt vetande i lättillgänglig form. Jag rekommenderar den till dig som vill kunna ge dina patienter evidensbaserade råd om mat och hälsa.



**Gunilla Byström**  
Senior allmänläkare  
Kompetensvärderare i SFAM  
Domsjö  
[gunilla.bystrom@planningtools.se](mailto:gunilla.bystrom@planningtools.se)

## AllmänMedicin informerar

**Bokrecensenter sökes!** Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar. Hör av dig till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)!



# Hemsidesapp för baskunskaper om laboratorieprover

”Å se’n då ... praktisk labutbildning för allmänläkare” är utvecklad av dr Rolf Svensson och bygger på kursen ”Å se’n då” som säkert många allmänläkare känner till. Det är inte en äkta app som man laddar ner, utan en hemsida. Att det inte är en äkta app gör att informationen bara finns tillgänglig så länge man har tillgång till internet.

Syftet med hemsidan är att användaren ska träna sig i att välja och tolka laboratorieprover för invärtesmedicinska tillstånd inom allmänmedicin och det syftet lyckas man gott med. Tio olika medicinska områden som allmänläkare ofta stöter på behandlas, till exempel hematologi och gastroenterologi. Därtill finns 21 patientfall att öva på, några fall för varje medicinskt område.

Informationen på hemsidan presenteras strukturerat och kortfattat, förvånansvärt ofta med bilder som tydligt förmedlar

kunskap. Hela tiden är fokus på lämpliga laboratorieprover och tolkning av dessa. ”Å se’n då” ger framförallt baskunskaper och det är gott så. Att man inte går för djupt in på olika områden är hemsidans styrka. Man lägger sig på en lagom informationsnivå där informationen blir lätt att ta till sig. Hemsidan är användarvänlig. Man kommer som användare snabbt igång med att klicka sig upp och ner i trädstrukturen så den är lättnavigerad. Den medicinska informationen på ”Å se’n då” har inte detaljstuderats men utifrån stickprov och att den baseras på kursinformation från en kurs som körts i många år kan man känna sig trygg i att informationen är korrekt.

”Å se’n då” kommer säkerligen användas flitigt av studenter och den som är ny i yrket för att inhämta kunskap. Men också den erfarne som behöver påminnas om detaljer och behöver ett beslutsstöd i kan ha stor nytta av hemsidan.

Säkert kommer färdiga specialister, inte bara allmänläkare, att inse nyttan av att ha hemsidan öppen vid sidan av sitt journalsystem under arbetsdagen.

**”Tänk om man kunde göra om hemsidan till en äkta nedladdningsbar app så att man alltid har informationen med sig oavsett internetuppkoppling eller inte.”**

Mycket vill ha mer brukar man säga och det gäller också här. Tänk om man kunde göra om hemsidan till en äkta nedladdningsbar app så att man alltid har informationen med sig oavsett internetuppkoppling eller inte. Och kanske att man då också kunde skapa några patientfall med interaktion med användaren som får föreslå olika provtagningar för olika användarfall och utifrån förslagen få återkoppling på sina val?



**Johanna Hellberg**  
ST-läkare

Flogsta vårdcentral, Uppsala  
EPJ, Uppsala läns landsting  
[hellberg.doktor@gmail.com](mailto:hellberg.doktor@gmail.com)

**KURSMEDICIN**  
FÖRDELNING FÖR LÄKARE

**Å se’n då ...**  
Praktisk labutbildning för allmänläkare

*Appens namn:*

Å se’n då ... Praktisk labutbildning för allmänläkare

*Hemsidesadress:*

<http://app.kursmedicin.se/>

*Målgrupp:* Allmänläkare

*Syfte:* Att träna att välja och tolka laboratorieprover

*Operativsystem eller plattform:*

Fungerar på alla enheter – telefoner, läsplattor eller datorer – oberoende av operativsystem, eftersom det inte är en ”äkta app” som laddas ner utan en hemsida

*Pris:* Gratis

*Utvecklare:*

Rolf Svensson, specialist i internmedicin, KursMedicin

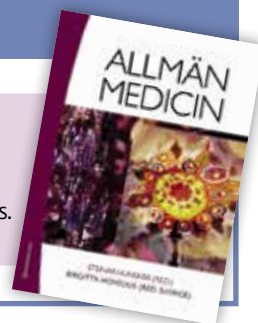
## AllmänMedicin informerar

### Allmänmedicin i ny upplaga

Den norska boken Allmänmedicin har nu kommit ut i en svensk andra upplaga. Den har granskats och bearbetats för svenska förhållanden under ledning av professor em. Birgitta Hovelius. Några nya kapitel har tillkommit. Boken väger nästan 3 kg. Den tycks inte finnas i elektronisk form.

Allmänmedicin har tidigare recenserats i Distriktsläkaren och Läkartidningen.

Allmänmedicin,  
2:a upplagan.  
Red Hovelius B et al.  
Studentlitteratur 2015. 1008 s.  
ISBN 978-91-4408-446-6.





Uddenberg, Nils: *Lidande och läkedom I: Medicinens historia fram till 1800.*  
Fri Tanke Förlag 2015. 357 s.  
ISBN 978-91-2606-157-9.

Uddenberg, Nils: *Lidande och läkedom II: Medicinens historia från 1800-1950.*  
Fri Tanke Förlag 2015. 450 s.  
ISBN 978-91-8751-343-5.



## Medicinshistoria ur svenskt perspektiv

**T**raditionella medicinhistoriska översikter som skildrar medicinens framgångar de senaste 3000 åren finns det många av – de flesta är inte så spännande att läsa. Ofta innehåller de långa tabeller med årtal som anger när banbrytande medicinska upptäckter gjordes, vilka upphovsmännen var och därtill ges som regel tidslinjer som lyfter fram de mest tongivande medicinska centra som funnits över tid. Målgruppen för sådana kompendier var tidigare i första hand studenter som skulle lära sig olika epoker och konturerna av vetenskapshistoriska teorier inför sina tentamina.

Genren blev populär redan i början av 1900-talet i takt med att ämnet medicinhistoria fick status som akademiskt ämne, vilket det nu alltså haft i mer än hundra år. Världens första institution för medicinhistoria vid ett universitet grundades i Leipzig 1906 under ledning av Karl Sudhoff. Svenska Läkarsällskapets sektion för medicinens historia bildades 1907.

Under de senaste årtiondena har dock översikterna ändrat karaktär. Det rör sig numer inte endast om framgångsberättelser. Exempelvis vägs numer idéströmningar inom och utanför den akademiska läkarvetenskapen in och även aspekter kring hur patientrollen har förändrats. Inte minst har framställningarna blivit läsvänligare. Bland annat Roy Porters *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity* och Jacalyn Duffins *History of Medicine: A Scandalously Short Introduction* har nått en bred läsekrets även utanför universitetens portar.

När nu Nils Uddenberg, docent i psykiatri och Augustprisbelönad författare, lägger fram magnifika *Lidande & läkedom* i två volymer (I. *Medicinens historia fram till 1800*, II. *Medicinens historia från 1800-1950*) önskar vi honom många läsare. Det står klart att mervärdet att läsa Uddenberg framför Porter eller Duffin är att han genomgående väver in svenska perspektiv i sin historieskrivning.

Vi får följa svenska läkare när de rapporterar från studieresor, men även läsa om upptäckter av svenska forskare som vanligtvis inte nämns i den internationella litteraturen. När t.ex. den franske kirurgen Jules-Émile Péan opererar kommer kirurger från olika länder för att se och lära: vi följer föreställningen via den svenske kirurgen John Bergs anteckningar. En svensk touch av internationell medicinhistoria får vi även när Uddenberg belyser den svenska sjukgymnastiken och Gustaf Zanders medikomekaniska institut, en sorts föregångare till vår tids gym. Efter en beskrivning av Novokainets framfart belyser författaren de svenska forskarna Nils Löfgrens och Bengt Lundqvists framställning av lokalbedövningsmedlet Xylokain. Exempelen är många och lättillgängliga även för läsare utan medicinhistoriska eller medicinska förkunskaper.

Här finns gott om mer eller mindre häpnadsväckande anekdoter att hämta, men samtidigt är författaren noga med att inte placera gångna tiders läkare och forskare i en skrattspegel. I stället väcker Uddenberg förståelse för olika – ur dagens perspektiv – våghalsiga behandlingar och metoder genom att sätta in teorierna i ett vetenskapshistoriskt sammanhang.

Boken som inalles täcker 800 sidor ger omväxlande läsning inte minst på grund av spännande biografiska exkurser för de olika aktörerna och det stora antalet bilder. Det framgår att Uddenbergs framställning inspirerats av andra medicinhistoriska översikter (som exempelvis den ovan nämnda av Roy Porter), men även av klassiska originalarbeten och illustrationer som han tagit del av på Hagströmerbiblioteket vid Karolinska Institutet. Här kan man anmärka att det är förvånande att författaren i referenserna flera gånger uppger att han hämtat uppgifter ”på nätet” och Wikipedia utan att ge någon närmare anvisning.

En brist kan sägas vara avsaknaden av närmare skildringar av provinsialläkarnas roll i medicinhistorien. Endast i ett sammanhang nämns denna viktiga yrkesgrupp (Band II, sid. 15) där det nämns att det år 1737 endast fanns nio provinsialläkare för hela Sverige, som efter några år under mitten av 1700-talet utökades till 45, samt 20 stadsläkare. Det hade varit på sin plats att mera skildra dessa läkare, deras årsrapporter samt viktiga roll för bättre folkhälsa och hygien.

I inledningen skriver Uddenberg att han med sitt verk vill ge en översikt som ger perspektiv och stimulerar till att läsa mer, och med detta har han lyckats utomordentligt väl. Han visar med otaliga exempel att medicinhistorien ger viktiga insikter även kring aktuella frågeställningar i vardagen, eller som det uttryckts på ett elegant sätt: *history does not repeat itself, but it does rhyme.*



**Nils Hansson**  
forskare Institut für Geschichte,  
Theorie und Ethik der Medizin,  
Heinrich-Heine-Universität,  
Düsseldorf, Tyskland



**Peter M. Nilsson**  
professor, chef  
Enheten för medicinens historia,  
Lunds universitet  
[peter.nilsson@med.lu.se](mailto:peter.nilsson@med.lu.se)



# Helheten nödvändig för återgång i arbete

**”Sjukskrivning är en behandling som används tillsammans med andra åtgärder för att man ska bli hjälpt att komma tillbaka till arbete på bästa sätt”[1]. Så börjar texten som Jönköpings län lagt ut på 1177 om sjukskrivning.**

Orden ”bli hjälpt att komma tillbaka till arbete på bästa sätt” visar tydligt på att sjukskrivning som behandling är i förändring i både Sverige och världen. Huvudsyftet med sjukskrivning eller andra behandlingar har väl tidigare snarare varit att bota eller lindra besvär och symptom, åtminstone för oss läkare? Förändringen i synen på sjukskrivning blir tydlig i boken ”Återgång i arbete – processer, bedömning, åtgärder” av Ekberg et al. som med utgångspunkt i hur det tidigare varit skriver om dagens svårigheter med sjukskrivning och rehabilitering.

Författarna har i boken många olika budskap om sjukskrivning och rehabilitering. Ska man sammanfatta alla budskap i ett huvudbudskap så landar man kanske just i orden Jönköpings län använder ”sjukskrivning för att komma tillbaka till arbete på bästa sätt”. Dessutom skulle man kunna lägga till ett underordnat samordnande budskap om vilken oerhört komplex process (långtids)sjukskrivning och rehabilitering är.

---

**”Vår huvuduppgift som läkare har hittills varit att fastställa diagnos och ge korrekt behandling för att lindra och bota. Idag sträcker sig vårt ansvar längre än så, vi ska upptäcka tidiga signaler och vi ska lotsa patienterna tillbaka till arbetslivet.”**

---

Har man som läkare inte haft ansvar för den typen av sjukskrivningar och själv upptäckt komplexiteten blir man varse det genom boken. Och just det är bokens styrka. Den återkommer till komplexiteten och svårigheterna ur många olika perspektiv. Tyvärr presenterar boken inte särskilt många lösningar även om den benar ut komplexiteten föredömligt.

Författarna presenterar några metoder och verktyg. Man hade kunnat önska fler eller varför inte en checklista eller rent av ett beslutsstöd, om så bara i textformat, över aktiviteter och

beslutspunkter för olika typer av patientfall. Då hade framtida sjukskrivningar genast sett mindre komplexa ut från läkarens horisont. Bristen på lösningar och checklistor får dock sin förklaring i boken. De är önsketänkande och finns inte, och med det får man nöja sig som läsare.

Förklaringen till att metoderna och verktygen som presenteras inte är så många som man kunde ha önskat är att det finns få bra studier att dra vetenskapliga slutsatser från. Studier som gjorts i andra länder är sällan applicerbara på svenska förhållanden. Sjukskrivning och rehabilitering är ett svårstuderat område eftersom parametrarna är många och lösningarna i princip alltid kräver individuella åtgärder. Trots det diskuterar man i boken kring olika studier och metoder och deras för- och nackdelar. Det gör också att man på ett trovärdigt sätt kan peka på förhållningssätt och möjliga framtida lösningar.

I kapitlet om ”Stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning” har författarna skrivit ”Det svenska välfärdsystemet utmärks av sin sektoriserade karaktär där ansvaret för välfärdsinsatser är fördelat mellan en rad olika aktörer ... ingen av aktörerna vill vara drivande och ta på sig ett huvudansvar”. För oss i vården blir den sektoriserade välfärden mycket tydlig. Vi behöver andra yrkesgruppers kunskap och kompetens för att sjukskrivning och rehabilitering verkligen ska bli optimal för varje patient. Redan Platon skrev om vikten av helhet: ”Många läkare vet inte hur man botar sjukdomar eftersom de inte bryr sig om helheten. Den bör också studeras, för delen kan aldrig vara frisk om inte helheten mår bra”[3].

Författarna ger Platon helt rätt: ”Utgångspunkten bör alltså vara en bedömning av aktivitetsförmågan inom alla individens livsdomäner, där arbetet är en domän och andra kan vara familjeliv, samliv, fritid, skötsel av hemmet etc.” Det är en komplex bild och det är tydligt att vi läkare saknar både kunskap och mandat på andra områden än medicinen.

Vår huvuduppgift som läkare har hittills varit att fastställa diagnos och ge korrekt behandling för att lindra och bota. Idag sträcker sig vårt ansvar längre än så, vi ska upptäcka tidiga signaler och vi ska lotsa patienterna tillbaka till arbetslivet. Det är vi inte utbildade för att göra. Boken hjälper till att väcka tankar och funderingar om områden som normalt sett inte ligger i den medicinska intressesfären. Det gör att man som läkare blir medveten om vad som behövs för att helheten ska bli bra och lättare kan hitta vägar dit.

Boken är trots sin vetenskapliga framtoning förvånansvärt

filosofisk. Det gör att det inte är en bok man sträckläser från pärm till pärm. Den kräver tid och den kräver eftertanke för att "landa" hos läsaren. Kanske kan en del i taget av de fyra huvuddelarna vara lämplig som diskussionsunderlag i läkar-grupper eller mellan läkare och paramedicinare för att förbättra samarbetet?

Förhoppningsvis landar boken också i knät hos några beslutsfattare som kan ta ett ansvar för hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Då kan alla delar få hjälp till en fungerande helhet, för var och en av våra långtidssjukskrivna behöver och förtjänar en plats i arbetslivet utifrån sin arbetsförmåga.

**Johanna Hellberg**

ST-läkare  
Flogsta vårdcentral, Uppsala  
EPJ, Uppsala läns landsting  
[hellberg.doktor@gmail.com](mailto:hellberg.doktor@gmail.com)



#### Referenser

- 1) <http://www.1177.se/Jonkopings-lan/Fakta-och-rad/Behandlingar/Sjukskrivning/>  
Uppdaterad 2015-04-17
- 2) s 140
- 3) s 148



*Magnus Falk: Skuggsken. Express You 2015. 408 s. ISBN 978-91-9805-896-3.*

Magnus Falk är allmänläkare och arbetar på vårdcentralen Kärna i Linköping. Han är också docent vid Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet där han forskar inom området hudcancerprevention. Han har tidigare gett ut romanerna *Det krökta rummet* och *Fyrtioen minuter och nio sekunder*.



## Forskaren som snubblar på en kriminalgåta

**S**kuggsken är titeln på allmänläkarkollegan Magnus Falks tredje roman. Den utspelar sig under några dramatiska försommarveckor i det lilla brukssamhället Ledfors någonstans i Mellansverige.

Till Ledfors anländer Elise Eriksson, doktorand i historia vid Stockholms universitet, för att genomföra fältstudier till det sista delarbetet i sin avhandling om den svenska brukshistorien. Samhället framstår till en början som en sömnig pensionärsidyll med storhetstiden i det förflutna. Elises uppgift är att undersöka en oväntat hektisk och framgångsrik period i det lokala brukets slutskede, innan allt plötsligt tar slut. I centrum för undersökningen står den siste dynamiske bruksägaren vars död sammanfaller med brukets. Efter sin död upphöjs han till ett slags lokalt helgon tillbedd av en stor krets veteraner i samhället. Detta intresserar Elise Eriksson.

Hennes forskningsarbete startar lugnt med intervjuer av människor i samhället, men ganska snart dyker underligheter och dödligt farliga hinder upp längs vägen mot sanningen om brukets nutidshistoria. Fredligt forskningsarbete blir till gastkramande kriminalgåta, som fångar både forskare och läsare i nästan olidlig spänning. Den oväntade, fasanfulla upplösningen överträder gränsen till det sannolika och biter sig kanske just därför sig fast i minnet

Spänningsromaner är inte min egen hemmaplan, men jag dras ohjälpligt med i handlingsströmmen, gestaltad med ett spänstigt språk och en dialog som löper lätt och mestadels otvunget. Det är inte svårt att känna igen sig i Elises vanda och lycka i avhandlingsarbetet. Hur nära huvudspåret måste hon hålla sig? Vilka stickspår kan hon tillåta sig att följa, när nya oväntade perspektiv plötsligt öppnar sig? Vad kräver metoden och hennes handledare?

Magnus Falk skriver med liv och talang. Personerna är vardagligt trovärdiga, men blir aldrig till karaktärer med existentiellt djup. För en allmänläkare ger romanen knappast någon näring åt den professionella utvecklingen, men utan sidoblickar åt det nyttiga skulle jag gärna läsa fler romaner av Magnus Falk.

För visst är det roligt när kollegor med god hantverksskicklighet tar sig an helt nya områden!

**Christer Petersson**

Växjö  
[christer-p@telia.com](mailto:christer-p@telia.com)



## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

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

**Vice ordförande**  
Åsa Niper  
asa.niper@sfam.se

**Facklig sekreterare**  
Knut Meidell  
knut.meidell@sfam.se

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

**Skattmästare**  
Marit Lindberg  
marit.lindberg@sfam.se

**Övriga ledamöter**  
Ulrika Elmroth  
ulrika.elmroth@sfam.se

Kristofer Mollberg  
kristofer.mollberg@sfam.se

### SFAM:s råd

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

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

**Kompetensvärderingsrådet**  
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

**Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q**  
Sven Hagnerud  
svensfamq@gmail.com

**ST-rådet**  
Ulrika Elmroth  
uelmroth@hotmail.com

**Utbildningsrådet**  
Charlotte Hedberg  
charlotte.hedberg@ki.se

**Rådet för sköra äldre i primärvården**  
Sonja Modin  
sonja.modin@gmail.com

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

**Rådet för levnadsvane frågor**  
Åsa Wetterqvist  
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

**IT-rådet**  
Anne Björk  
annebjork@gmail.com

**SFAM:s nätverk Allmänläkarkonsulter**  
Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

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

**Balintgrupper**  
Dorte Kjeldmand  
kjeldmand@gmail.com  
Sonja Holmquist  
sonja.holmquist@sll.se

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

**NäSTa – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)**  
Kontakt:  
Maria Lütkerman  
marialutkerman@hotmail.com

**Studierektorskollegiet**  
Stefan Persson  
stefan.persson@ltblekinge.se

**Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin**  
www.naaka.se  
Karin Lisspers  
karin.lisspers@ltdalarna.se

**Riskbruk**  
Charlotte Hedberg  
charlotte.hedberg@ki.se

**Transkulturell allmänmedicin**  
Jens Wiethege  
jens.wiethege@regionostergotland.se

**Infektioner i primärvården**  
Sigvard Mølstad  
sigvard.molstad@med.lu.se

### Internationella kontaktpersoner

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

**Euract**  
www.euract.se  
Eva de Fine Licht  
eva.de\_fine\_licht@vgregion.se

**Equip**  
www.equip.ch  
Eva Arvidsson  
evaarv@gmail.com

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

**Euripa**  
euripa.woncaeurope.org  
Lars Agréus  
lars.agreus@ki.se

**Nordic Federation of General Practice/ ApS**  
www.nfgp.org  
Karin Träff Nordström  
ktn@sfam.se

**Nordiska kongressen**  
Bernd Sengpiel  
bernd.sengpiel@gu.se

**Scandinavian Journal of Primary Health Care**  
Hans Thulesius  
hansthulesius@gmail.com

Meddela ändringar till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se) och [webmaster@sfam.se](mailto:webmaster@sfam.se)

## Lokalföreningar

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

**VÄSTERBOTTEN**  
Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

**JÄMTLAND**  
Jan Håkansson  
jan.hakansson@regionjh.se

**VÄSTERNORRLAND**  
Martin Häggberg  
m.haggberg@gmail.com

**GÄVLEBORG**  
Lisa Månsson-Ryden  
lisa.ryden@telia.com

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

**ÖREBRO/VÄRMLAND**  
Christina Ledin  
christina.ledin@liv.se

**VÄSTMANLAND**  
Jonas Foldevi  
jonas.foldevi@ptj.se

**UPPSALA**  
Karin Salomonsson-Wohlin  
karin.salomonsson.wohlin@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**  
Magnus Falk  
magnus.falk@regionostergotland.se

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

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

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

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

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

**SYDOSTSKÅNE\***

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

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

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

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

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

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

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

**NORRA ÄLVSBERG\***

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

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

\* vilande



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

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

**Ansvarig utgivare**

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

**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

**Illustratör**

Katarina Liliequist  
 katli@telia.com

**Redaktion**

Ingrid Eckerman, chefredaktör  
 chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen  
 karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz  
 p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson  
 gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson  
 christer-p@telia.com

David Svaninger  
 david.svaninger@gmail.com

**Tryck**

ÅkessonBerg, 2016  
 www.akessonberg.se

**Hemsida: www.sfam.se**

Redaktör: Johanna Johansson  
 webmaster@sfam.se

**Utgivningsplan för 2016**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
2	21.3	20.4	23.5	Europeiskt samarbete Sjuka barn och deras familjer
3	22.8	28.9	24.10	ST i allmänmedicin Att tolka utredningsfynd
4	17.10	23.11	19.12	IT i primärvården Hjärta-kärl-diabetes

**Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!**  
 Gör din beställning av extra nummer i god tid.  
 Se [www.sfam.se](http://www.sfam.se) "för kursgivare".

**SFAM:s kansli**

Box 503, Grev Turegatan 10E, 114 11 Stockholm, [www.sfam.se](http://www.sfam.se), [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se)

Heléne Swärd  
[helene.sward@sfam.se](mailto:helene.sward@sfam.se),  
 Tel: 08-23 24 05

Eva Norell  
 projektledare Lärande och utveckling  
[eva.norell@sfam.se](mailto:eva.norell@sfam.se),  
 Tel: 0708-52 39 56

Kompetensvärdering i ST  
[mittist@sfam.se](mailto:mittist@sfam.se)  
[examen@sfam.se](mailto:examen@sfam.se)

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

**Publicering**

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

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

**Vill du följa debatten på Ordbyte?**

Gå in på [www.sfam.se](http://www.sfam.se) och klicka på *Ordbyte*


**Kalendarium**

Mer upplysningar via [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

**2016****Mars**

Seminarium för  
 Mitt-i-ST-värderare  
 14.3 Stockholm

**April**

Glesbyggsmedicinskt möte  
 6-7.4 Sälen

**Balintmöte**

22-23.4 Lund – Malmö

**Idéseminarium SFAM**

28.4 Stockholm

**Fullmäktigemöte SFAM**

29.4 Stockholm

**Juni**

Wonca Europe  
 15-18.6 Köpenhamn

**September**

ST-dagarna, 14-16.9 Kalmar

**November**

SFAM-Q:s kvalitetsdag  
 24.11 Stockholm

**2017**

SFAM:s kongress 26-28.4 Karlstad

Nordisk allmänmedicinsk kongress  
 14-16.6 Reykjavik

**Internationellt**

Övriga kongresser utanför Norden:  
 Se [www.sfam.se/kalendarium](http://www.sfam.se/kalendarium)

**Res med nordiska kollegor** till  
 internationella kongresser:  
[www.scandinaviandelegation.dk](http://www.scandinaviandelegation.dk)

**Kursdoktorn**

[www.kursdoktorn.nu](http://www.kursdoktorn.nu)  
 Kursdoktorns kurser är granskade  
 och godkända enligt SFAM:s kriterier  
 och anvisningar.

**KursMedicin**

[www.kursmedicin.se](http://www.kursmedicin.se)  
 Nationella kurser i allmänmedicin  
 i samarbete med SFAM.



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

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

# Annons