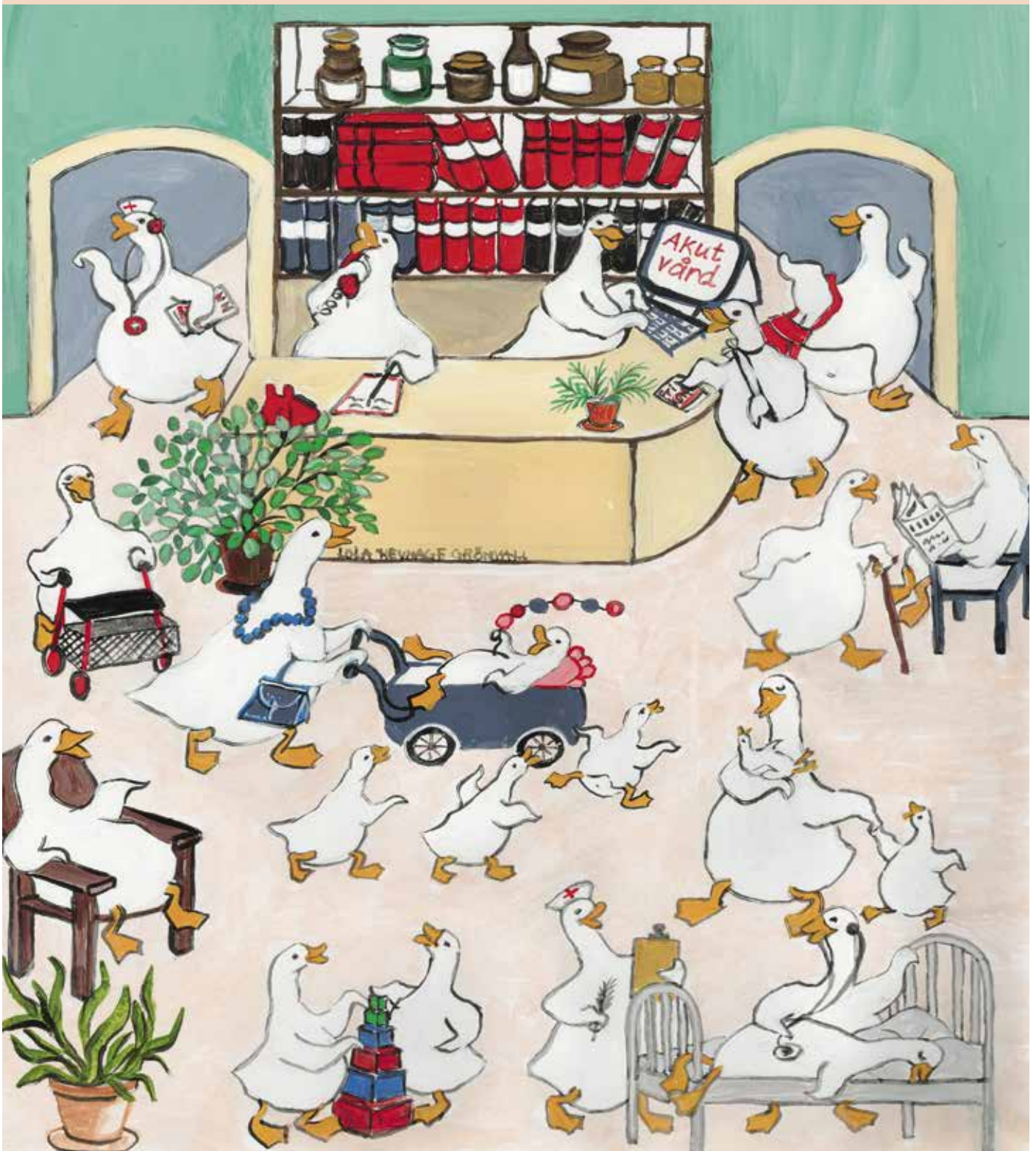


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2016 ÄRGÅNG 37

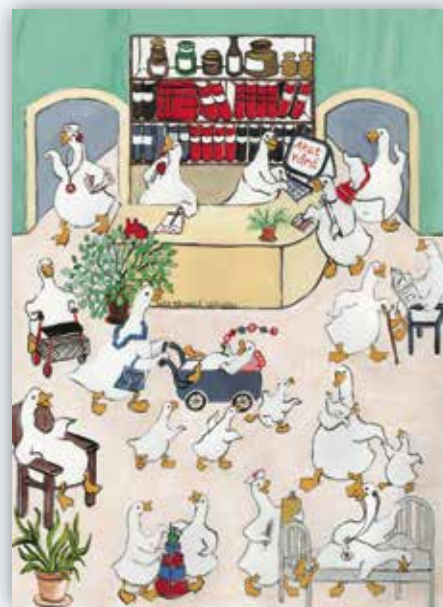


ST i allmänmedicin
Att tolka utredningsfynd

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **God läkarbemanning och vård av kroniskt sjuka går hand i hand**
Hanna Åsberg
- 2 **Inbjudan till idéseminarium 1–2 december**
- 3 **Ny styrelse – nytt SFAM**
Ingrid Eckerman
- 5 **ULF: SFAM får 3,7 milj för lokal fortbildning**
Gösta Eliasson
- 6 **Arbetet med sfam.se**
Hanna Åsberg
- 6 **Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin**
- 7 **Mitt-i-ST: Ny administration avlastar kansliet**
Hanna Åsberg och Karin Lindhagen
- 8 **Örebro – Värmland planerar kongress**
För SFAM Örebro Värmland, Christina Ledin
- 8 **Notis: Foto i AllmänMedicin**
- 9 **Idéseminarium och fullmäktigemöte 28–29 april 2016**
Ingrid Eckerman
- 10 **AllmänMedicin gratulerar**
- 11 **Om dåliga läkarintyg – Erfarenheter från ett ansvarsärende**
Sten Holmäng
- 14 **Att tolka undersökningsfynd**
Annika Andén
- 16 **Att tolka leverprover**
Rolf Svensson
- 19 **SFAM och ST-läkarna**
Ingrid Eckerman
- 20 **Att bli specialist i allmänmedicin**
Camilla Stättin
- 22 **Examination**
Inge Carlsson
- 23 **Allmänmedicinens vardag – arbetssätt, synvinklar och synvillor**
Eva Arvidsson och Malin André
- 26 **Allmänmedicinskt arbetssätt**
Ulf Österstad
- 27 **MSF för Läkare**
Jan-Eric Olsson
- 30 **Nedslag Sandviken: Grön ö för ST-utbildning vänder utvecklingen**
Ingrid Eckerman
- 32 **En ST-läkares rapport från Köpenhamn: Vasco da Gama och WONCA Europe 2016**
Mariko Yoshinaga Galvér
- 34 **Hälsogrupper för ofrivilligt migrerade**
Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi, Hanna Waldemarsson, Pia Yngman Uhlin och Nahreen Tynngård
- 36 **"Allmänläkaren är den enda riktiga läkaren"**
Samtal med kollegan Fadel Abu Elula från Syrien
Christer Petersson
- 38 **Vatten och läkemedel – två dagar i Uppsala**
Ingrid Eckerman
- 40 **Vem är jag om jag inte kan koka kaffe?**
Ulrika Sandén
- 43 **En fråga av vikt**
Bertil Hagström
- 46 **Bättre vård för pengarna**
Ingrid Eckerman
- 46 **Något Måste Göras!**
Ingrid Eckerman
- 48 **Almedalen 2016: Fokus på primärvårdsfrågor**
Camilla Sandin Bergh
- 50 **Den nödvändiga allmänläkaren**
Christer Petersson
- 51 **ASK ger lust och energi**
Gunilla Byström
- 54 **Glesbygdsmedicin i blötsnö**
Ingrid Eckerman
- 56 **Sponsorfri Wonca-konferens**
Ingrid Eckerman
- 57 **Bokrecension: Användbar lärobok vid livets slut**
Peter Olsson
- 58 **Bokrecension: 391 amalgamsjuka patienters journaler**
Petra Widerkrantz
- 60 **Bokrecension: Även läkare behöver kunskap om tobak**
Lars-Göran Persson
- 61 **Bokrecension: Allmänläkaren mellan erfarenhet och vetenskap**
Björn Landström
- 62 **SFAM informerar, kalendarium**
SFAM:s råd och nätverk, kontaktpersoner
-
- SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema 1 artiklar
■ Tema 2 artiklar ■ Utbildning & Fortbildning
-

Omslagsbild AllmänMedicin nr 3



Konstnären Lola Grönvall, Vellinge, blev för sexton år sedan ombedd att måla gäss på en brevlåda. Grannarna blev så förtjusta att hon fortsatte. Det har blivit flera tusen brevlådor. Ett bostadsföretag såg några köksluckor, och då fick hon måla gäss på varje trappavsats i ett åttavåningshus. Vätrummet på Kroksbäcks vårdcentral i Malmö har en vägg fylld med gäss. Gässen har spridit mycket glädje, människor slappnar av. De har blivit Lolas signum.

Lola Nevhage Grönvall, 1000-konstnär
kontakt@lolagronvall.se

God läkarbemannning och vård av kroniskt sjuka går hand i hand

Den 29 april i Sollentuna tillträdde en ny styrelse. Jag kan med stolthet skriva att vi har inlett verksamhetsåret med en rivstart. Med god arbetsvilja och intensiva diskussioner har styrelsen påbörjat flera tunga arbetsområden. Vi kommer att arbeta för att se en betydlig förbättring inom dessa områden och att verka för att strategierna i arbetet är väl genomtänkta och definierade.

En av de största och viktigaste uppgifterna som styrelsen har att ta itu med är hemsidan sfam.se. Den behöver förbättras på flera sätt. Hemsidan ska vara SFAM:s självklara kontaktyta mot omvärlden – ett allmänmedicinskt ansikte som ska vara både professionellt, informativt och snyggt på samma gång. Läs gärna mer om hemsidan på sidan 6.

I våras blev vi beviljade 3,7 miljoner kronor från Socialstyrelsen för projektet ”Bättre vård vid kroniska sjukdomar”, även kallat ULF-projektet, enligt ansökan från föregående styrelse. Den nya styrelsen har värderat olika delar av ansökan och inhämtat synpunkter från lokalavdelningar och råd. Efter ytterligare bearbetning i styrelsen har vi nu fastställt projektplanen. Styrelsen har beslutat att inte utveckla CPD-poängssystemet ytterligare, men att arbeta med förbättringar av existerande problem i IT-plattformen för CPD-poängssystemet. Inom ramen för projektet bjuder vi in till ett idéseminarium den 1-2 december, där vi bland annat kommer att diskutera fortbildning och bristen på allmänläkare. En artikel om ULF-projektet hittar du på sidan 5.

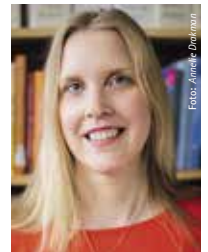
Bristen på specialister i allmänmedicin anser jag är vår viktigaste fråga. Sverige kan, efter decennier av brist på allmänläkare, faktiskt vara på väg att komma till skott för en positiv förändring i primärvården. 2016 har hittills präglats av Göran Stiernstedts utredning *Effektiv vård*. Både Läkarförbundet och Läkaresällskapet har tagit fasta på bristen på allmänläkare och

förordar en nationell primärvårdsreform och fast läkarkontakt. Representanter från SFAM:s styrelse deltog i Almedalen där bristen på allmänläkare diskuterades flitigt.

Digitalisering av sjukvården var också på Almedalens agenda, och visst kan det medföra praktiska fördelar genom till exempel färre resor för patienter i glesbygd. Men vi måste vara väldigt tydliga med att digitalisering inte är en lösning på bristen på allmänläkare. En god bemanning av specialister i allmänmedicin i landet är nödvändig för att kunna erbjuda alla patienter, och synnerhet de med kroniska sjukdomar eller komplexa vårdbehov, en fast läkarkontakt. Ökad kontinuitet för den patientgruppen är den viktigaste faktorn för att öka kvaliteten och kostnadseffektiviteten i svensk sjukvård. Utan tillräcklig läkarbemannning i primärvården blir dessutom våra andra uppdrag som fortbildning, forskning och handledning lidande, vilket i slutändan drabbar patienterna i form av en sämre vård.

Problembilden har vi nu talat nog om och det är dags att skrida till handling. Från Norge, som genomförde fastlegeordningen, och nu nyligen vår brittiska motsvarighet RCGP som drivit igenom programmet *GP Forward View* i England, så vet vi att det är möjligt att på kort tid åstadkomma stor förändring i nationell sjukvårdspolitik. Det behövs konkreta förslag på hur vi kan bli fler allmänläkare, annars riskerar *Effektiv vård* att hamna i skrivbordslådan utan att man åstadkommit någon verklig förbättring för befolkningen. I dialogen om utformningen av framtidens primärvård ska SFAM vara en stark och tydlig röst.

Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



Inbjudan till idéseminarium 1-2 december

Rosersbergs slottshotell, nära Märsta och Arlanda

Dag:

Ankomst torsdag: Lokalföreningarna och Referensgruppen för ULF, delproj. 3
Ankomst fredag: Lokalföreningarna, Samtliga råd, Fortbildningssamordnare, SFAM:s nätverk, ST-läkare och Övriga fortbildningsintresserade till gem. middag torsdag kväll)

Inbjudan till:

Program

Torsdag 12-13 Lunch
1 dec: 13-17 Halvårsmöte lokalföreningar
19 Möte referensgruppen för delprojekt 3 Middag

Fredag 8.30-10 Möte för fortbildningssamordnare
2 dec 10-16 Idéseminarier
– Innehållet i en ev. ny ansökan till Socialstyrelsen
– Bristen på allmänläkare – hur går vi vidare?



Anmälan till kansli@sfam.se.
Först till kvarn gäller!

Ny styrelse – nytt SFAM

Våren 2012 tillträdde jag hastigt och lustigt som chefredaktör för AllmänMedicin. Det var första gången jag kom en styrelse i SFAM nära och kunde följa dess arbete.

År 2012 uppfattade den tillträdande styrelsen en kris. Medlemsantalet liksom inkomsterna var i sjunkande. Föreningen byggde på ideellt arbete alternativt arbete utfört på betald arbetstid. Tiderna hade ändrats. De som nu skulle ta på sig uppdrag för SFAM måste i mycket större utsträckning få betalt.

Styrelsen såg två viktiga uppgifter: att öka medlemsantalet och att öka inkomsterna ännu mer. Den lyckades delvis.

Under de här fyra åren har SFAM utvecklats till en förening som är väl känd och tongivande. SFAM har varit representerat vid alla viktigare möten. Ett sjunkande medlemsantal har bytts mot ett ökat antal yngre läkare. Ekonomin har tillåtit stora satsningar. Kansliet har vuxit med flera deltidsanställda.

Utbildningsprenumerationen var en av flera idéer för att öka inkomsterna. Att söka externa medel var en annan. Ett stöd för fortbildning skulle kunna locka fler att bli medlemmar. Nya sfam.se med portalen Lärande och utveckling var den stora satsningen.

Styrelsen blev snabbt ifrågasatt. Bristande kommunikation med medlemmarna bidrog. Enligt min uppfattning medförde den nya styrelsen 2012 också en tydlig kulturomsvängning.

SFAM utvecklades på 70- och 80-talen när ideellt gräsrotsarbete och de anställdas medinflytande var de självklara modellerna. Finanskrisen på 90-talet och införandet av New public management förändrade detta. 2012 års styrelse verkade utifrån det nya tänkandet. "Hur ska vi kunna sälja SFAM?" och "vad vill medlemmarna ha?" blev huvudfrågorna. Den ursprungliga frågan "hur ska vi kunna stärka allmänmedicinen?" blev en bifråga.

Misstroendet mot förra ordföranden märktes tydligt vid full-

mäktigemötet 2014, då hon blev omvald med endast en rösts övervikt. Det var därför rimligt att hon drog sig tillbaka 2016 då det fanns en annan kandidat.

Att man uppfattat grava ifrågasättanden av styrelsens arbete ledde till att alla utom två i sista stund valde att avgå. Valberedningen fick ett styvt arbete att få ihop en styrelse. Flera "gamla rävar" valdes in, förutom yngre och oprövade förmågor.

Den nya styrelsen har fått en rivstart. De stora frågorna är nya sfam.se, som inte har uppfyllt vare sig förra styrelsens eller medlemmarnas förväntningar, och hur projektpengarna ska användas. Kommunikationen med medlemmarna är en annan viktig fråga.

Min önskan är att styrelsen ska få mer uppskattning för det den gör bra än kritik för det den gör dåligt. Ledamöterna arbetar till stor del ideellt. Om de inte tycker arbetet är roligt kommer de kanske med tiden bytas ut mot dem som är mer intresserade av makt än av beröm.

Låt oss peppa styrelsen med positiva tillrop!

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Chefredaktören har varit på ST-dagarna i allmänmedicin!

Det gav mersmak. Mer om detta kommer i AllmänMedicin 4-2016.

ST-läkare: AllmänMedicin behöver dig!

AllmänMedicin – i pappersform och på hemsidan – behöver bli mer intressant för ST-läkare. Vi behöver alla typer av bidrag, författade av ST-läkare. Vi behöver dina åsikter och förslag om innehållet.

Tänk också framåt: Vilka av artiklarna i AllmänMedicin bör ligga på hemsidan så att framtida ST-läkare lätt kan hitta dem?

Bläddra i den här tidningen. Hör sedan av dig till chefredaktor@sfam.se eller använd dig av diskussionsforum på sfam.se.

Ingrid Eckerman, Chefredaktör

Annon 180 x 40

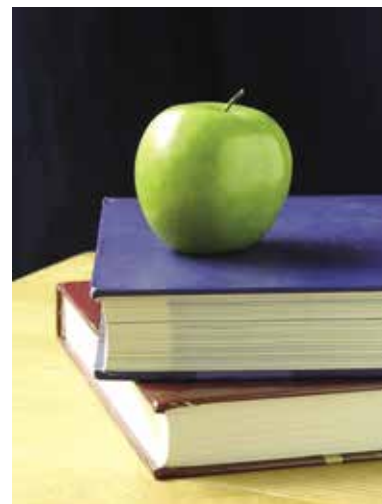
Inbjudan



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

13:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 24 november 2016
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm



ÅRETS TEMA:

Förbättringsarbete i praktiken. Hur gör vi skillnad i vardagen?

SFAMs kvalitetsdag har arrangeras varje höst sedan 2004 och är en mötesplats för ca 200 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården. Alla yrkesgrupper i primärvården är varmt välkomna!

Fokus ligger som vanligt på redovisning av och diskussion om förbättringsprojekt från olika delar av landet och utbyte av erfarenheter!

Exempel på föreläsare är bl. a. Boel Gäre-Andersson, professor i ledarskap och kvalitetsförbättring i hälsa och välfärd, Jönköping Academy och Ulrika Elmroth, PrimärvårdsKvalitet, SKL.

Tidigare SFAMQ-ordförande Sven Engström kommer att prata om förbättringsarbete på vårdcentralen och blivande ordförande Rita Fernholm kommer att prata om tips och råd vid uppstart av förbättringsarbete.

Rita Charon kommer att prata om "Narrative medicine – honoring the stories of illness".

Fullständigt program finns på www.sfam.se

Konferensavgiften 1.600 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Sista dag för anmälan är 30 oktober.

Anmäl dig på SFAMs hemsida: www.sfam.se

(<http://sfam.se/kurser/13-e-nationella-kvalitetsdagen-for-primarvarden>)

Har du frågor om din konferensanmälan kontakta: johanna.johansson@sfam.se

ULF: SFAM får 3,7 milj för lokal fortbildning

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att fördela medel för att åstadkomma förbättrad vård för kroniskt sjuka personer. SFAM har i år beviljats 3,7 milj kr av dessa medel. Bidraget skall enligt Socialstyrelsens beslut "... användas för att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar."

Projektet består av flera delar som delvis hänger samman. Det första projektet är tänkt att ge stimulans till ökad användning av kollegiala grupper (FQ-grupper). Det andra handlar om nytt studiematerial och det tredje om förbättring av SFAM:s webbsida och fortbildningsportal. SFAM avsätter dessutom medel för utveckling av olika kompetensvärderingsmetoder.

Efter att ha inhämtat förslag och synpunkter från expertråd och lokalföreningar, och efter att ha modifierat den ursprungliga planen, fastställde styrelsen denna projektplan för utveckling av lokal fortbildning (ULF) i augusti 2016.

Stöd till FQ-grupper och fortbildningssamordnare

Antalet FQ-grupper¹ i landet har minskat, delvis på grund av bristande centralt och lokalt stöd och delvis på grund av avsaknad av regelverk och hållbara strukturer för fortbildning. Syftet med projektet är att öka antalet FQ-grupper i landet och att ge dessa stöd.

I samråd med lokalföreningar inom fyra landsting/regioner rekryteras fyra allmänläkare, projektanställda på vardera 20 %. Inom det egna landstinget/regionen erbjuder de hjälp och stöd till de kollegor som deltar i eller önskar starta nya grupper med deltagare från en eller flera vårdcentraler. Gruppdeltagarna informeras om SFAM:s studiematerial och har möjlighet att testa nytt material. De uppmuntras också till användning av PrimärvårdsKvalitet, ett kvalitetsregister som ger återkoppling av egna kvalitetsdata. Målet är att minst åtta nya grupper skall nybildas. SFAM:s styrelse är huvudansvarig för projektet, och det leds av tre läkare utsedda av styrelsen. Budgeten ligger på drygt 1 milj kr.

Inom SFAM finns ett nätverk för lokala fortbildningssamordnare med ett trettiofem aktiva medlemmar. Dessa är nyckelpersoner och har det lokala ansvaret för allmänläkarnas fortbildning. Projektet avser att kartlägga fortbildningssamordnarnas villkor, uppdrag, förutsättningar och resurser samt på vilket sätt de önskar stöd från SFAM. Budgeten är cirka 50 tkr.

Studiematerial

SFAM har sedan 90-talet med hjälp av intresserade allmänläkare låtit ta fram studiebrev, innehållande fakta och patientfall som inspirerar till diskussion i FQ-gruppen. SWAMP² är en vidareutveckling av studiebrevet genom webbaserad teknik och koppling till PrimärvårdsKvalitet. Projektets syfte är att stödja och inspirera de kollegiala grupperna och egna studier. Materialet inriktas på omhändertagande av personer med kroniska sjukdomar. Budgeten för projektet ligger på cirka 900 tkr.

Förbättring av fortbildningsplattform och hemsida

Den fortbildningsplattform SFAM låtit utveckla under 2014 – 2015 innehåller webbformulär för utbildningsplanering och självregistrering av genomförda aktiviteter samt en katalog över allmänmedicinska fortbildningsaktiviteter. Registrerade fortbildningsaktiviteter ger s.k. CPD-poäng enligt norsk modell, och uppnådda poäng jämförs med en målnivå.

Nuvarande fortbildningsplattform uppvisar dock brister. Antalet användare som har använt sig av möjligheten att registrera sina CPD-poäng är lågt. Registreringsformuläret uppfattas som ologiskt och det saknas verktyg för utvärdering av det individuella fortbildningsbehovet.

"Syftet med projektet är att öka antalet FQ-grupper i landet och att ge dessa stöd"

Projektet syftar till att skapa en ny, funktionsduglig och användarvänlig version och genomförs som ett utvecklingsarbete tillsammans med IT-expert under ledning av styrelsen och med stöd av SFAM:s expertråd.

Lokalföreningar, råd och fortbildningssamordnare samt alla fortbildningsintresserade inbjuds till ett idéseminarium i december, där förslag och synpunkter på projektet samt på innehållet i kommande ansökan kommer att diskuteras. Styrelsen har utsett en särskild arbetsgrupp för planering av idéseminariet. Budgeten för projektet är cirka 1,25 milj kr.

Utvärdering av metoder för kompetensvärdering

SFAM har från bidraget även avsatt medel till tre externa projekt som leds av utvecklingsintresserade allmänläkare. Ett projekt avser att översätta och validera en webbenkät för feedback till läkare från patienter och medarbetare, en metod som används i Storbritannien (se sid 27).

Ett annat är inriktat på personcentrerad vård och avser att främja involvering och samråd med patienten i planering, uppföljning och behandling.

Ett tredje delprojekt avser att utvärdera det s.k. progresstestet, ett kunskapstest där man värderar läkarens kunskaper inom medicin, kommunikation, vetenskap och etik.

Dessa externa projekt har tillsammans en budget på cirka 450 tkr.



Gösta Eliasson
Facklig sekreterare
gosta.eliasson@sfam.se

1 FQ står för "Fortbildning och kvalitetsutveckling"

2 SWAMP betyder SFAM:s Webbutbildning i Allmänmedicin Med Patientfall

Arbetet med sfam.se

Hemsidan behöver utvecklas, omarbetas och förbättras. Den är byggd på en plattform där det bör vara möjligt att göra de förändringar som vi kan tänkas önska oss.

Styrelsen har påbörjat en process för att förbättra hemsidan och har utsett en arbetsgrupp på tre personer ur styrelsen. Arbetsgruppen samarbetar med kanslipersonal/webmaster, som i sin tur har kontakt med vår IT-konsult iTeam. En del förtroendevalda utanför styrelsen har spontant mejlat in synpunkter på hemsidan. SFAM har tidigare genomfört en enkät där medlemmar har lämnat förslag och synpunkter. Dessa synpunkter har kanslipersonal sorterat och sammanställt.

Det här är exempel på åtgärder som behöver ses över i arbetet:

Hemsidan har en hel del tekniska buggar. Arbetsgruppen samarbetar med webmaster för att prioritera vilka buggar som behöver åtgärdas först. Vissa buggar kan ta 1-2 timmar att åtgärda för en IT-konsult, medan andra kan ta betydligt längre tid. Tidsåtgången för respektive buggfix blir avgörande för hur lång tid det tar totalt sett, och hur mycket det kostar, att åtgärda alla eller delar av buggarna på listan.

Söksystemet på sfam.se består av s.k. taggningsfunktion. Om en redaktör lägger ut material på hemsidan kan hen "öronmärka" det med vissa sökord, vilket kräver manuellt arbete. Fördelen är att vissa texter eller annat material lyfts fram när man söker på dessa termer. Man måste dock börja sökningen med just de bokstäver som sökordet börjar på för att det ska komma upp i listan.

Söksystemet på hemsidan kommer nu att kompletteras av typen google-sök som är mindre känslig för stavningen på söktermerna och som läser av all text på hemsidan. Kombinationen av google-sök och taggningsfunktion kommer att göra det lättare för besökaren att söka fram relevant material på hemsidan samt spara arbete för redaktörerna.

I ULF-projektplanen har styrelsen beslutat att förbättra funktionaliteten i registreringen av CPD-poäng men att inte vidareutveckla systemet. Söksystemet för kurser och utbildningar ska förenklas och förbättras för användaren. Inom ramen för projektplanen finns en budget för 400 IT-konsulttimmar.

Hemsidan är idag uppdelad i Föreningsdelen, Lärande & utvecklingsdelen samt tidskriften AllmänMedicin. Föreningsdelen behöver förtydligas. Vad står SFAM för? Vad arbetar vi med och för vem? Vad vill vi med svensk allmänmedicin? Vad vill hemsidans besökare få ut av Lärande & Utvecklingsdelen? Ska Föreningsdelen- och Lärande & Utvecklingsdelen fortsatt vara separata delar i hemsidan? Ska AllmänMedicin utvecklas mot en digital tidskrift?

Styrelsen behöver besluta om översiktlig design på sidan, t.ex. hur huvudflikar och underflikar för råd och lokalavdelningar ska läggas upp. Förstasidan behöver omarbetas och ge en tydligare bild av SFAM som förening. Nyhetsflödet på förstasidan behöver planeras. Vilka slags nyheter ska läggas upp där? Ska de prioriteras i någon särskild ordning?

Här behövs en genomtänkt process där styrelsen tar strategiska beslut om vilka budskap som SFAM vill nå ut med och vilken typ av information som hemsidans besökare eftersöker.

Fortsättning följer under verksamhetsåret.

Hanna Åsberg

Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



Foto: Zimle Drömmar

Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin

Måndag 16 – onsdag 18 januari 2017 på Stjärnholms slott utanför Nyköping.

SFAM

Svensk förening för allmänmedicin

Anmälan senast 15 december 2016. Du hittar anmälningsblankett och mer information om kursen på SFAM:s hemsida via kalendariet som du når på startsidan i högerspalten – www.sfam.se.

Kursen, ett tredagars internat, ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens, särskilt under och i slutet av ST. Den bygger på aktivt deltagande, och stor del av tiden ägnas åt arbete i små grupper med praktiska övningar. Samtliga moment i specialistexamen går igenom: portfölj, skriftligt prov, uppsats, praktikdag. Stor del av tiden ägnas åt bedömning av konsultationer samt träning att ge återföring. Videoinspelade konsultationer används som underlag.

Kursen är grundkurs för den som vill bli värderare för Mitt-i-ST och examinator för specialistexamen i allmänmedicin. Den är en bra fördjupningskurs för handledare, studierektorer och andra specialister i allmänmedicin med intresse för utbildning.

Kontaktpersoner: rådets ordförande

Ulf Måwe (ulf@mawe.se) eller

Robert Svartholm

(polarull.svartholm@telia.com).



Mitt-i-ST: Ny administration avlastar kansliet

Under 2016 har SFAM anställt en ny administratör för Mitt-i-ST, Katarina Boltensstern. Hon tar emot anmälningarna och sköter den löpande administrationen. Tillsammans med samordnaren för Mitt-i-ST, Kirsten Nilsson, kopplar hon ihop ST-läkaren med en värderare.

Värderaren ska helst komma från ett annat landsting/region än ST-läkaren, eller inom större regioner åtminstone från ett annat sjukvårdsområde. Det finns omkring 80 aktiva värderare, allmänläkare med särskild utbildning genom SFAM, och det behövs fler.

Mitt-i-ST ska göras mitt i ST för att kunna vara underlag till eventuell justering av utbildningsplanen. Därför tar vi sedan hösten 2016 emot anmälningar allra senast 18 månader innan ST beräknas vara klar. Helst vill vi ha dem betydligt tidigare.

Under 2016 har till slutet av augusti 110 anmälningar för Mitt-i-ST kommit in (ungefär samma som förra året vid samma tid).

Väntetiden för ST-läkaren att få en värderare varierar av flera skäl. För närvarande har de som väntat längst skickat in sin anmälan i slutet av hösten 2015, men i stort sett har vi kunnat nå

upp till ambitionen att väntetiden ska vara högst sex månader.

På grund av hög arbetsbelastning på kansliet har faktureringen för Mitt-i-ST släpat efter. Detta problem kommer vi förhoppningsvis att komma tillrätta med under hösten 2016.

Läs mer om Mitt-i-ST på SFAMs hemsida www.sfam.se/foreningen/s/Mitt-i-ST.

Hanna Åsberg
Ordförande

Karin Lindhagen
Kompetensvärderingsrådet
karin.lindhagen@sfam.se



SFAM söker fler värderare!

Är du intresserad?

Kontakta Karin Lindhagen karin.lindhagen@sfam.se.

Mer information hittar du på Kompetensvärderingsrådets sida på sfam.se.

Annons

Örebro – Värmland planerar kongress

Vid idéseminariet i april var flera lokalföreningar intresserade av att berätta vad man arbetar med. Här är första bidraget. Vi hoppas på en lokalförening i varje nummer!



Höst, mest grått och enstaka dagar med höstsol. Långt till vår. Säkert har många lokalföreningar sina årsmöten. Arbetshöst.

Vi i SFAM Örebro Värmland har under 2016-2017 i mycket siktet inriktat på vårt lokala möte i Loka Brunn i januari och naturligtvis också på den nationella kongressen 26-28 april 2017.

Lokamötet brukar samla ett hundratal deltagare från Örebro och Värmlandslandstingen. Två dagar av utbildning, kollegialt utbyte, fest och överraskningar... Att på det här sättet under året arbeta med ett lokalt arrangemang ger ett slags "styrfart" åt föreningen. Att ibland komma samman med kollegor för att få höja blicken ovanför vardagen är nödvändigt. Bara så kan vi tillsammans finna det som är allmänmedicinens själ och det som är vägen framåt.

Mitt eget fokus det här året och nästa är den nationella kongressen. Programmet och möjlighet till anmälan kommer snart ut. Du finner oss också på Facebook, Liv och Lust i Karlstad. Välkommen att följa planeringen! Till våren blir det tre år sedan vi sågs i Västerås och det är hög tid att träffas!

Kongressprogrammet kommer förmodligen att finnas i app i stället för i tryckt form. På det sättet spar vi pengar, miljö och frustration... Komplettering med ett litet "programblad" för dem som fortfarande tycker smartphonen/plattan är för pillrig...

Svensk allmänmedicin lever i en tid av stora förändringar. Ska allmänmedicinen vara en enhet eller är framtiden äldre vårdcentral och närakut? Hur ska vi tänka om de digitala vårdcentralerna – är det möjligt att träffa sin doktor på nätet i stället för i mottagningsrummet? Hur behöver framtidens allmänläkare vara rustad?

För alla oss som ser de här frågorna som viktiga är SFAM den plattform vi behöver för att pröva och vässa våra argument.

Välkommen till vår hemsida sfamorebrovarmland.se och till Karlstad!

För SFAM Örebro Värmland
Christina Ledin
Ordförande
christina.ledin@liv.se



Styrelsen informerar



Styrelsen 2016. Från vänster Maria Wolf, Malin André, Eva Arvidsson, Ulrika Elmroth, vice ordförande, Hanna Åsberg, ordförande, och Gösta Eliasson, facklig sekreterare. Saknas gör Magnus Kåregård, kassör, och Anna Nager, vetenskaplig sekreterare.

AllmänMedicin informerar

Fotografier i AllmänMedicin

Det har aldrig funnits så många kameror igång som nu – och aldrig varit så svårt att få bilder av tillräckligt hög kvalitet till tidningen!

Bilder tas idag oftast med mobiltelefonens kamera. De är i allmänhet tillräckligt bra för att ge tryckbara bilder. Men det finns några problem: Dels är kamerorna inte speciellt ljuskänsliga, och dels förminskas ofta bilderna när de lämnar kameran, t.ex. som e-post.

Tänk därför på detta:

- God belysning krävs, speciellt av ansikten. Porträttbilder tas helst utomhus mot neutral bakgrund.
- *Originalbilden ska alltid skickas i verklig storlek.* Enklast är att den som tagit bilden också skickar in den.
- *Gör inga ändringar* av bilden. Behöver den förbättras, beskäras eller dylikt så gör vår professionella sättnare det.
- Spara hem bilden i fullformat till datorn. Ge den gärna ett bra namn samtidigt. På pc kan du högerklicka på bilden för att se storleken – den bör vara minst 1 MB stor om du gjort rätt. På en Mac finns samma information att hämta genom högerklick eller i bildprogrammets meny. Ett annat sätt är att förstora bilden mycket kraftigt. Är den fortfarande skarp?
- Öppna ett e-brev i din brevlåda på datorn. Klicka på "bifoga fil" och leta rätt på bilden. Skriv in i brevet bildtext (vad/vilka bilden föreställer), fotografens namn och till vilken artikel den hör. Skicka till chefredaktor@sfam.se.

Är bilderna många och/eller mycket stora kan det vara bättre att lägga bilderna i Dropbox och skicka länken till chefredaktor@sfam.se.

Spredd är ett annat gratis-alternativ.



Idéseminarium och fullmäktigemöte 28–29 april 2016

En kylig aprildag samlades en mängd aktiva SFAM:are på Bergendals kursgård utanför Stockholm. Alla verkade taggade. I år blev det ingen nationell allmänmedicinsk kongress, och behovet av att diskutera föreningsangelägenheter var stort.

Göran Stiernstedt presenterade ”750 sidors förbättringspotential”. Därefter följde en paneldebatt under ledning av Christina Kennedy från Dagens Medicin. Medverkande var, förutom Göran Stiernstedt och Karin Träff Nordström, Ove Andersson, Distriktsläkarföreningen, Hans Winberg från tankesmedjan Leading Healthcare, Stefan Jutterdal, Fysioterapeuterna och Emma Spak, SYLF.

Så vidtog diskussioner i stora och små grupper. Föreningens interna arbete i styrelse, råd och lokalföreningar diskuterades. Så kom fortbildning, CPD-systemet, hemsidan med utbildningsportalen, forskning, Läkaresällskapet, PrimärvårdsKvalitet m.m.

Andra dagen fanns möjligheter för alla föreningens grupperingar att träffas och planera sitt arbete.

Därefter tog fullmäktigemötet vid, med Meta Wiborgh som mötesordförande. Den långa verksamhetsberättelsen och den ekonomiska berättelsen gick igenom, och den avgående styrelsen fick ansvarsfrihet.

Valet av styrelse rymde en del spänning. Valberedningens slutliga förslag hade inte varit klart många dagar. Att Karin Träff Nordström skulle avgå som ordförande och att Hanna Åsberg, med förflutet i bl.a. Medicine studerandes förbund, kandiderade för ordförandeposten var klart, men däremot inte att så gott som hela styrelsen lämnade sina poster. Den nya styrelsen består nu av en spännande blandning ”nya oprövade” och ”gamla rävar”.

Karin höll sitt avskedstal och tackade därefter kansliet för deras arbete. Så utdelades belöningar och avgående styrelseledamöter avtackades, allt under återkommande trumpetfanfarer från SFAM:s egen trumpetare Anders Hernborg.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Avgående styrelseledamöter: Marit Lindberg, Knut Meidell, Åsa Niper och Karin Träff Nordström.



Lokalföreningarnas möte. I centrum Gösta Eliasson.



Avgående kassör Olof Cronholm och lille Stig.



Kansliet avtackas: Eva Norell, Karin Träff Nordström, Heléne Swärd och Johanna Johansson.

Årets lejon blev två

Styrelsen utsåg två lejon, eller snarare lejoninnor, med följande motiveringar:



Cecilia Björkelund bedriver klinisk forskning med mål att ge kontinuitet och effektiv vård för patienter i primärvård. Hon kämpar för att generalistperspektivet ska få plats i evidens och i medicinska riktlinjer. Genom sin gärning och sin glöd inspirerar hon yngre kollegor att bedriva viktig primärvårdsforskning och att lyfta generalistperspektivet bland beslutsfattare.

Malin André har under många år tröget fört sin vision om ett kvalitetssystem för primärvården vidare till ett konkret verktyg. Hon har lyhört och utan att ge avkall på kvalitet arbetat med att stöta och blöta samt jämka olika åsikter i frågan. Senaste åren har hon framgångsrikt planterat projektet hos SKL och sett till att resultatet blivit praktiskt användbart med bibehållen allmänmedicinsk relevans.



Årets medlemsvärvare

Den lokalförening som procentuellt ökat sitt medlemsantal mest under 2015 var Södra Älvsborg. **Gerd Carlsson Ahlén** fick sin deltagaravgift till Wonca Europe i Köpenhamn betald av SFAM.

ÄNTLIGEN!

Allmänmedicinsk kongress 26-28 april 2017 i Karlstad



Liv och Lust i Karlstad. Tre dagar av kompetenshöjning, kraftsamling och kollegial dialog.

KEY NOTE SPEAKER: Neal Maskrey & Iona Heath

Följ planeringen på SFAM:s hemsida! Där finns program och anmälningsformulär. Välkommen också till facebookgruppen Liv och Lust i Karlstad!

Väl mött!



AllmänMedicin gratulerar

Årets avhandling 2015

SFAMs forskningsråd har utsett avhandlingen "Catch Atrial Fibrillation, Prevent Stroke, Detection of atrial fibrillation and other arrhythmias with short intermittent ECG" av **Tijn Hendriks** till årets allmänmedicinska avhandling. *Motivering:* Avhandlingen, som är välskriven, innehåller nydanande forskning som kan bidra till att minska risken för strokeinsjuknande genom bättre upptäckt av förmaksflimmer. Författaren har använt fyra olika relevanta sätt att utvärdera en metod som innebär ambulansregistrering av EKG utanför sjukvårdsmiljö.



Utmärkelser i Jämtland – Härjedalen

Årets vårdcentral

Patienterna har återigen utsett en av landets minsta vårdcentraler, **Backe hälsocentral** i Jämtlands län, till landets bästa vårdcentral. Knappt 2 000 invånare har listat sig hos den ende läkaren Olov Nilsson.

Årets distriktsläkare

SFAM och DLF har utsett **Alf Lerner**, Åre, till årets distriktsläkare 2016. *Motivering:* Alf Lerner har under lång tid fungerat

som en riktig förkämpe för primärvården. Han har stått upp för primärvårdens behov av god bemanning, hög kompetens och bra utrustning. Han har utvecklat Åre hälsocentral till en av landets bäst fungerande mottagningar i glesbygd som både kan hantera turistperiodernas kraftiga anstormning av besökare såväl som vardagens basala allmänmedicin.

Årets handledare

Sylf har utsett **Linda Nilsson**, Lugnviks hälsocentral, till årets handledare 2016. *Motivering:* Linda Nilsson är precis den blandning av erfarenhetsbank, kollega, kompis, coach som en handledare är när den är som bäst. Hon är alltid tillgänglig för frågor och handledning oavsett hur upptagen hon är med annat.

Primärvårdens handledarpris

Magnus Dyborn, Funäsdalen. *Motivering:* Ger glädje, är inbjudande och välkomnande, lyhörd och engagerad som distriktsläkare och handledare. Arbetar med individanpassad vård och – ur ett glesbygdsmedicinskt perspektiv – verksamhetens struktur, ledarskap och utveckling.

Mikael Körner, Frösön och Z-gränd. *Motivering:* Stort kunskande, handhar ett omfattande patientklientel med långvarig kontinuitet. Har alltid öppen dörr, välkomnar frågor kring komplicerade patienter. Är alltid behjälplig med råd och tips, extra påtitt eller diskussion i större perspektiv. Han sprider god stämning på arbetsplatsen i stort och är ett föredöme när det gäller friskvård.



Om dåliga läkarintyg

Erfarenheter från ett ansvarsärende

Nyligen blev jag ombedd att avge ett utlåtande gällande en patient som drabbats av en allvarlig urinblåsecancer. Socialstyrelsen ansåg att en allmänläkare hade gjort fel då han inte utrett patientens vattenkastningsbesvär. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) beslutade att en fördröjning av cancerdiagnosen skett och betalade ut ett skadestånd till patienten. Denne var inte nöjd med ersättningen, utan överklagade.

LÖF bad mig bedöma följderna av diagnosfördröjningen eftersom de tidigare anlitade experterna varit oeniga om det rörde sig om två eller nio månaders fördröjning.

Min bedömning var att patientens initiala symptom med stor sannolikhet inte hade med blåstumören att göra, att någon diagnosfördröjning inte förelåg och att allmänläkaren handlat rätt.

Jag anser att Socialstyrelsen och LÖF fattat felaktiga beslut grundade på utlåtanden av läkare som inte varit uppdaterade på de stora förändringar som skett under de senaste femton åren när det gäller mikroskopisk hematuri. Detta kanske inte var så konstigt eftersom de av LÖF anlitade experterna var 74 och 76 år då intygen skrevs. Enligt den äldre läkarens CV har denne inte varit i någon form av klinisk tjänstgöring sedan pensioneringen från en sjukhusklinik 15 år tidigare.

Händelseförloppet

Den 52-åriga patienten anmälde en vårdcentral för att blåscancerdiagnosen försenats.

Han sökte i februari för ett stort ljumskbräck, buksmärter och vattenkastningsbesvär. Allmänläkaren fokuserade på ljumskbräcket, undersökte buken och remitterade till kirurgklinik för ställningstagande till bräckoperation. Vidare ansåg han att miktionsbesvären var lindriga och åldersrelaterade och inte behövde utredas. Han tog dock ett PSA (som visade sig vara normalt) och dessutom förnyades ett recept på omeprazol pga. känd reflux.

Fyra veckor senare, i mars, sökte patienten akut på samma vårdcentral då han vaknat sex timmar tidigare av svåra flanksmärter. Besvären hade precis gått över när han undersöktes av en annan allmänläkare. Urinprov visade mikroskopisk hematuri. Läkaren bedömde det som ett typiskt uretärstensanfall. Patienten genomgick 3 veckor senare en urografi som var normal vilket han meddelades per brev.

"Det är djupt oroande att de många undermåliga läkarutlåtanden i detta fall medfört att Socialstyrelsen och LÖF skuldbelagt allmänläkaren och vårdcentralen."

I april undersöktes patienten på kirurgkliniken inför bräckoperationen. I journalen står "Hade lite mindre vattenkastningsbesvär som dock utretts på distrikt och förbättrats."

I oktober opererades han för ljumskbräck.

Han fick synligt blod i urinen i november, sökte omgående läkare som remitterade till CT-urografi och cystoskopi. CT urografi visade normala övre urinvägar samt en stor blåstumör som var muskelinvasiv. Vid cystektomin tog man bort en förstörd lymfkörtel som innehöll en metastas varför han fick cellgiftbehandling.

Socialstyrelsens experter dåligt pålästa

Efter patientens anmälan skrevs en Lex Maria anmälan. I ett intyg anser patientens behandlande urolog att diagnosen borde ställts på vårdcentralen i mars, åtta månader tidigare, men nämner inte att läkaren på den egna kliniken i april

diskuterade vattenkastningsbesvären med patienten och uppenbarligen inte ansåg att utredning var befogad.

Socialstyrelsen konsulterade en allmänmedicinare som expert. Denne ansåg att man på vårdcentralen "borde tagit en urinsticka när nu PSA var normalt och att det då med överväldigande sannolikhet visat på mikroskopisk hematuri."

Uppenbarligen har denne av Socialstyrelsen utsedda expert inte läst Socialstyrelsens expertutredning om mikroskopisk hematuri [1]. Inte heller verkar experten känna till att mikroskopisk hematuri tros uppträda sent i tumörutvecklingen [2] vilket talar för att det är låg sannolikhet att patienten skulle haft mikrohematuri på grund av tumör så tidigt som nio månader före den första makrohematurin.

Socialstyrelsen konstaterade "att patientens initiala symptom med mikroskopiskt blod i urinen och samtidiga urinvägssymptom var indikation för mer utredning än vad som genomfördes." Men här har man fel. Patienten hade inte mikrohematuri och samtidiga urinvägssymptom.

Menar man att alla patienter med njurstensanfall och mikrohematuri skall utredas med cystoskopi för att utesluta blåscancer? Eller menar man att allmänläkaren borde sett i journalen att patienten vid besöket fyra veckor tidigare hade nämnt lättare miktionsbesvär och kopplat detta till mikrohematurin vid njurstensanfallet?

Chefläkaren stödde patienten

LÖF konsulterade först chefläkaren för primärvården i det aktuella landstinget. Denne har satt sig in i journalhandlingar och träffat patienten, men det framgår inte om han talat med allmänläkaren. Allmänläkaren får, förvånansvärt nog enligt min åsikt, inget stöd alls av sin chefläkare. Denne håller med Socialstyrelsen och patientens urolog i att man borde ha kunnat ställa diagnosen cirka åtta månader tidigare.

Några lokala riktlinjer för utredning av vattenkastningsbesvär fanns inte



men chefläkaren tycker att "... en högre ambitionsnivå gällande upptagande av anamnes, kompletterande lab-prover och uppföljning hade kunnat resultera i att hans diagnos ställts tidigare." Vilka lab-prover och vilken uppföljning som menas framgår inte.

Mitt intryck är att utlåtandet mer är ett sätt att stödja den cancerdrabbade patienten i dennes ekonomiska och rättsliga strävan än att ge en balanserad syn på vårdcentralens handläggning.

"Hur kan LÖF utse en 76-årig pensionerad onkolog som inte arbetat kliniskt på 15 år att avge ett expertutlåtande angående utredning av vattenkastningsbesvär på en vårdcentral?"

Onkologen och urologen

Därefter anlitas en expert, en onkolog. Denne anser att det förelegat vilseledande symptom och att diagnosen kunnat ställas först när ljumskbräcket åtgärdats i oktober och att det därför förelegat två månaders fördröjning av diagnosen. Intyget är kortfattat men jag tolkar det som att experten ansåg att symptomen i februari och mars samt mikrohematurin i mars berodde på blåscancern.

LÖF konsulterar ytterligare en expert, en urolog. Denne anser att "mikroskopisk hematuri med samtidiga blåsbesvär

ska föranleda utredning med datortomografi och cystoskopi. Iakttagbara symptom tolkades inte som förväntat av en erfaren allmänläkare och diagnosen borde ställts i mars."

LÖFs båda experter verkar precis som Socialstyrelsens expert okunniga om kunskapsläget avseende mikrohematuri. Ingen kommenterar journalanteckningen från april där det står att de lindriga miktionsbesvären förbättrats.

Urologexperten anser "Med övervägande sannolikhet var tumören muskelinvasiv och metastasen förelåg redan i mars. Prognosen har inte påverkats av fördröjningen." Det är ju ett häpnadsväckande uttalande att nio månaders fördröjning inte skulle påverka prognosen!

Visserligen finns det ett visst vetenskapligt stöd för hypotesen att metastasering är en tidig händelse i tumörutvecklingen men solida muskelinvasiva urinblåsetumörer är i regel mycket snabbväxande. Varje år ser jag patienter som under den månadslånga väntetiden på cystektomi försämras därför att deras tumörer växer över ett uretäröstium med allvarligt nedsatt njurfunktion som följd. Den nationella satsningen som dragits igång 2015 för att skynda på utredning och behandling av vissa tumörtyper, bland annat blåscancer, är därför väldigt angelägen.

Slutord

Som kliniskt verksam läkare träffar man kanske över 1000 patienter varje år som har ett eller flera symptom. Läkarens uppgift är att sälla ut de symptom som verkar oroväckande eller besvärande och utreda och behandla dessa.

När det gäller vattenkastningsbesvär är det orimligt att utreda alla som nämner

lindriga symptom som tyder på godartad prostataförstoring eller prostatit eftersom dessa är så vanliga i befolkningen.

I det aktuella fallet ansåg två läkare (i februari och april) att patientens besvär var lindriga och dessutom förbättrats (i april). Detta talar starkt för att patientens besvär under våren haft helt andra orsaker, såsom uretärsten, åldersförstörd prostata eller prostatit, än den tumörsjukdom som långt senare diagnosticerades.

Det är djupt oroande att de många undermåliga läkarutlåtanden i detta fall medfört att Socialstyrelsen och LÖF skuldbelagt allmänläkaren och vårdcentralen. Hur kan LÖF utse en 76-årig pensionerad onkolog som inte arbetat kliniskt på 15 år att avge ett expertutlåtande angående utredning av vattenkastningsbesvär på en vårdcentral?



Sten Holmäng
Docent, överläkare
Enheten för urologi,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
sten.holmang@telia.com

Jäv saknas

Referenser

1. Socialstyrelsens expertutredning 2002. State of the Art. Mikroskopisk hematuri. www.urologi.org.
2. Malmström P-U. Dags sluta mikrohematuritesta vuxna. Läkartidningen 2003;45:3598-9.

Allmänläkare sökes för enkätstudie

Delta i en kort studie om ett kliniskt patientfall (den tar 10-15 minuter att genomföra).

Du kommer få en patientbeskrivning först och därefter svara på några frågor om hur du skulle handlägga patienten. Du kan vara med om du är legitimerad läkare och behandlar patienter med luftvägsbesvär och nedsatt fysisk kapacitet.

För att delta i studien gå in på denna länk: www.honsaar.com/case.

För forskargruppen

Jacob Sandberg, ST-läkare, Jämjö vårdcentral, Blekinge
Jacob.sandberg@gmail.com



LUNDS
UNIVERSITET

AllmänMedicin informerar

Vem vinner medlemstävlingen 2016?

Vilken förening kan skicka någon till kongressen i Karlstad 2017?

Annons

Att tolka undersökningsfynd

En allmänläkare tolkar undersökningsfynd hela dagarna. Det finns många parametrar att ta hänsyn till och här beskriver jag några sådana.

Att tolka undersökningsfynd. Det låter lätt. Det är väl bara att undersöka och så finner man det man finner. Ja eller nej. Sjuk eller frisk. Farligt eller inte farligt. Vidare åtgärd behövs – eller inte.

Vad söker jag vid en kroppsundersökning?

- Knölar eller resistenser som känns fel eller sitter på fel ställen.
- Ljud från hjärta, lungor eller hals som inte ska vara där.
- Ömhet i rörelseorgan eller mage
- Rodnad eller andra tecken på inflammation både inuti och utanpå
- Det som är asymmetriskt, annorlunda, ovanligt
- Något slags helhetsintryck

"När patienten har blivit kund och vården en vara är det svårare att värja sig när man tycker att patientens egen tolkning är helt fel."

En som var gul och en som var blå

Att registrera patientens färg fick vi tidigt lära oss. Min första ST-dag var jag på akuten. Där kom en patient som var gul, gul i sclera och överallt så det var ju inte så svårt: något med levern.

Men nästa var blå. Över hela kroppen. Hon mådde hyggligt men kände sig orolig, medföljande pojkvän var också orolig. Efter noggrann inspektion befanns att en kroppsdel inte var blå – nämligen nedre buken och rumpan. Anamnesen förstärktes med frågan "vad brukar du ha på dig då du sover?" Ja, just det bara trosor. Och nästa: "Har ni möjligen köpt nya lakan?" Jo, så var det. De var blå. Fallet var löst.

Så där kan man hålla på som i en läro-

bok. Vi har läst den en gång i tiden och har den som bas. Men aldrig undersöker man allt. Man urskiljer vad som är aktuellt idag och för den här personen.

Hur bestämmer man vad man ska undersöka?

Att tolka undersökningsfynd handlar om att veta vad man söker och att sortera vad man erfar. Man använder någon sorts sorteringsgrund, som ett slags filter eller raster. Jag tycker man gör klokt i att försöka medvetandegöra för sig själv vilka raster man har att använda vid undersökning av varje patient.

Raster eller faktorer som avgör vad man ska undersöka

Patientens bekymmer är ett sådant raster. Det finns oftast en agenda när patienten kommer – patientens egen eller en fortsättning på ett tidigare besök eller rentav en remiss. I patientens agenda finns alltid en tolkning, både patientens egen och närståendes.

Peder hade huvudvärk och tyckte händer och fötter växte. Han lånade ut sina fötter till en bekant som utbildade sig till zonterapeut. Då hon tryckte under fötterna gjorde det väldigt ont på ett ställe som hon efter slående i sina böcker kom fram till motsvarade hypofysen. Peder sökte då sin vårdcentral. "Men", berättade han efteråt, "jag vågade inte säga hur jag kommit fram till att det nog var en hypofystumör för då hade de aldrig tagit mig på allvar". Det var en godartad hypofystumör. Han blev opererad och mår bra 20 år senare.

Patientens bedömning kan vara formulerad på ett sätt så det krävs att jag tolkar vad patienten säger för att kunna fortsätta. Det kan vara riktigt svårt.

En 70-årig skogsarbetare som alltid hade varit frisk ringde till mottagnings-sköterskan och ville ha tid för han trodde han kanske hade bihåleinflammation. Efter att ha frågat ut honom om tecken på sinuit kunde hon säga att det hade han nog inte och så var samtalet över. Egentligen hade han känt att han inte orkade som vanligt hela hösten. Den enda svaghet han tidigare hade erfarenhet av var bihåleinflammation. Några dagar senare var han så svag att han inte orkade

stå på benen och åkte istället till akuten där det visade sig att han hade en långt gången pancreascancer. Han dog några veckor senare.

Någons förbedömning är ett annat raster, kanske har patienten genomgått en triagering eller har 1177 sagt något eller en telefonrådgivare tyckt till. Patienten har fått höra att det kan vara hjärtat eller gallsten eller benbrott eller något annat som jag inte alls tänker. Bra att veta, bra

"Gränsen mellan vad jag bör göra och inte kan vara svår."

att svara på.

Riktlinjer är ett tredje raster, till exempel standardiserade vårdförlopp vid cancerutredning.

Mina egna "jag får inte missa" är ett raster som ofta kommer in och lägger sig främst i mitt sorteringsmedvetande.

Hur långt ska jag köpa patientens tolkning?

En trött ung kvinna som läst om hypothyreos typ II och tyckte allt stämde. Jag undersökte hela henne, thyreoidea kändes inte och vid återbesök berättade jag att strumaproverna var normala. Hon blev arg, går inte kvar hos mig.

Med en starkt patientmakt där patienten betraktas som en kund och vården betraktas som en vara är det svårare att värja sig när man tycker att patientens egen tolkning är helt fel.

Vilka fynd ska jag hantera?

Att bara hantera det som var planerat vid

Annika Andén disputerade 2009 i Linköping med avhandlingen Outcomes from GP's Consultations, ISBN 978 91 7393 968 3.

tidsbokningen fungerar inte. Det svåra eller allvarliga kommer ibland i utgången – det vet vi alla.

Jag är lite sen, jag har undersökt patientens axel, skrivit ut värktavetter, sjukskrivning och remiss till sjukgymnast när hon vänder sej om i dörröppningen och säger: "...och så kommer det blod när jag kissar." Hon dog av njurcancer ett år senare.

Det är inte ovanligt att en konsultation plötsligt gör en knick iväg från ett inslaget spår när ett helt annorlunda problem uppenbarar sig. Man börjar undersökningen med en slags frågeställning men under konsultationen visar det sig att det inte var som man trodde eller att något annat än det man funderat över från början egentligen var mer angeläget.

Häromdagen sökte en 80 årig man för täta trängningar. Jag la stetoskopet på bröstet där jag hörde en ojämn hjärtrytm – EKG bekräftade förmaksflimret. Nu hade vi två problem. Medan han var mest bekymrad för trängningarna blev jag mer intresserad av flimret.

Vilka fynd är jag skyldig att tolka?

En äldre man med hjärtsvikt, njursvikt, högt blodtryck och diabetes. Jag lägger stetoskopet på ryggen och bland hans senila keratoser ser jag en som är lite svartare. Ska jag då ta en stans för att försäkra mej om att det inte är en malign förändring eller ska jag låta den vara eftersom han inte frågat om den? Gränsen mellan vad jag bör göra och inte kan vara svår.

Helheten

Sällan står något enskilt undersökningsfynd fram så att det blir som en korsväg där man väljer om man ska stanna eller gå vidare. Det är oftast symtom, omständigheter, personlig kännedom och undersökningsfynd tillsammans som ger en bild att tolka. Det är inte heller ofta som patologiska prover ger en det svar man söker. Någon gång studsar en oväntad hög sänka eller lågt blodvärde in och förändrar scenen, men oftast kom-

mer proverna som ett komplement och försvagar eller förstärker det man anat.

Läkaren som tolkare

Läkarens arbete har en grund i naturvetenskap. Naturvetenskapligt tänkande grundas på naturvetenskaplig forskning. För att kunna använda kunskap från naturvetenskaplig forskning behövs min bedömning, sammanvägning och värdering. Jag är instrumentet som gör tolkningarna.



Illustrator: Annika Andén

Jag som instrument är känslig, svårkalibrerad och lättstörd. Det gäller att hålla koll på vad som stör mig och mitt värderande. Jag störs av att bli avbruten av andra arbetsuppgifter, av ett dåligt datasystem, att vara trött, stressad, hungrig eller kissnödig. Jag behöver också ha en kollegial grupp att stämma av mot så att jag har koll på ny kunskap och få impulser till alternativt tänkande.

Människa eller dator

Det finns en tro på att allt detta ska kunna ersättas av datorer. En sorts förtinglingande av människan som vore den en bil eller apparat. En sorts önsketänkande

att slippa överlåta makten över sin vrenskande kropp åt en annan människa.

Datorn är pålitligare på det sättet att den varken blir kissnödig eller hungrig. Men den kan aldrig se in i den andres öga och uppfatta en glimt, känna en skälving, eller ana en förändring hos just den här personen – se att just den här personen inte är som den brukar, även om inga värden är röda och inga knölar känns.

Inte heller känner datorn av ångest. Det är svårt att förstå om tio diffusa symtom hänger ihop eller spretar isär. Ångesten kan ha många ansikten. Den ångestridna patienten har ofta somatiska symtom som kan ha präglats av upplevelser av andra människors sjukdom och därigenom mycket liknar sådana sjukdomar. Det är svårt även för mej som doktor att skilja ut, men ofta klarnar det när man träffats några gånger. Som erfaren läkare hjälps man då ofta av att känna på den känsla patienten har.

Kontakt

Undersökningen är mer än att leta efter fel hos patienten. Den är också en kontakt med patienten/människan. Detta att bli tagen i är ett omhändertagande som avviker från andra mänskliga relationer. Många patienter förväntar sig denna kontakt. Då jag intervjuat patienter om resultaten av sina konsultationer har den som varit besviken ofta kommenterat att "läkaren undersökte mig inte ens...".

De intervjuade patienterna beskrev också att ett viktigt resultat av en läkar-konsultation kunde vara att de kände sej bekräftade, eller betryggade. Jag förstod att den bekräftelse man ger genom att undersöka en patient och säga att det ser bra ut betyder långt mer än vad vi tänker oss.



Annika Andén

Specialistläkarhuset Hermelinen, Luleå
annika.anden@telia.com

Författaren rekommenderar

Om man vill läsa om tolkning av undersökningsfynd på ett mer grundläggande sätt kan man ta till en lärobok: **Steinar Hunsbår, Birgitta Hovelius:** Allmänmedicin, där varje kapitel i del III innehåller en inledning om undersökningen.

Kjell Asplund m.fl.: Internmedicin, med kapitlet "Tolkning av diagnostiska test".

Jäv: Har uppdrag i redaktionskommittén för Läkemedelsboken.

Att tolka leverprover

I en tid av resursbrist inom sjukvården är det viktigt att använda befintliga resurser på mest effektiva sätt. En genomtänkt strategi för laboratorieutredningar har potential att spara både budgetmedel och läkartid och därmed frigöra läkartid för mer angelägna uppgifter.

Min erfarenhet som mångårig läkarhandledare är att detta inte alltid är fallet idag. Speciellt i början av vår läkarkarriär kan det vara svårt att värdera ett avvikande laborativvärdes kliniska signifikans.

Vi ser, även hos en frisk population, 5 % provsvar som ligger utanför normalvärdet beroende på hur normalvärdesgränserna har definierats. För en äldre patient eller vid obesitas kommer denna siffra att ytterligare öka.

Bakom dessa lätt förhöjda eller lätt sänkta labvärden döljer sig mycket sällan sjukdom. De bör därför bedömas i ett kliniskt perspektiv och inte automatiskt föra till omfattande utredningar.

Ett av de områden som ofta genererar osäkerhet och därmed omfattande utredningar är avvikande leverprover. Tolkningen kräver vaksamhet och klinisk korrelation i högre grad än vanligt. Förekomsten av avvikande levervärden utan leversjukdom är hög. Kronisk leversjukdom kan ha endast diskreta avvikelser i levervärdena trots avancerad sjukdom. Avvikande levervärden kan induceras av sjukdom i andra organ än levern utan sekundära förändringar i leverparenkymet.

Transaminaser

Normala transaminaser utesluter leversjukdom.

Lätt förhöjda transaminaser (<3 mikrokKat/l) är ett mycket vanligt fynd och påvisar vanligen leversteatos som oftast orsakas av övervikt, alkohol, läkemedel eller naturläkemedel (speci-

ellt örtteer och echinaforce) (figur 1). Leversteatos hos adipös patient bör föranleda livsstilsråd och kräver inte upprepade analyser eller utredningar. Däremot är det viktigt att utesluta hemokromatos (se nedan).

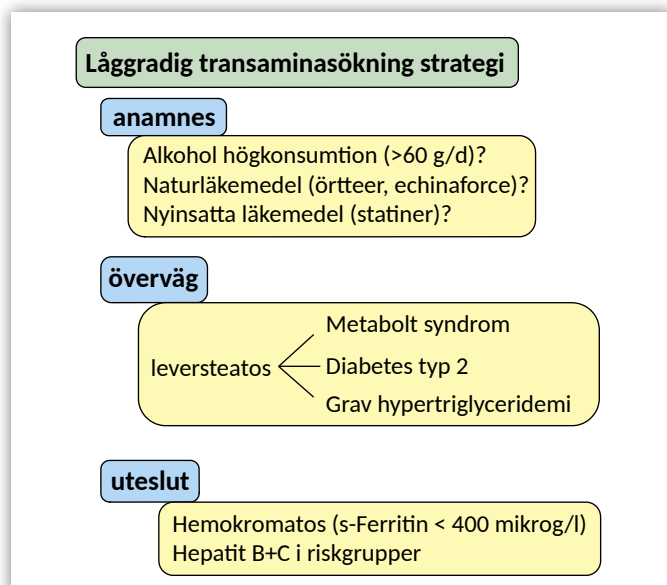
Mellangradiga transaminasförhöjningar (3–15 mikrokKat/l), vanligen med ALP-stegring, orsakas oftast av kronisk leversjukdom, gallsten, malignitet eller infektion som mononucleos och hepatit B och C (figur 2). Utredningen inleds lämpligen med ultraljudsundersökning av lever-gallvägar. Om ultraljudsundersökningen är normal startas utredning som vid oklar leversjukdom (se nedan).

Hög transaminashöjning (>15 mikrokKat/l) ger i första hand misstanken läkemedelsintoxikation (vanligast paracetamolöverdos), svampförgiftning, akut hepatit, ischemi i lever (grav hjärtsvikt, trombos i leverkär) eller gallstensrecidiv hos kolecystektomerad patient (figur 2).

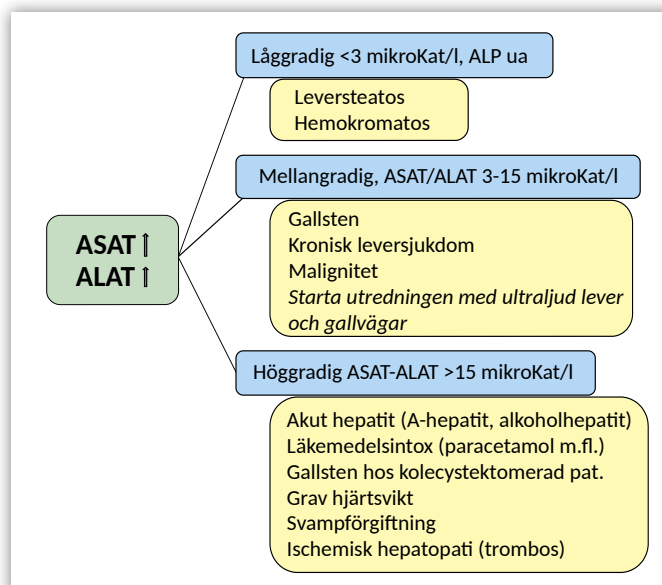
Förhöjda transaminaser + förhöjt ALP tyder på en sannolik leversjukdom (figur 3). Här krävs mer omfattande utredning: ASAT och ALAT som tecken på pågående hepatocyttskada, ALP för påvisande av kolestas, PK/INR som mätare av kvarvarande syntesfunktion, bilirubin som prognosindikator och elfores som hjälp att finna autoimmuna leversjukdomar (autoimmun kronisk aktiv hepatit, KAH) och primär biliär cirros (PBC).

Alkaliskt fosfatasa

Isolerade förhöjda värden av alkaliska fosfataser (ALP) är vanligare än transaminasförhöjningar. ALP produceras till övervägande delen i skelettets osteoblaster och i gallvägarna där tryckförhöjning ökar produktionen. Varje form av gallstas, extra- eller intrahepatisk, höjer ALP-nivån. Den mest logiska utredningen av detta är gallvägsutredning med ultraljud eller datortomografi.



Figur 1: Tankestrategi vid utredning av lätt transaminasstegring.



Figur 2: Transaminasnivåerna styr differentialdiagnoserna.

Lätt förhöjda ALP-värden hos kvinnor efter menopaus orsakas av ökad skeletturnover. Dessa lätta ALP-höjningar upp till 2,8 mikroKat/l är närmast ett normaltillstånd i högre åldrar hos kvinnor och bör ej föranleda ytterligare utredning. ALP-ökning ses också ofta vid internmedicinska sjukdomstillstånd, t.ex. grav hjärtsvikt, tyreotoxikos och uttalad hypotyreos.

Måttligt förhöjda ALP-värden (1,8–10 mikroKat/l) kan ha naturliga orsaker som graviditet (placentabidrag ger upp till 2,8 mikroKat/l) och skelettillväxt (avslutas vanligen för kvinnor vid ca 20 års ålder och för män vid ca 25 års ålder).

Kraftigt förhöjda ALP-nivåer (>10 mikroKat/l) utan transaminasförhöjning tyder i första hand på osteoblastproduktion vanligen orsakad av skleroserande metastaser som till exempel metastaserande prostatacancer. Primär utredning av detta görs lämpligen med skelettscintigrafi eller skelettröntgen.

Förhöjda ALP-värden i samband med inflammatoriska tillstånd, speciellt polymyalgia reumatika, aktiv reumatoid artrit, inflammatorisk tarmsjukdom och svårare bakteriella infektioner, är en del i inflammationsprocessen och normaliseras vid behandling av grunsjukdomen.

Läkemedelsutlöst ALP-förhöjning ses i sin mest uttalade form vid intrahepatisk kolestas, oftast inducerad av flukloxacillin (>1/1000) men ses i lättare grad även utlöst av anabola steroider och antiepileptika, speciellt fenytoin och karbamazepin, med flera.

Bilirubin

Isolerat förhöjt bilirubin indikerar inte leversjukdom utan vanligen Gilberts syndrom eller mer sällan hemolys. Ett normalt haptoglobin utesluter hemolys och då kvarstår Mb Gilbert som sannolik diagnos. Det är en ärftlig nedsättning av leverns förmåga att ta hand om bilirubin med prevalensen ca 1/15. Symtomen är intermittent ikteriska sclerae, ibland även hud. Syndromet är ofarligt.

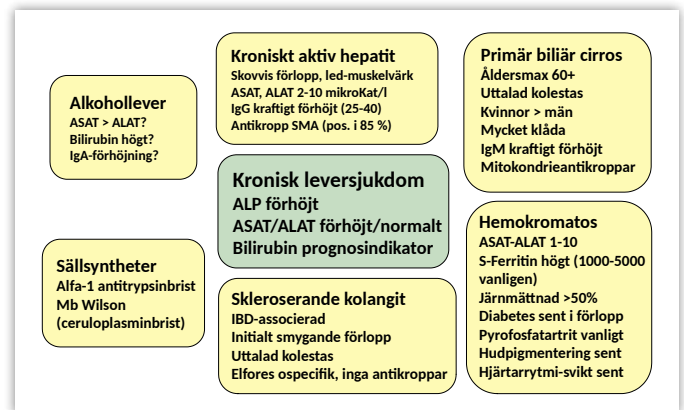
Utredning av konstaterad leversjukdom

Ett vanligt dilemma är att leverprover tagits som led i annan utredning eller screening och utfaller med förhöjda leverprover, vanligen förhöjt ALP och mer eller mindre transaminasökning. Vi har då en situation med sannolik, oklar leversjukdom med oklar genes. Utredning kan kräva mer avancerade metoder som t.ex. leverbiopsi, men initialt kan leverstatus, PK/INR och elfores ge värdefull information för differentialdiagnos för de vanligaste kroniska leversjukdomarna.

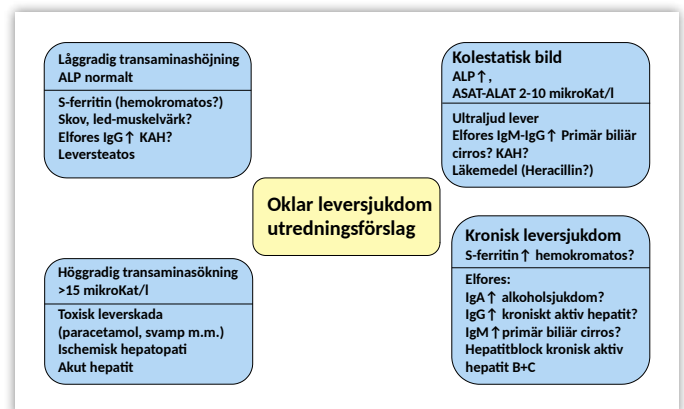
Kronisk leversjukdom utvecklas oftast smygande med få symptom initialt. När tecken på leversvikt uppträder, t.ex. blödningsbenägenhet och mjältförstoring, är sjukdomen lång framskriden och försämring kan uppträda snabbt. Vid symptom som klåda, aptitlöshet, tryckkänsla i levertrakten och mjältförstoring bör utredning inledas snabbt. Den bör inkludera leverstatus, hepatitserologi, PK/INR och s-elfores.

Det är högsta prioritet att finna de tillstånd där tidigt insatt behandling har livsavgörande effekt. De viktigaste tillstånden är autoimmun kronisk aktiv hepatit, hemokromatos och, fastän sällsynta tillstånd, alfa-1-antitrypsinbrist och Mb Wilson.

Alkohollever ger ofta ASAT-övervikt (ASAT>ALAT). I elfores är vanligt med IgA-förhöjning. Bilirubin är ofta högre än förväntat för graden av leversjukdom. Diagnosen kan dock inte ställas med enbart labprover.



Figur 3: Differentialdiagnoser vid kronisk leversjukdom.



Figur 4: Utredningsgång vid oklar leversjukdom.

Hemokromatos är ett tillstånd med hög hereditet. Prevalensen i norra Europa är 1/300. Förekomsten av cirrosutveckling är hög om behandling ej inleds (livslång venesectionbehandling). Sjukdomen ger symptom sent, vanligen efter cirrosutveckling.

Helt avgörande för diagnos är kontroll av järnbalans. S-Ferritin >400 mikrog/l (medelålders män vanligen 1000-5000) eller järnmättnad >50 % talar för hemokromatos. För släktutredning och utredning av unga (<30 år) samt menstruerande kvinnor är ferritinbestämning osäkert varför komplettering med gentypning (HFe-gentypning) är aktuell.

Varje form av levercellsönderfall, t.ex. vid akut hepatit, ger dock ferritinförhöjning som följd av ferritinsläpp från hepatocyter. Ultraljud av lever har inte någon plats vid utredning av inlagringssjukdom då arten av inlagring inte kan avgöras med ultraljud.

Appen/länken till hemsidan "Å se'n då? Praktisk labutbildning för allmänläkare" finns att hämta kostnadsfritt från www.kursmedicin.se. Den innehåller vägledning för tolkning av laboratorieprover och förslag på laboratorieutredningar inom de flesta vanliga invärtesmedicinska grupperna.

Se recension i AllmänMedicin 1-2016 (även på sfam.se).

Alfa-1-antitrypsinbrist, med en prevalens i storleksordningen 1/5 000, ger tidig debut av emfysem, bronkiektasier och levercirros. Den är synlig i elfores.

Primär biliär cirros (prevalens 1/7 000) är vanligen lätt att diagnosticera. Drabbade är i första hand kvinnor i medelålder eller äldre. Den kliniska bilden utmärks av uttalad kolestas (högt ALP) och som följd av ökad gallsyrehalt i huden stort inslag av klåda. I elforesen syns kraftig förhöjning av IgM och i mer än 90 % förekomst av mitokondrieantikroppar (AMA). Tyvärr finns inga effektiva läkemedelsbehandlingar tillgängliga för detta tillstånd.

Skleroserande kolangit (prevalens 1/10 000) är korrelerad till inflammatorisk tarmsjukdom (oftast ulcerös kolit) och ofta initialt symtomfattig. Labmässigt ser man långsamt, successivt stigande ALP som tecken på ökande kolestas. Elfores är ospecifik.

Morbus Wilson (prevalens 1/30 000) orsakas av lågt ceruloplasminnivå medförande ökad kopparinlagring i bl.a. lever. Störningen är synlig i elfores.

Autoimmun kronisk aktiv hepatit har låg prevalens (6/100 000) men allvarlig prognos utan behandling. Den drabbar oftast yngre – medelålders kvinnor och har skovformigt förlopp med periodvis försämring i form av tryck i levertrakten, aptitlöshet–vikttnedgång, led- och muskelsmärk. Prognosen med behandling (kortikosteroider) är mycket god och livsavgörande.

Elfores visar relativt distinkt profil med konstant IgG-förhöjning av uttalad grad (25–35 g/l), antikroppar mot glatt muskulatur (SMA) i 85 % av fallen och transaminasförhöjningar, vanligen 2–10 mikrokKat/l i aktivt skov.



Rolf Svensson
rolf@kursmedicin.se

Jäv: Delägare och föreläsare i KursMedicin AB

Rolf Svensson är allmän internmedicinare och har arbetat på sjukhus sedan 1974. Hans huvudsakliga inriktning har varit akutmedicin, och han har varit medicinskt ansvarig för akutsektionen vid Kärnsjukhuset Skövde fram till 2013. Senast har han arbetat som ambulansöverläkare i Skaraborg, och han är utvecklare inom ambulansverksamhet i VG-regionen.

Rolf har fungerat som handledare för ST-läkare i allmänmedicin i Skaraborgs län och som handledare för AT-läkare och medicine kandidater vid medicinkliniken Kärnsjukhuset Skövde. Där har han tre gånger blivit utsedd till "Kärndoktor" (årets handledare) av AT-läkarna. Numera är han föreläsare och kursarrangör i kurser riktade till allmänläkare.

Som hobbydriver han konstutställningsverksamhet i Skövde.

ANNONS

SFAM och ST-läkarna

Vad har SFAM med ST-läkarna att göra? Jo, riktigt mycket visar det sig.

Tidigare fanns inte specialiteten allmänmedicin. SFAM drev frågan tills det blev en egen specialitet 1981.

Specialiseringsutbildningen bestod till mer än hälften av bestämda randningar på sjukhuskliniker samt ett antal obligatoriska kurser, ofta anordnade av organspecialister. SFAM har drivit igenom att utbildningen ska anpassas till individens behov, och att den till största delen ska äga rum inom allmänmedicinsk verksamhet.

Största delen av allmänläkares lärande sker i vardagsarbetet, men det krävs även fortbildningsaktiviteter av god kvalitet om kontinuerlig professionell utveckling (enligt modellen *continuous professional development, CPD*) ska komma till stånd. Mål och innehåll ska utgå från de kunskapsbehov som den enskilde läkaren formulerar i sin kliniska vardag, och från ett tydligt allmänmedicinskt uppdrag.

Många timmars arbete har under årens lopp lagts ner av SFAM, genom utbildningsrådet, kompetensvärderingsrådet, studierektorskollegiet och särskilda arbetsgrupper, för att målbeskrivningarna ska bli så ändamålsenliga som möjligt.

Vad erbjuder SFAM idag?

Utbildningsprenumerationen är ett paket med rabatter och erbjudanden. ST-läkare i allmänmedicin kan teckna den och arbetsgivaren kan betala den.

ST-dagarna i allmänmedicin arrangeras varje år av ST-läkarna själva men under SFAM:s paraply. Stafettpinnen går runt mellan olika orter eller län.

Mitt-i-ST innebär att ST-läkaren får prova sin kompetens inför en utomstående erfaren kollega när ungefär halva tiden av ST återstår. Det är lätt att bli hemmablind och därför är det nyttigt att få kommentarer av någon från ett annat landsting.

Specialistexamen är ett sätt för den nyblivna eller snart färdiga specialisten att prova sin kompetens inför erfarna kollegor och ger därigenom ofta stärkt yrkesidentitet och stärkt självinsikt om den egna professionella kompetensen. Den tar cirka 3-5 dagar att genomföra och avslutas med en muntlig presentation av ST-arbetet och festmiddag vid årets kongress.

Kvalitetsdagen i november varje år är ett bra tillfälle för ST-läkare att presentera kvalitetshöjande projekt.

SFAM:s allmänmedicinska kongress anordnas årligen av olika lokalföreningar i samarbete med forskningsrådet. Här finns en uppsjö av seminarier, workshops och möten lämpliga att ingå i en ST-läkares utbildning. Det är ett bra tillfälle att nätverka.

Tidskriften AllmänMedicin kommer ut med fyra nummer per år. Här finns många artiklar av intresse för ST-läkare. Likaså finns möjligheten att publicera sig med olika typer av artiklar. Artiklar som utgår från bra ST-projekt välkomnas speciellt.

Vilka arbetar med ST-frågor?

ST-rådet består av ST-läkare i allmänmedicin samt nyfärdiga specialister. Rådet driver och bevakar utbildning, forskning

och kompetensvärdering under ST. Rådet har internationella kontakter via Vasco da Gama-rörelsen (VdGM) (se sid 32). ST-rådet initierar SFAMs årliga ST-dagar och stödjer den lokala arrangörskommittén.

Kompetensvärderingsrådet arbetar med olika former för bedömning av allmänmedicinsk kompetens på ST-nivå och för specialister i allmänmedicin. Rådet anordnar såväl Mitt-i-ST som examen samt utbildar värderare och examinatore.

Studierektorskollegiet är ett forum/nätverk för samarbete mellan landets omkring 110 studierektorer i allmänmedicin.

Forskningsrådet ska lyfta fram den vetenskapliga allmänmedicinen och verka för ökad allmänmedicinsk forskning. En uppgift är att stimulera och underlätta ST-läkares forskning i allmänmedicin. Uppsatserna i ST-examen utgör utmärkta möjligheter till fortsatt forskningsverksamhet för allmänläkaren.

Utbildningsrådet verkar för att beskriva, träna, utveckla och utvärdera klinisk kompetens i läkaryrket såväl under grundutbildning och allmäntjänstgöring som under allmänmedicinsk specialistutbildning.

En stor vikt läggs på att utveckla nödvändig allmänmedicinsk handledarkompetens. Rådet har SFAM:s uppdrag att bistå i framtagandet av Socialstyrelsens målbeskrivning för allmänmedicin och hur den ska tolkas.

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet (SFAM-Q) arbetar med frågor om kvalitet och utveckling. En rad policydokument och olika verktyg för kvalitetsutveckling har tagits fram, och varje år arrangeras en nationell kvalitetsdag.

SPUR-inspektion är en kvalitetsgranskning av specialiseringsjämföringen som sker vart femte år. Lipus AB, ett bolag ägt av Läkarförbundet, administrerar SPUR-inspektionerna. SFAM utser en samordnare för allmänmedicin som har till uppgift att rekrytera, utbilda och samordna SPUR-inspektörer.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se



AllmänMedicin informerar

700 ST-läkare i allmänmedicin får AllmänMedicin 3-2016 från sina studierektorer. Håll till godo!

Chefredaktören



Att bli specialist i allmänmedicin

Jag var tidigt under läkarutbildningen säker på att jag skulle bli distriktsläkare. För att testa ett par andra specialiteter gick jag en förlängd AT med start 2012. Sedan började jag min ST-tjänst i allmänmedicin på Lessebo vårdcentral 2014.

Arbetet på vårdcentral skiljer sig en del från den förskönade bild jag hade innan min AT. Uppdraget är enormt. Allt som inte ingår i slutenvårdsspecialiteternas uppdrag ska handläggas inom primärvården. Därtill kommer att mycket är diagnostiserbart och administrerbart men inte alltid botbart. Ibland är patienters lidande svårfångat och livssituationsberoende. Oftast går det dock att hjälpa till och "vara doktor" även för de patienter man inte kan erbjuda någon konkret lösning.

Det jag tycker bäst om är blandningen av patienter. Ena stunden kan man hjälpa och bota någon under själva besöket, nästa stund får man tänka till lite extra, behandla eller utreda vidare, och ytterligare nästa får man lyssna och finnas där och vara ett stöd. Det är omväxlande, roligt och utvecklande.

Möjligheten att följa patienter över tid tycker jag är utmärkt. Att vara med och försöka hålla patienterna friska från vaggan till graven har verkligen sin charm.

Jag är inte på långa vägar nära slutet av min ST, jag har mycket kvar att lära. Dels har jag förmånen att gå en forsknings-ST. Jag forskar på 20 % vilket gör att själva ST blir 6 år istället för 5. Jag har också haft förmånen att få bli mamma och vara föräldraledig en tid.

Att det dröjer tills jag är färdig är inte något som bekymrar mig mer än att jag hoppas att inte alla kollegor hinner gå i pension innan jag blir specialist. Jag hoppas fler vill satsa på allmänmedicinen och vara med i den så kallade första linjens vård.

2008 års utbildning

Jag går inte den senaste varianten av ST i allmänmedicin (för ST med start 2015 och senare), utan den näst senaste (start 2008-2014). Dessa två ST-varianter är dock snarlika. Det finns inte några tidskrav på randningarna utan det individanpassas för att man ska bli så kompetent som möjligt. 21 delmål ska uppfyllas. För att säkerställa att så sker har ST-läkaren en handledare på hemkliniken samt en handledare på varje randning.

Delmål 1-12 rör medicinsk kompetens, 13-15 rör kommunikativ kompetens, 16-18 rör ledarskapskompetens och 19-21 rör kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Man blir onekligen en mycket kompetent distriktsläkare när man uppfyller alla delmål. Varje delmål har instruktioner om hur man ska uppnå det, till exempel klinisk tjänstgöring under handledning, inomprofessionell reflektion i grupp, kurs och teoretiska studier.

Utöver kurser som ST-läkaren söker av eget intresse eller behov finns sju obligatoriska kurser, ett vetenskapligt arbete och ett kvalitetsarbete som ska genomföras. Ungefär mitt i ST-tjänstgöringen ska en extra kontroll "Mitt-i-ST" göras. Detta sker med en utomstående kontrollant för att stämna av att man är på rätt väg. Själva ST-tjänsten tar som kortast 5 år heltid. Ungefär hälften eller strax däröver brukar vara förlagd på vårdcentralen,

resten utgörs av randningar, kurser och olika arbeten.

Randning och hemvårdardagar

De randningsblock som brukar ingå är medicin, psykiatri, ögon, öron-näsa-hals, barn, gynekologi, ortopedi/kirurgi, hud och om möjlighet finns rehab/smärtrehab.

När man, som jag, gör ST direkt efter AT på samma ort finns det en risk att randningarna känns som en repetition av AT-tjänsten. Jag tycker att det hjälper mycket att utgå från de delmål som finns för att faktiskt säkerställa att jag lär mig vad jag ska respektive blir placerad så att jag har möjligt att lära mig det jag ska på randningarna.

"När jag nu börjat identifiera mig mer med min framtida roll som distriktsläkare så reagerar jag starkare på skillnaderna på arbetet hemma på vårdcentralen och på mina randningar."

Randningarna är till för att jag ska uppfylla delar av vissa delmål. Den andra delen av dessa delmål ska jag få via min hemmaklinik. Enkelt. Så länge jag har koll på min ST-plan, tar kontakt med randningsklinikerna i tid, kommer ihåg att anmäla mig till de obligatoriska kurserna och har tillgång till socialstyrelsens instruktion är det faktiskt ganska enkelt.

Att mogna in i specialiteten trots att endast hälften av ST faktiskt görs inom specialiteten är lite mer komplicerat. Många löser det genom att ha så kallade hemvårdardagar eller hemvårdarveckor. Det är just vad det låter som. Man får komma hem till sin "riktiga" arbetsplats och träffa sina egna "riktiga" patienter. Jag förstod värdet av detta först efter att jag hade min första hemvårdardag. Det var en fröjd! Att få komma hem till vårdcentralen och få alla möjliga grader och arter av sjukdom och friskhet igen var viktigt för att inte tappa bort själva glädjen i arbetet och för att bli av med känslan av en repris av AT-tjänsten i min ST.

När jag nu börjat identifiera mig mer med min framtida roll som distriktsläkare så reagerar jag starkare på skillnaderna på arbetet hemma på vårdcentralen och på mina randningar. Då alla patienter hör till primärvården före och efter att de varit inom slutenvården känns de flesta patienter för mig som "typiska" vårdcentralspatienter. På randningen har man dock ett annat uppdrag. Det kan vara svårt att inte ta sig an hela patienten utan bara randningsklinikens uppdrag. På vårdcentralen försöker jag lösa så mycket som möjligt eftersom helheten är mitt jobb.

Olika tidstillgång för samma patienter

Det är inte bara uppdragen som skiljer sig åt. Det är även tiden.

På varje randning jag varit på hittills har jag motsägelselfullt nog blivit stressad av den stora tidstillgång som finns för att ägna sig åt bara ett uppdrag. Denna stress håller för min del i sig ungefär halva randningarna. Jag tror det främst beror på känslan att jag borde göra mer på den avsatta tiden. En anpassning sker till slutenvårdstempo en bit in på randningen. För min egen del är det därför bra att randningarna är ganska långa.

Att tiden och det avgränsade uppdraget finns för slutenvården är självklart viktigt för att en organspecialist-bedömning ska vara så bra det bara går. Och man lär sig mycket på randningarna! Jag har haft stor nytta av att se och pröva på det arbete ett smalt uppdrag medför och lyxen i att ha förberedda (färdigdilaterade) patienter på min ögonrandning. Att få undersöka ögon med de förutsättningarna har gjort varje kamp med ögonmikroskopets alla vred och lampor så mycket enklare på vårdcentralen.

Just tidstillgångens fördelar slog mig särskilt på min psykiatrirandning. Jag hade 60-90 minuter på mig för patientsamtalet. Det var gott om tid att läsa på innan samt att diktera, konsultera, administrera därefter. På min vårdcentral har jag 30 minuter på mig att läsa på, ha patientsamtal, fatta någon

form av handläggningsbeslut, diktera, sjukskriva och eventuellt konsultera någon. Detta i en miljö där det inte är ovanligt att under tiden hjälpa till att svara på en eller annan fråga i något annat ärende än det rent psykiatriska.

Att arbeta med patienter med psykiskt illabefinnande med en sådan tidstillgång som under psykiatrirandningen är en fantastisk erfarenhet för att på ett bättre sätt ta tillvara på de kanske 15 minuter som samma samtal "får" ta på vårdcentralen. Att remittera på grund av tidsbrist går naturligtvis inte, uppdraget/diagnosen får styra. Men om jag nu (efter randning) misstänker en svårare psykiatrisk sjukdom är det betydligt lättare för mig att "lämna ifrån mig" patienten genom en remiss för vidare utredning. Förutsättningarna är monumentalt olika.

Camilla Stattin

ST-läkare

Lessebo vårdcentral

camilla.stattin@kronoberg.se



2008 års delmål för specialiteten allmänmedicin

1. Att behärska att utifrån ett professionellt och etiskt förhållningssätt bedöma och handlägga i landet förekommande hälsoproblem.
2. Att behärska att avgöra medicinsk angelägenhetsgrad och på ett etiskt tillfredställande sätt prioritera mellan vård sökande.
3. Att behärska att följa en patient över längre tid med hänsyn tagen till patientens hela livssituation och att i mötet med patienten ha förmåga att ta hänsyn till och utgå ifrån patientens föreställningar, förväntningar och farhågor.
4. Att behärska att diagnostisera, behandla och följa patienter i alla åldrar med hälsoproblem och vanliga folksjukdomar.
5. Att behärska att initialt bedöma, remittera samt följa personer med sjukdomstillstånd som behöver vård utöver den egna enhetens resurser.
6. Att behärska hälsovårdsarbete för barn och ungdomar.
7. Att behärska vanligt förekommande gynekologiska besvär och sjukdomar hos kvinnor i olika åldrar samt mödrahälsovård vid normal graviditet.
8. Att behärska äldres speciella hälsoproblem samt att behärska hemsjukvård och palliativ vård i livets slutskede för personer i alla åldrar.
9. Att behärska hembesök som verktyg vid diagnostik och behandling samt för att kunna få en helhetsbild av en patients situation.
10. Att behärska initiering av, och medverkan i, medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering i samarbete med samhällets övriga resurser.
11. Att behärska de myndighetsuppdrag som ingår i tjänsten, inkluderande smittskydd.
12. Att ha kunskap om hur man upptäcker, identifierar och motverkar skador och andra hälsoproblem i det lokala samhället.
13. Att ha förmåga till dialog och en öppen kontakt med patienten och dennes närstående samt att ha förmåga till kommunikation, såväl skriftlig som muntlig, med andra läkare och medarbetare, företrädare för allmänheten och olika samhällsinstanser.
14. Att ha förmåga att pedagogiskt kunna informera och undervisa.
15. Att ha förmåga att kontinuerligt pröva och identifiera, tillsammans med verksamhetens krav, de egna behoven för kompetensutveckling.
16. Att ha förmåga att handleda andra läkare och medarbetare samt studenter.
17. Att ha förmåga till självkännedom och kunskap om den egna funktionen och rollen i organisationen samt att ha förmåga till ledarskap.
18. Att ha kunskap om hälso- och sjukvårdens organisation, administration, ekonomi och regelverk samt om dess styrning för bästa resursutnyttjande.
19. Att ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
20. Att ha kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättrings- och kvalitetsarbete.
21. Att ha kunskap om hälsans bestämningss faktorer och andra folkhälsoaspekter samt om metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att i det medicinskt vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet kunna beakta denna kunskap.

Examination

Klockan är 09.30. På mottagningen råder viss anspänning. För sista gången under lång utbildning ska ST-läkaren prövas och bedömas. Snart är det slut på sötebrödsdagarna. Tack och adjö till handledaren. Stå på egna, skrangliga ben.

Examinationen är frivillig. Vår ST-läkare har valt att få en sista feedback. Duger jag? Kan jag jobba så här?

Många följer en fåfång tanke: jag känner mig duktig, men jag vill visa detta, få den där erkänslan, en kvittens, ett beröm. Handledaren i all ära, men dom tongångarna kan jag nu sjunga.

Som tillrest examinerator är jag också en smula anspänd, lite laddad, vill ju så gärna att det ska gå bra. Slippa klavertramp, se examinanden köra fast, bli pinsamt berörd av exponeringen. Motsatsen är gudskelov vanligare, ibland en rent njutbar föreställning, man vill bara applådera och tjoa.

Nu hämtas patienten. Den äldre dammen, Siv, är "i luckan" förvarnad att det vankas extra doktor idag. Hon tar det som en bonus, bli sedd av fyra ögon.

Dr och Siv har aldrig setts, Siv har inte lyckats få någon husläkare sedan den gamle stöten gav upp för tre år sen. Nu har Siv fått ont i magen.

Jag tar distans och fäster blicken på dr. En lysande öppning, vilket välkomnande, glatt men inte konstlat, hjärtligt, men ändå avspänt, Siv som en skänk från ovan till en öppen korg.

Siv känner att spänningen släpper: Det här verkar lovande, skönt, man oroar sig ju alltid inför ny dr.

Nu börjar dr höra efter och snabbt nog kommer magen fram. Jag märker att dr blir ivrig, gillar onda magar. Drar i gång och vill veta precis hur det ligger till. Siv försöker parera så gott det går, märker det blir bäst om hon ger korta och precisa svar. Det är minsann inte alltid så lätt. Examineratorn blir lite förvånad. Frågorna röjer en engagerad kompetens, men men... hur skulle Siv själv valt att presentera sin mage?

Med tilltagande spänning följer jag mötet. Magbesvären tycks spreta ut till allt eller intet. Vill inte riktigt angöra en brygga, komma på fast mark.



2016 års examinander i spänd förväntan inför promovringen i Kalmar.

Dr tar sats, behöver sammanfatta. Väljer att klargöra vad Siv *inte* tycks ha, typ magsår, enteriter. Får med blindtarmen och gallan också. Kommer så på att hon glömt fråga vad Siv själv tänkt. Då säger Siv att hon inte vet, vill bara veta vad det är. Siv hade rynkat pannan. Dr hade tystnat, men ryckt upp sig och ville nu känna på magen.

Den var mjuk och oöm och utan patologiska resistenser, som dr sedan så föga kreativt uttryckte det i journalen.

"Vi tar lite prover så kan vi ses sedan", säger dr vänligt för att få lite respit.

Men examineratorn är ingen handledare, här finns ingen hjälp att få. Jag undrar om min närvaro är ett större problem än Sivs mage.

Dr försvinner in i journalen, klickar frenetiskt, finns här nån tråd att dra i? Hittar att en kolon-rtg var u.a. för 15 år sen. Kunde tyda på recidiv av nu glömda problem?

Siv dyker rätt snart upp igen, nöjd efter labbet. Där hade man antytt att doktorn skulle "få tjänst".

Dr gör nu ett avslut som inte står inledningen efter. Lyckas förmedla sin egen övertygelse, lugnt och enkelt, att magen är tillfälligt i olag. Just dom orden, klockrent. Ger så en del tips, lämnar utrymme för Siv samt intresserar sig för hur det går via telefonen.

Examineratorn gillar revanschen. Den beskäftiga iveren i början, som närmast överföll Siv, och för övrigt reducerade Siv

till en mage, hade dolt en annan talang att kommunicera.

Jag brukar ibland efteråt, när examinanden dikterar, gå ut och höra vad patienten tyckte.

Siv lyser upp över intresset. "Det var en riktig doktor!" Vad tyckte du var bra, Siv? "Jo, att hon frågade så mycket, ville veta precis för att ställa diagnos! Och inte tjafsa så mycket om det sociala och psyket och sånt!"

Ett förtroende hade grundlagts. Engagemanget större än tekniken. Vår ST-läkare kommer tids nog behöva själva Siv. Släppa fram henne.

Konsultationen godkänd. Återföringen en rätt kul diskussion. Hur en helhet sys ihop av disparata delar som tål att granskas. Alptoppar i solen och en del sänkor i skuggan. Där perspektiven ger lite olika bilder.

Höjda ögonbryn. Man lär sig mycket som examinerator.



Inge Carlsson
Examinerator SFAM
Eslöv
inge.karin@telia.com

Allmänmedicinens vardag

– arbetssätt, synvinklar och synvillor

Kurs för ST-läkare i allmänmedicin

SK-kursen i Allmänmedicinskt arbetssätt är en obligatorisk kurs som arrangeras på flera håll i landet. Vi vet att de olika kurserna skiljer sig åt, både när det gäller längd och innehåll, men utgångspunkten för alla är Socialstyrelsens beskrivning av kursen.

Vår kurs heter ”Allmänmedicinens vardag – arbetssätt, synvinklar och synvillor”. Premiär för kursen var 2010 och därefter har vi hållit den tre till fyra gånger per år, första åren med hjälp av Christer Petersson i Växjö. Ca 30 ST-läkare deltar varje gång. Oftast har kursen arrangerats via KursDoktorn men vi har också hållit den direkt för ST-läkare i Landstinget i Dalarna och Uppsala läns landsting.

Under kursen tar vi upp och diskuterar en bredd av ämnen som berör allmänmedicinskt arbets- och förhållningssätt. Utgångspunkten är vad vi som generalister är specialister på.

Olika patientgrupper

Vi utgår från våra olika patientgrupper. För läkare i primärvård, som första linjens sjukvård, är diagnostik av patientens problem ett stort, viktigt och svårt område. Detta berör vi på många olika sätt: Hur tänker vi egentligen när vi ställer diagnos och beslutar om utredningar? Hur rör vi oss mellan faktakunskaper, tumregler och magkänsla? Hur vi tänker och fattar beslut handlar också om patientsäkerhet. Var finns de vanligaste riskerna och fallgroparna? Hur kan vi resonera säkrare? Hur tar vi hjälp av våra patienter?

Vi diskuterar också omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom. Den patientgruppen ställer andra krav – samarbete med patienten och inom vårdteamet, planering och bedömning av risk. Här blir patientcentrerad vård centralt. Hur kan vi fatta beslut tillsammans med våra patienter och därmed lättare balansera mellan över- och underbehandling, över- och underutredning?

Att använda praktisk epidemiologi, kunskap om den allmänmedicinska populationen tillsammans med den patientcentrerade individualiserade vården är genomgående teman för kursen. Varför måste vi tänka annorlunda i primärvården när det gäller provsvar än man gör på sjukhus? Också här kommer patientsäkerhet in. Hur kan dialogen med patienten och vårt allmänmedicinska arbetssätt hjälpa oss när det gäller att hantera och leva med osäkerhet?

Prioriteringar och förbättringsarbete

En annan aspekt av vardagens beslut är hur vi prioriterar när resurserna är begränsade. Resursbrist, framför allt i form av vakanser och därmed brist på kollegor att diskutera och dela arbetet på vårdcentralen med, är tyvärr en verklighet för väldigt många blivande allmänläkare, liksom för dem som redan är

specialister. Vi har nog inte hållit en enda kurs i allmänmedicinskt arbetssätt där inte frågan om hur man ska orka arbeta som allmänläkare ett helt yrkesliv kommit upp. Att arbeta med prioriteringar på ett systematiskt sätt enligt riksdagsbeslutet om den etiska plattformen för prioriteringar, och vård efter behov, brukar engagera kursdeltagarna.

Kvalitets- och förbättringsarbete med utgångspunkt från sin egen mottagning, sina egna patienter och deras behov är också ett område vi tar upp. Att analysera och utveckla sitt arbete tillsammans med kollegor, med hela teamet på vårdcentralen, är en skyldighet men framför allt är det ett roligt sätt att lära sig nya saker! Detta är något som många behöver öva på. Under alla kurser vi haft är det mycket få ST-läkare som kunnat berätta om ett förbättringsarbete med utgångspunkt från vårdcentralens egna data som inte handlat om hur man bättre når olika nivåer för ersättningssystemen.

Allmänmedicinskt arbetssätt

Detta ämne syftar till att ST-läkaren ska ha överblick och möjligheter att reflektera över allmänmedicinskt arbets- och förhållningssätt.

Kurser i ämnet bör innehålla seminarier och grupparbeten, utgående från kliniska fall och problemsituationer. Diskussionerna ska ledas av specialist i allmänmedicin.

Kurser i ämnet bör innehålla seminarier och grupparbeten, utgående från kliniska fall och problemsituationer.

Mer specifikt syftar kurs eller kurser i ämnet till att ST-läkaren kan:

- Exemplifiera hur man kan integrera kunskap från skilda medicinska områden med hänsyn tagen till sjukvårdens möjligheter och patientens miljö.
- Tillämpa redskap för att urskilja och analysera det aktuella problemet i det enskilda patientmötet.
- Redogöra för strategier för att hantera komplexa bedömningssituationer i ett oselektat patientflöde där fullständigt beslutsunderlag ofta saknas.
- Tillämpa ett patientcentrerat arbets- och förhållningssätt, med kontinuitet, expektans och med tiden som redskap.
- Analysera sin egen roll som del i ett team med delade och skilda ansvarsområden.
- Redogöra för de centrala epidemiologiska begreppens roll i kliniskt beslutsfattande.

Socialstyrelsens beskrivning av kursen

Primärvården som organisation

Vi tar också upp frågor som berör arbetssituation och primärvården som organisation:

Varför ser allmänmedicinen ut som den gör i dag? Om vi förstår hur det började och kan lite om historien blir det lättare att tänka framåt både när det gäller hur vi kan förbättra vår egen arbetssituation på vårdcentralen och hur vi kan utveckla allmänmedicinen. Vi jämför också med hur man arbetar i andra länder. Det finns alltid deltagare som kan dela med sig av goda exempel och lärdomar från andra länder.

I våra föreläsningar berättar vi om betydelsefull allmänmedicinsk forskning som är utgångspunkt för våra diskussioner. En del av undervisningen består av föreläsningar i kombination med kortare och längre grupparbeten. Utgångspunkt för gruppdiskussionerna är utmaningen att förverkliga ett arbetsliv som en bra allmänläkare, patientfall, olika övningsexempel (t.ex. när det gäller prioritering i vården och praktisk epidemiologi), men också deltagarnas egna reflexioner och frågor.

Ständig förändring

Under åren har vi förändrat och utvecklat och förändrat kursen. Varje gång ändrar vi och lägger till något nytt. Inspiration till

förändringar kommer förstås från kursutvärderingarna men också från vårt eget dagliga arbete!

Vår kurs består av två intensiva dagar. Det har både för och nackdelar med en så kort kurs. Många deltagare har små barn och har svårt att vara hemifrån. Men två dagar är kort tid för allt vi tar upp under kursen. Vi imponeras varje gång av våra unga kollegors stora engagemang i allt som diskuteras, stort som smått. Vi är stolta över den unga generationen allmänläkare som vi möter på våra kurser.



Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com



Malin André

Jäv: Författarna arvodas av kursanordnarna.

Eva Arvidsson är specialist i allmänmedicin och disputerade på en avhandling om prioriteringar i primärvård. Hon har arbetat många år i Kalmar, bl.a. som medicinsk rådgivare inför vårdvalet. Nu arbetar hon på Futurum, primärvårdens FoU-enhet i Jönköping, med stöd för kvalitetsutveckling och handledning av ST-läkare i deras vetenskapliga arbeten. Hon deltar i forskningsprojekt om bl.a. kontinuitet i vården och arbetar också med undervisning av läkarstudenter i Rwanda.

Malin André är specialist i allmänmedicin och docent. Hon har arbetat många år i Dalarna men de sista åren som forskningssamordnare i Uppsala. Sedan många år är hon aktiv i Strama. Hon deltar i forskningsprojekt bland annat om infektioner, depression och studenter konsultation och leder ST-läkares vetenskapliga arbeten.

Malin och Eva arbetar med PrimärvårdsKvalitet, ett nationellt system för stöd till kvalitetsarbete i primärvården. Båda valdes in i SFAM:s styrelse vid fullmäktigemötet 2016.

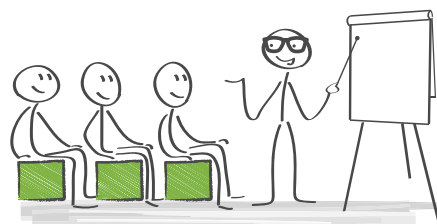


Malin och klassen.

AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer av kommande AllmänMedicin i god tid! Se utgivningsplanen.



Annons

Allmänmedicinskt arbetssätt

Vad är allmänmedicinskt arbete? Jag har aldrig hört en kirurg säga att de är specialister i kirurgi. De är kirurger. Från dag ett på sin ST. Inte mer komplicerat än så.

Jag har däremot upplevt ett sökande kring allmänmedicin från både mig själv och kollegor. Längre var det viktigt för mig med titeln. "Allmänläkare är också specialister, och det tar också fem år!" försökte jag förklara för undrande patienter. Själv brottades jag med att ständigt känna att jag kunde för lite. En sorts strävan att bli näst bäst på allt.

Under ST-dagarna i Kalmar på ett seminarium blev det tydligt för mig. Att vara allmänläkare är att vara bäst i en egen gren. Vi är bäst på konsultationen, skilja friskt från sjukt och att hantera våra patienters unika behov. Vi måste inte kunna allt, men vi måste kunna hantera allt. Krampen släppte.

Efter ett studiebesök i Holland insåg jag att de lärde sig långt mer på tre år än jag på mina fem år. Behovet av att kalla mig specialist var som bortblåst och jag slutade jämföra. Våldigt befriande, och sedan dess är jag stolt generalist.

Att definiera vad allmänmedicin är blir basen i alla kurser i allmänmedicinskt arbetssätt. Det är ett stort ämne men här kommer några axplock från min kurs: skutkursen.

Vi lever i ständig förändring

Genom att förstå systemet och förändringarna kan vi hela tiden fatta aktiva beslut hur vi vill förhålla oss. Då kan vi utveckla vår roll och undvika eventuella offerfallor. Det är viktigt att få känna den glädje det ger att finnas för dem som har valt oss till sina medicinska följeslagare. Aldrig tidigare har det gått fortare, och även om det alltid har funnits stora skillnader i befolkningen så är de väldigt synliga nu.

Insatta medborgare kan nu få reda på sitt genom och beställa nästan vilka prover de vill. De kan också koppla ihop sig med andra människor globalt och jämföra sin situation. Detta i bjärt kontrast till flyktingströmmarna och utsatta människor som hamnar på vår tröskel, ofta utan den mest grundläggande tryggheten. Vi behöver kunna hantera alla dessa, på helt olika sätt. Den gamla provinsialläkaren omvärldsbevakade, delegerade och använde sig av alla de instrument de kunde för att hålla sin population friska. Vi har utvecklat arbetssättet till vår tid men likheterna finns där.

För att ha ett hållbart allmänmedicinskt arbetssätt har det alltid varit nödvändigt att veta vilka andra personer/funktioner som kan göra en del av arbetet. Vad som ska göras manuellt och av oss. Vad ska automatiseras, helt eller delvis. Det har alltid varit så att både undersökningsmetodik och behandlingar för det vanliga har behövt vara standardiserade i delar eller ibland sin helhet för att kunna lämna utrymme för annat. Det som förr var handskrivna instruktioner och författningar är idag länkförslag till patienter och favoriter för recepten. En del kollegor utvecklar idag algoritmer på nätet där patienten i samarbete med sjukvården sköter mera själv.

Fortbildning, nätverkande och kontinuitet

Vår förmåga att kunna hitta den information vi behöver och

Skutkursen

"Originalet" startade 1982, på uppdrag av Socialstyrelsen, av Olle Lyngstam och Bengt Dahlin. Övertogs 2013 av Ulf Österstad.

Fartyg: Kursen äger rum på en båt där deltagarna bor och kursen bedrivs. Båten färdas under kursveckan längs Bohuslänns kust.

Pedagogik: Upplevelsebaserad inläring innebär att deltagarna får ett underlag för reflektion. Först efter den egna reflektionen presenteras den aktuella teorin.



fortbilda oss kontinuerligt är en viktig del av det allmänmedicinska arbetssättet. Vi kommer aldrig veta allt som vi behöver veta för att klara vår vardag, men vi kan ha bra koll på hur vi tar reda på det eller löser problemet. Nätverksbyggandet med andra allmänläkare, specialistkollegor, andra professioner, andra funktioner och människor som hjälper just våra personer är ytterligare ett kraftfullt verktyg. Även om vi blir duktiga på verktygen kommer vi aldrig undan att kunna härbärgera och hantera vår egen och patientens osäkerhet.

Eva Jaktlund (f.d. SFAM-ordförande) har en bra formulering: "Tid med egen lista av invånare är för allmänläkare vad tid i såret är för kirurgen." Kontinuiteten höjer kvaliteten, sänker kostnaden och gör det roligare för både allmänläkaren och inte minst patienten. Självklart behöver vi kunna hantera även snabba och enkla åkommor och de patienter som inte kräver kontinuitet – också.

I allmänmedicinskt arbetssätt kan vi arbeta i 1:1 perspektiv, med det enskilda patientmötet. Men vi kan också arbeta 1:10, 1:100 osv. Ledare, lärare, författare, programmerare, radio/tv-doktor; titlarna är många. Genom att organisera arbetet, utbilda varandra eller patienter kan vi göra stora insatser. Allmänmedicinskt arbetssätt är att kunna spela på hela klaviaturen.

Över tid i livet, vilka vi är och vad vi är duktiga på gör att våra arbetsliv och arbetssätt kommer se olika ut.

Ulf Österstad

Kursansvarig för skutkursen
Verksamhetschef för vårdcentralerna
Bra Livs digitala enhet Bra Liv Nära, Jönköpings län
ulf@osterstad.se



Jäv: Jag driver skutkursen genom mitt eget företag Läkare Ulf Österstad AB.

MSF för Läkare

Validerade enkäter där patienter och medarbetare kan ge dig feedback i din kompetensutveckling

Du som valt att bli läkare har åtagit dig en svår och ansvarsfull uppgift som kräver god och relevant klinisk kompetens, en ständig strävan att utvecklas samt vilja att följa grundläggande etiska värderingar. En bra läkare har goda evidensbaserade kunskaper, är följsam till gemensamma riktlinjer och har patientens hälsa och säkerhet som det främsta målet.

Socialstyrelsen (SoS), landstingen, Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, SFAM, SBU och universiteten är huvudaktörer när det gäller patientsäkerhet, etiska- och evidensbaserade riktlinjer. SFAM:s ändamål är att på ett oberoende sätt främja utbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicinens övergripande intresseområden. Enligt den nya målbeskrivningen SOFS 2015:8, som SoS med stöd av specialitetsföreningarna har utarbetat, ska ST-läkare bedömas med på förhand kända bedömningsverktyg.

Eva de Fine Licht, som deltagit i målbeskrivningsarbetet, skriver i AllmänMedicin 2-2016 [1]: *"Vår nya målbeskrivning skärper kraven på kontinuerlig, dokumenterad utvärdering och här får vi också söka stöd i europeiska, amerikanska och kanadensiska kollegor för att skapa hållbara rutiner för vår egen utbildning. I nya målbeskrivningens rekommendationer ger vi därför förslag på metoder och formulär. Det är av yttersta vikt att vi integrerar*

detta i de utbildningsdokument som varje landsting/region skall tillhandahålla. Att utvärdera behöver vi göra inför ST, under hela ST och i slutet av ST."

"Du får anonym konkret feedback från grupper av medarbetare och patienter som berikar dialogen med din handledare om eventuella skillnader mellan din självvärdering och feedback."

Varje subjektiv bedömning är i någon mån partisk. Mitt-i-ST är en utmärkt men subjektiv och resurskrävande metod där enskilda läkarkollegor bedömer läkarkompetens. Den kan behöva kompletteras med andra standardiserade metoder där flera olika bedömare ger feedback för att öka kvalitet och pålitlighet. Feedback, som är en nyckelkomponent i formativ bedömning, bör ha fokus på beteende och inte på person och bör användas mer i läkares specialistutbildning [2]. Utvärdering av läkarkompetens och arbetsplatsbaserad feedback genom strukturerade bedömningar från flera olika medarbetare och patienter kallas Multi Source Feedback (MSF) eller "360 graders värdering" och rekommenderas internationellt av framstående pedagogiska forskare. Att använda MSF för läkarfeedback har av Donnon et. al. 2014 [2] visats ha hög reliabilitet och validitet.

Engelskspråkiga MSF-instrument för läkare måste översättas, anpassas och utprövas vetenskapligt här för att kunna användas i Sverige. Sheffield Peer Review Assessment Tool (SPRAT) [3, 4] är exempel på en enkät som används i Sverige trots att den varken är professionellt översatt eller vetenskapligt utprövad för svenska förhållanden (Ulrika Uddenfeldt, personl.medd.) [5, 6].

General Medical Council (GMC) är en nationell oberoende stiftelse i England med regeringsuppdrag att ansvara för tillsyn av läkares yrkesutövning med befogenheter liknande vår svenska Socialstyrelse. Utifrån riktlinjer om etik och god medicinsk praxis [7] har GMC utvecklat och testat ett enkätinstrument GMC-MSF [8] med frågor inom fyra huvudområden som omfattar kunskap, kompetens och prestation, säkerhet och kvalitet, kommunikation och lagarbete samt att upprätthålla förtroende i relation till patienter och medarbetare. GMC-MSF-enkäterna är en del av läkarnas obligatoriska recertifiering. Mer än 1 000 läkare bidrog till valideringen av enkätdata och respons erhöles genom dessa läkare från över 30 000 patienter och 17 000 kollegor [8, 9]. Tio tusentals engelska läkare har sedan använt enkäterna, enligt muntlig information.

Projektgrupp

Jan-Eric Olsson:

spec. i allmänmedicin och senior studierektor vid Akademiskt primärvårdscentrum Huddinge (APC). Projektledare och författare av denna artikel.

Helena Schildt-Tossman:

specialist i allmänmedicin. Verksamhetschef AT/ST-enheten APC.

Solvig Ekblad:

psykolog och professor. Projektansvarig APC/LIME KI.

Bo Christer Bertilsson:

med. dr., specialist i allmänmedicin. AVC-samordnare Huddinge Akademiska Vård Central (AVC).

Eva Toth-Pal:

med dr., specialist i allmänmedicin. AVC-samordnare Lilje-holmens AVC.

Van Yang Wallentin:

professor vid statistiska institutionen, Uppsala Universitet.

Anneli Lagerqvist:

sekreterare APC.

MSF för Läkare

Multiple Source Feedback (MSF) är ett sätt att värdera kompetens.

General Medical Councils Multiple Source Feedback Questionnaire (GMC-MSF) från England är ett av världens mest beprövade instrument för läkare.

"MSF för Läkare" är en svensk version av GMC-MSF som:

- ger möjlighet för läkare under eller efter ST att få feedback om sin kompetens från patienter och medarbetare genom anonyma enkäter on-line eller på papper.

- är anpassad till svenska förhållanden genom innehållsanalys av 112 transkriberade intervjuer i 17 fokusgrupper och enskilt.
- har testats statistiskt för validitet och reliabilitet genom analys av 752 enkätsvar.
- motsvarar den nya målbeskrivningens rekommendationer om utvärdering.

MSF för Läkare finns som testversion på survey.stforum.se. Till och med 10 december kan du ta ut rapporter gratis.

Akademiskt primärvårdcentrum i Huddinge genomför sedan hösten 2014, med stöd av SFAM, ett etikgodkänt forskningsprojekt med syfte att ta fram en svensk validerad och anpassad version av GMC-MSF som bygger på frivillighet och anonymitet. Vi kallar den "MSF för Läkare". Målgruppen är i första hand ST-läkare i allmänmedicin och i andra hand även ST-läkare och specialister inom allmänmedicin eller andra specialiteter.

Metod och resultat

Översättning av de tre GMC-MSF frågeformulären från engelska till svenska och återöversättning till engelska gjordes av professionella översättare. En förutsättning var att enkätstrukturen var oförändrad. En blandad metod användes. I en första översyn diskuterades de översatta enkäterna av en referensgrupp av elva allmänmedicinska studierektorer. Inspelningar från 112 respondenter i 17 fokusgrupper och 33 individuella intervjuer transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Detta resulterade i en slutlig version av de tre reviderade frågeformulären med cirka femtio förändringar.

Resultaten av den psykometriska analysen som bygger på totalt 752 besvarade enkäter från olika delar av landet och den kvalitativa innehållsanalysen är preliminärt positiva och intressanta men tillsvidare konfidentiella eftersom vi hoppas att kunna presentera dem i Scandinavian Journal of Primary Health Care.

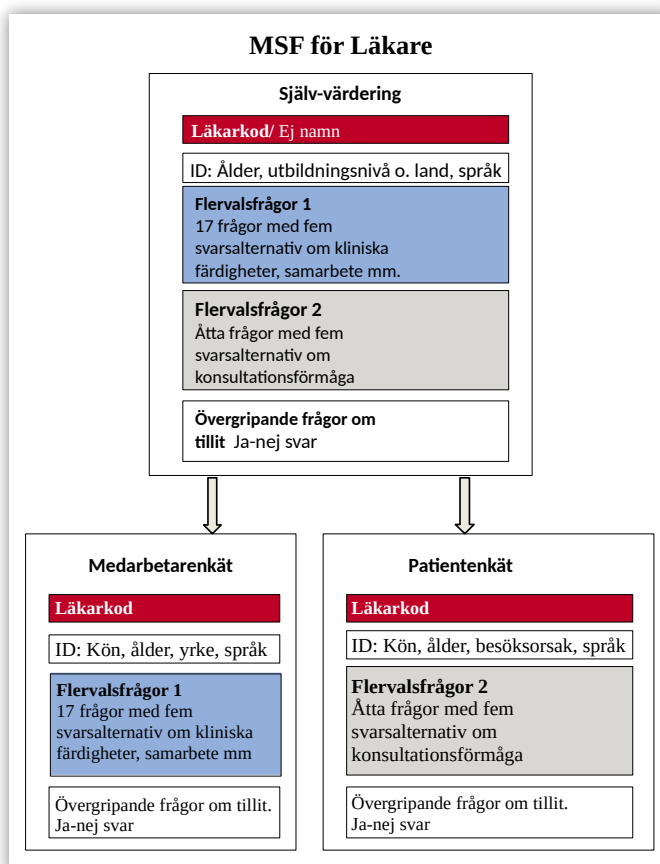
Vår svenska version består av tre enkäter med frågor kopplade till varandra enligt figur 1. ST-läkaren besvarar en självvärdering som består av två huvuddelar; en medarbetarrelaterad del med frågor om kliniska färdigheter där motsvarande frågor även besvaras av medarbetare och en patientrelaterad del med frågor om konsultationsförmåga där motsvarande frågor även besvaras av patienterna. Några övergripande frågor om förtroende återfinns i alla enkäterna. Varje enkät innehåller dessutom en fråga med fria svar. Enkäterna finns i både webb-version och som pappersformulär.

Vårt projekt presenterades på WONCA Europe i Köpenhamn 18 juni, på Framtidens specialistläkare i Malmö, på Läkarförbundets studierektorsmöte samt på kursen "Leading for Change" för studierektorer i september. Samarbete med studierektor Thomas Marmolin pågår för att med ST-forum® www.stforum.se som IT-plattform implementera metod och

svarsrapporter under hösten 2016 och våren 2017. Framtida administrationskostnader behöver finansieras genom en avgift per rapport.

Hur går det till att få feedback från patienter och medarbetare?

MSF för Läkare finns som testversion på survey.stforum.se där du som intresserad ST-läkare får kodnummer och adresser



Figur 1. Översiktlig beskrivning av den svenska versionen (MSF för Läkare) av de General Medical Councils-Multi Source Feedback enkäter som består av tre delar där medarbetar- och patientenkät innehåller gemensamma frågor från läkarens självvärdering.

till webbenkäter för självvärdering samt medarbetar- och patientenkäter genom att skriva din mejladress, ett lösenord och följa anvisningarna. Här finns även en demo-version. Självvärderingen tar cirka sju minuter att besvara och övriga enkäter cirka fem minuter.

Ge kodnummer och en länk till medarbetarenkäten i ett mejl till de medarbetare som du väljer ska få ge dig anonym feedback. Ju fler som svarar dess bättre. Välj både yngre och äldre läkare och andra medarbetare som t.ex. sköterskor eller sekreterare som känt dig minst två månader. Även medarbetare från andra arbetsplatser där du nyligen arbetat kan tillfrågas.

Pappersformulär och instruktioner för patient-feedback kan laddas ner från survey.stforum.se. Personal delar ut och samlar in kodmärkta pappersformulär och sänder dem alla tillsammans i ett slutet kuvert till ST-forum. Minst 15 men helst 35 patientenkäter per läkare behövs för att ge representativa svar.

Vad är nyttan med MSF för Läkare?

MSF för Läkare är ett kostnadseffektivt IT-baserat och vetenskapligt validerat komplement till Mitt-i-ST eller examen i allmänmedicin. Du får anonym konkret feedback från grupper av medarbetare och patienter som berikar dialogen med din handledare om eventuella skillnader mellan din självvärdering och feedback. Eftersom det väsentliga är dialogen kring svaren och råd om förbättringsåtgärder som du kanske behöver vidta

kommer det även att ställas fördjupade krav på handledarens förståelse av vad svaren på de olika frågorna om kliniska färdigheter och konsultationsförmåga betyder. Vi behöver lära oss att utnyttja möjligheterna i ett arbetsplatsbaserat lärande bättre [10].

MSF för Läkare kan användas formativt några gånger under eller efter ST antingen i sin helhet eller delvis som bara patient- eller medarbetarfeedback. Denna feedback kan ge dig utmärkta referenser inför eventuellt byte av arbetsplats och en stolthet över att vara en bra läkare. MSF för Läkare ger även möjligt till regionala och nationella jämförelser på gruppnivå och som referens till dina egna resultat.



Jan-Eric Olsson

Senior studierektor vid Akademiskt primärvårdscentrum, Stockholms läns landsting
jan-eric.olsson@sl.se

Jäv saknas.

MSF för Läkare har inom ULF-projektets ram fått ekonomiskt stöd från SFAM (se sid 5).

Referenser

- De Fine Licht E. European Academy of Teachers in General Practice – utbildningssamarbete över gränserna. *AllmänMedicin* 2016;2:20.
- Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment: A Systematic Review. *Acad Med*. 2014 Mar;89(3):511–6.
- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007 Jan 1;29(9-10):855–71.
- Abdulla A. A critical analysis of mini peer assessment tool (mini-PAT). *J R Soc Med*. 2008 Jan 1;101(1):22–6.
- Aspengren K. Kvalitetsstämplat specialist med 360-gradersbedömning. *Läkartidningen* 2006:20. [Internet]. [cited 2016 Aug 26]. Available from: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=4049>
- 360-graders bedömning baserad på SPRAT - Google Search [Internet]. [cited 2016 Aug 26]. Available from: <https://www.google.se/#q=360-graders+bed%C3%B6mning+baserad+p%C3%A5+SPRAT>
- Good medical practice (2013) [Internet]. [cited 2016 Aug 11]. Available from: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp
- Campbell JL. GMC Multi-Source Feedback Study Scientific report of the Main Survey (2008-10) Executive Summary. UK General Medical Council; 2012.
- GMC multi-source feedback study [Internet]. [cited 2016 Aug 11]. Available from: <http://www.gmc-uk.org/about/research/28784.asp>
- Nicol DJ, Macfarlane-Dick D. Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. *Stud High Educ*. 2006 Apr 1;31(2):199–218.

AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder. Spara dem på din dator och skicka till: chefredaktor@sfam.se.

Se också <http://www.sfam.se/artiklar/fotografier-till-allmanmedicin>.



AT-handledningen bäst inom allmänmedicin

Allmänmedicin är det avsnitt som fungerar bäst när det gäller handledning. 99 procent av AT-läkarna hade en personlig handledare, 93,7 procent av AT-läkarna träffade sin handledare minst en gång i veckan.



Allmänmedicin skiljer ut sig både när det gäller tillgång till handledare, handledningstid och upplevd kvalitet, säger Emma Spak, SYLF.

Saxat ur Läkartidningen 2016;113;1444.

Nedslag Sandviken:

Grön ö för ST-utbildning vänder utvecklingen

Inför sommaren efterlyste chefredaktören vårdcentraler för blixvisiter i samband med hennes resor. Detta är det första nedslaget.



En vacker augustidag svänger jag in mot Sandviken, på min väg mot spelmansstämman i Härnösand. På lasarettet tar jag hissen till Sandviken Norra Din hälsocentral. I fikarummet möter jag studierektor Anna-Karin Svensson. Hon berättar:

– Patienterna listar sig på hälsocentralen. Sedan fördelas de på läkarna. I början fick hyrläkarna en egen mottagning för de olistade. När ST-läkarna var fler minskade vi antalet hyrläkare. Nu har vi så många läkare att vi kanske kan serva bristcentraler längre ut. Läkarna får då ha sin bas i Sandviken.

Två faktorer är avgörande för ST-utbildningen:

Hjärtat är den öppna dialogen mellan ”unga” och ”gamla”. Basen är det dagliga 10-mötet. Här pratas enbart medicin och patienter. ST-läkarna har företrädare att dra fall eller ställa frågor.

– Det är ett fritt samtal. Under ett och samma möte kan vi röra oss över hela det allmänmedicinska fältet. Det har gett oss ”gamla” ny entusiasm. ST-läkarna delar med av sig av sina färskaste medicinska kunskaper, samtidigt som vi bidrar med helhetssyn och erfarenhet.

Den andra faktorn är en rimlig arbetssituation för handledarna. Att använda specialistresurserna för handledning är att investera i framtiden. Patientlistan anpassas efter hur många ST-läkare man handleder.

Anna-Karin anser att allmänmedicin har vuxit i status. De invärtesmedicinska specialiteterna är mycket smala, volymen av patienter finns i primärvården. Det är mer utmanande att ta



Anna-Karin Svensson, Caroline Westblom och Hamzah Abu Rweileh.

Foto: Ingrid Eckerman

Hälsoinformation
i väntrummet
ges numera även
digitalt.

Foto:

Ingrid Eckerman



hand om patienter med kombinerade sjukdomar. Att det finns kollegialt utbyte kan vara avgörande för valet.

– Hälsingland har svårare att bemanna på grund av geografien. Man måste få tag på AT-läkare som vill bli kvar, och det är inte så lätt på mindre orter. Man kan bo i Gävle och arbeta var som helst i Gästrikland.

Nu ansluter ST-läkarna Hamzah Abu Rweileh och Caroline Westblom. Hamzah ska göra Mitt-i-ST veckan därpå. Caroline började på vårdcentralen strax före sommaren.

Hur är det att vara ST-läkare i Sandviken?

– Man har tillgång till många kollegor. Det finns alltid möjlighet att fråga, svarar Hamzah. Det är generöst att gå på kurs. Man får göra mycket själv och känner sig som familjeläkare för en population som man har ansvar för. Jag har nu drygt 600 på min lista som ska trappas upp till 1200. När jag är färdig blir det 1500.

– Jag har varit här i några månader och inte hunnit med

Sandviken År 2014 organiserade man om verksamheten på grund av läkarbrist. En "utbildningsvårdcentral" med ordinarie specialister och ST-läkare inrättades. Hyrläkarna samlades i en särskild korridor.

Läs mer: Hälsocentraler i Sandviken satsar på gemensam ST-utbildning. Läkartidningen 2014;111:CUPW.

Gotland ST-läkarna tog initiativ till en utbildningsvårdcentral i Visby enligt modell Sandviken. Som en grön ö ska den göra primärvården på Gotland mer attraktiv. Läs mer: Grön ö på Gotland. Moderna läkare 2016;2:8-10.



Matilda Zetterquist och Susanna Althini i Almedalen 2015. Foto: Ingrid Eckerman

grupphandledning eller utbildning, säger Caroline. Men jag känner mig uppskattad, att jag får tillföra något och jobba självständigt. Det är högt i tak. På 10-mötet kan alla komma upp med allt. Man känner att man utvecklas. Jag ser fram emot hösten när allt återgår till det normala schemat.

Vad är viktigt för en bra ST-tjänstgöring?

– För mig har det varit kollegorna på arbetsplatsen, säger Hamzah. De står för det viktigaste: att man är välkommen, att man får ställa sina frågor utan att någon tycker man är dum. Själva upplägget är också viktigt. Grupphandledningen är jätterolig, vi bestämmer då hur vi ska tänka lika.

Anna-Karin förklarar att ST-läkarna har individuell handledning varje vecka. En gång i månaden ersätts den av grupphandledning.

Finns något som kan göras bättre?

– Internutbildningen skulle bli roligare om man blandar flera personalkategorier. Vi har börjat planera det, säger Hamzah.

– Då kan man dela med sig av sina olika synsätt på patienterna. Vårdfloppet för olika patientkategorier kan optimeras, säger Caroline.

– Vissa mångbesökare träffar många olika personalkategorier. Jag skulle vilja prova gruppverksamhet, tillägger Hamzah. På dagjouren arbetar man mer tajt, i team.

Anna-Karin berättar att det är ett av de mål de haft från början men ännu inte uppnått. Redan i riskanalysen för projektet påpekades risken att det blir alltför doktorsfixerat. ST-läkarna ska hålla i utbildningen – det finns med i målbeskrivningen.

Här börjar alla tre oroligt skruva på sig och jag stänger av mobilen. Hastigt tas några foton, och sedan rusar de iväg till väntande patienter.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Annons

En ST-läkares rapport från Köpenhamn:

Vasco da Gama och WONCA Europe 2016

Årets WONCA Europe har ägt rum i Köpenhamn i juni. Jag har varit med på både WONCA och Vasco da Gama Movement, och det har varit en alldeles underbar upplevelse..!

Jag är äntligen snart färdig specialist, men ett problem fanns kvar. Jag kommer från Japan där inte många kan prata engelska och jag tyckte att min engelska var dålig. Jag gömde mig bakom mina kollegor när det kom en engelsktalande patient. En dag bestämde jag mig: NU ska jag skriva och prata på engelska...! Jag ville förbättra mig och skickade därför mitt CV till utbytesprogrammet och ett abstrakt för presentation till WONCA kongressen.

VdGM Pre-conference and Exchange program

Vasco da Gama Movement (VdGM) är ett samarbete mellan unga doktorer inom primärvård för att diskutera framtida primärvård. Det startade 2005 i Lissabon som en del av WONCA. Det finns ett utbytesprogram i samband med WONCA pre-conference.

Alla 30 deltagare samlades först på DSAM (Dansk Selskab for Almen Medicin) i Köpenhamn. Vi fick information om det danska primärvårdssystemet. Sedan tog vi en lång promenad i Köpenhamn med guidning av en dansk ST-grupp. Det var en fin välkomsttur!

Jag fick som värd dr Thomas Luggin i Regstrup Laegehus som ligger ca en timme från Köpenhamn. Området liknar mycket Tierp där jag arbetar. Thomas jobbar "effektivt" hela tiden. Han tar tjugo samtal under en timmes telefonid, samtidigt som han tar emot konsultationer via e-post och skriver svar. Jag var mycket imponerad och har tvekat att skriva om detta eftersom chefen kanske läser det. Thomas tar emot patienterna med glatt humör och jag ser att patienterna är nöjda då de går hem. Mellan besöken handleder Thomas ST-läkare. Jag fikade hos Thomas och hälsade på hans fina döttrar, och sedan var det gemensam middag i Köpenhamn. Tack Thomas!



Dr Thomas Luggin på sin mottagning.



Vasco da Gama Movement har en fin flagga.

Trots att jag deltog ensam fick jag vara med på någon middag varje kväll. Nästan varje kväll arrangerade ST-gruppen eller konferensen middag på en kul restaurang i Köpenhamn. Jag träffade många läkare från olika länder och kunde prata prata... Det blev nästan för mycket och ibland ville jag rymma, men det var en utmärkt situation för att träna engelska.

VdGM Pre-conference och GPTOPIA

Dagen före WONCA-konferensen startade VdGM pre-conference för unga läkare (mest ST-läkare). Vi var ca 170 deltagare från olika länder och det ägde rum på Panuminstitutet vid Köpenhamns Universitetet. Vi hade en workshop "GPTOPIA – defining the future of primary health care". Vi försökte att föreställa oss året 2084. Ca 20 miljoner människor har flyttat (migrerat) till en ö på grund av klimatförsämringen. Vi ska arbeta som allmänläkare på denna ö. Hur ska vi skapa den ideala primärvården?

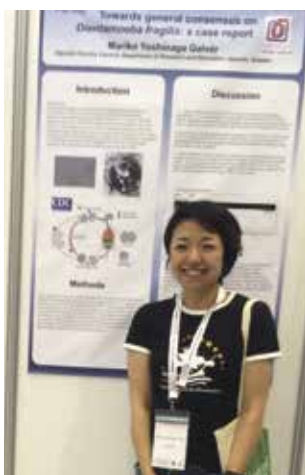
Vi delade in oss i sju grupper för att diskutera olika problem på denna ö: internationell hälsa, glesbygdsmedicin, kvalitets-säkrad vård för patienter med kroniska sjukdomar, elektronisk kommunikation och internetmedicin, ledarskap, forskarutbildning för primärvård och slutligen familjerelaterat våld.

Jag var med grupp 4 där vi diskuterade hur vi kan hantera primärvården på en sådan ö med många flyktingar. Vi diskuterade hela dagen och presenterade sammanfattningen dagen efter. Vi kom inte till något fantastiskt resultat, men det var så roligt att samarbeta med varandra mot ett mål, primärvårdens framtid.

WONCA Europe 2016

Jag hade en poster-presentation om amöban *Dientamoeba fragilis*. Denna amöba är en omdiskuterad parasit som sannolikt kan ge IBS-liknande besvär, men den är fortfarande oklar i sin patologiska roll. Efter att många sjukhus har börjat analysera med ny PCR-teknik för mask/ägg i fecesprov har det positiva svaret ökat för denna amöba. Så vad ska vi göra med svaret? Jag tog upp detta med en poster. Jag fick några frågor, men mest pratade jag med "grannarna" på posterutställningen och jag är nöjd med detta.





Mariko framför sin poster.



VdGM workshop.



Mariko på Köpenhamns kajer.

Stolt över STRAMA

För att träna engelska försökte jag att delta i olika workshops med gruppdiskussioner. Det var kul att veta att alla har nästan samma problem, t.ex. benzo-förskrivning. Jag var med i en workshop om antibiotikaresistens i primärvården, och de visade att Sverige är ett av få länder som har minskat konsumtionen av antibiotika. Jag fick många frågor från olika länder, framför allt om STRAMA. Jag var lite ledsen p.g.a. mina dåliga förkunskaper. På eftermiddagen lyckades jag ta del av Malin Andrés presentation om STRAMA och kunde således uppdatera min kunskap.

WONCA Run

Jag avslutade WONCA med att springa fyra kilometer på morgonen. Jag trodde att det var som Blodomloppet eller andra lopp där man kan gå på slutet. Men nästan alla var så duktiga löpare, så jag fick faktiskt sista plats. (Jag märkte att jag är modig på olika sätt.) Men tack vare detta lopp träffade jag chefredaktör Ingrid som hejade på mig, och sedan fick jag mycket tröst. Förresten – grattis till svenska tjejen som fick första plats!

Sammanfattning

Mottot för WONCA Europe Conference 2016 var "A stranger is just a colleague you haven't met yet".

Jag har träffat många kollegor från hela världen!

Jag frågade en fransk läkare varför det inte finns så många deltagare från Frankrike. Hon berättade att många franska doktorer inte kan bra engelska och de inte vill tala. Jag tror i alla fall att de kan bättre än jag.

Två veckor efter WONCA tog jag emot en engelsktalande patient på Tierp vårdcentral och det gick bra. Min kommunikation har ändrats något sätt och kanske är hjärtat mera med i samtalet. Jag har även blivit mer aktiv för att förbättra mig genom att prata med andra. Jag hittade kanske en "stranger" som fanns inom mig.

Det har varit en resa som jag inte kommer att glömma, och jag vill varmt rekommendera nästa WONCA...! Tusen tack till studierektorn Anna-Carin Bring som hjälpte mig att delta i denna resa som gav mig möjlighet till utveckling på flera olika sätt.

Mariko Yoshinaga Galvér
ST-läkare
Tierps vårdcentral
marikogalver@gmail.com



Wonca Run. Mariko och Hans Thulesius omgivna av thailändska kollegor.



Mariko och chefredaktören.

Hälsogrupper för ofrivilligt migrerade

Ofrivillig migration är en prediktiv riskfaktor för ohälsa och sjukdom. Erfarenheter före och under flykten samt de utmaningar personen möter i ackulturationsprocessen bidrar till ohälsoutveckling. Mötet med vården i det nya landet kan vara en källa till frustration. Därför har en intervention med hälsogrupper för migranter utvärderats.

Under de senaste årtiondena har antalet flyktingar i Sverige ökat och idag utgör utlandsfödda personer 16 % av Sveriges befolkning [1]. Migrationsprocessen kan utlösa eller förstärka utvecklingen av hälsoproblem och omfattar såväl fysisk som psykisk ohälsa och sjukdom [2, 3, 4]. Förutom biologiska och individuella bakgrundsfaktorer kan sämre hälsa vara relaterat till livssituationen. Möjliga förklaringar kan exempelvis vara arbetslöshet, förlust av sociala nätverk och ekonomiska svårigheter [5, 6].

En ytterligare bidragande faktor är ackulturationsprocessen vilken innefattar den omställning som uppstår i mötet mellan olika kulturer och samhällsstrukturer [7, 8]. Primärvården möts av patienter som söker vård för hälsoproblem som kan vara orsakade av migrationsprocessen och ackulturationsrelaterad stress. Studier har rapporterat att känslor av frustration och osäkerhet uppstår i mötet mellan patienter och vårdgivare. Det finns således ett behov i primärvården av kulturkänsliga hälsofrämjande program [9].

I denna studie utvärderas effekterna av ett hälsogrupsprogram för ofrivilligt migrerade avseende vårdkonsumtion och rörelsekapitet. Interventionen i en tidigare opublicerad pilotstudie visade signifikant minskning av vårdkonsumtion och en tendens till minskad oro hos målgruppen [10]. Det positiva utfallet av pilotstudien ledde till en fortsättning av hälsogrupsinterventionen.

Multimodalt arbetssätt

För att möta målgruppens komplexa situation användes ett multimodalt arbetssätt i hälsogrupsprogrammet. I det multimodala teamet ingick sjuksköterska, fysioterapeut, dietist, psykolog och läkare. Arbetssättet syftade till att synliggöra för deltagarna olika områden och faktorer som kan påverka hälsan. Dessutom kan arbetssättet bidra till kompetens- och organisationsutveckling hos vårdgivarna [11].

Basal kroppskännedom

Då målgruppen har en generellt hög stressnivå och besvär i rörelseapparaten ingår arbete med basal kroppskännedom (BK) i interventionen. Den fysioterapeutiska metoden bygger på guidade övningar som påverkar andning, hållning, muskeltonus och koordination. Medveten närvaro är centralt och integrerat i rörelserna [12, 13]. Metoden har en positiv inverkan på livskvalitet, självkänsla, psykiska och fysiska symptom, känsla av sammanhang, smärta och psykiskt välbefinnande [13, 14].

Genomförande och metod

Alla vårdgivare i Närsjukvården i östra Östergötland kunde

remittera patienter till ansvarig sjuksköterska för bedömnings- och kartläggningssamtal enligt utarbetat formulär. Om patienten ville delta i hälsogrupper gjorde ansvarig fysioterapeut en bedömning av rörelsekapitet med stöd av Body Awareness Scale Movement Quality and Experience (BAS MQ E). För att kunna anpassa krav och stöd till deltagarnas motivations- och samarbetsnivå användes Sandor Rados trappstegsmodell [15] vid de individuella kartläggnings- och bedömningsbesöken.

Vardera hälsogrupp bestod av 8 till 13 patienter med samma kön och språk. Intyg utfärdades till SFI, ekonomiskt bistånd och arbetsförmedlingen för att ersättningen inte skulle reduceras för deltagarna. Hälsointerventionen omfattade nio tillfällen, en gång per vecka á tre timmar.

Interventionens innehåll var temabaserade gruppdiskussioner med inslag av problembaserat lärande (PBL) [16]. Temana behandlade bland annat livssituation, livsstilfaktorer, migrationsstress och ackulturationsprocess. Varje träff startade med en timmes BK-träning. Övningarna utfördes i stående, sittande och liggande ställning och avslutades med deltagarnas reflektioner. Ansvariga var alltid närvarande vid alla grupptillfällen. En utvald tolk av samma kön som deltagarna, med hög språklig kompetens och kunskap om språkens kulturella kontexter deltog vid alla träffarna.

Utvärdering

Utvärderingsparametrar var vårdkonsumtion och rörelsekapitet. Vårdkonsumtion mättes tre månader före starten av respektive hälsogrupp och tre månader efter avslutad intervention genom journalgranskning. Alla vårdkontakter räknades med undantag för recept förfrågningar och självständig träning hos fysioterapeut. Rörelsekapitet mättes med BAS MQ E inom två veckor före- och efter interventionen.

Resultat

Totalt deltog 54 personer 24-60 år, fördelade på sju grupper. Huvudparten deltagare hade muskuloskeletala symptom och psykisk ohälsa. Vårdkonsumtionen minskade signifikant vid uppföljning och rörelsekapiteten förbättrades signifikant. Dessutom framkom ett samband mellan ackulturationsstrategi och motivationsnivå, där integration verkar vara beroende av en aktiv motivation.

Diskussion

Studien indikerar att hälsointerventionens upplägg och genomförande kan medverka till minskad vårdkonsumtion och förbättrad rörelsekapitet hos målgruppen. Minskad vårdkonsumtion ger dock inget svar på om deltagarnas hälsa har förbättrats. Likväl indikerar den förbättrade rörelsekapiteten att deltagarnas resurser stärkts, vilket kan påverka hälsan positivt.

Den begränsade studiepopulationen gör att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet. Majoriteten av deltagarna var kvinnor, vilket överensstämmer med forskning där kvinnor generellt, och invandrarkvinnor i synnerhet, har sämre självrapporterad hälsa [4].

Denna studie ger stöd för att väga in betydelsen av den sociala gradientens inverkan på hälsa [4, 5]. Samtliga deltagare bodde i segregerade bostadsområden, var arbetssökande eller studerade på SFI. Männen yrkesarbetade i hemlandet medan majoriteten kvinnor varit hemmafruar. Trots att många deltagare bott i Sverige mer än sex år var de beroende av tolk. Bristande språkkunskaper, socioekonomisk utsatthet i kombination med bostadssegregation och hög representation av etnogrupper i närområdet kan vara en bidragande faktor till deltagarnas ackulturationsstrategi [17]. Den stora omställningen i kombination med låg motivation och inlärad passivitet kan vara en del av förklaringen till studiens biffynd.

Vi vet inte om målgruppen söker mer vård än andra då det saknas nationell registrering i primärvården [18]. I en norsk kartläggning över mångsökande patienter framkom att utlandsfödda inte söker mer vård än befolkningen i övrigt, däremot utgör målgruppen en riskgrupp för ohälsa och sjukdomsutveckling [19].

Fördelar med att genomföra hälsogrupper i primärvårdens regi är tillgången till journalhandlingar och möjligheten att ge professionella egenvårdsråd eller återremittera till vårdgivare. Genom arbetssättet med multimodal insats får vårdgivare ökade

kunskaper om målgruppen vilket på sikt kan leda till minskad frustration i vårdmöten.

En begränsning i studien är den relativt kort mätperioden tre månader före och efter interventionen. En längre uppföljningstid skulle därför vara värdefull.

Hälsogruppernas temadiskussioner tillsammans med BK-träningen kan ha bidragit till kunskaper och medvetenhet om ackulturationsprocessen och dess inverkan på sjukdom vilket verkar ha stärkt de egna aktiva hälsoresurserna. Detta synliggjordes i den förbättrade att rörelse kvaliteten samtidigt som den passiva strategin att söka vård minskat.

Inget jäv förekommer.

Referenser

5. Marmot, M. Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. Clin Med, 2006;6:559-72
8. Berry JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat. 2005;29:697-12
14. Gyllenstein AL. Basic Body Awareness Therapy, assessment, treatment and interaction [dissertation] Lund: Lunds universitet; 2001

Fullständig referenslista finns på sfam.se/tidskriften.



Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi
leg. sjuksköterska,
Cityhälsan Söder,
Närsjukvården i
Östra Östergötland



Hanna Waldemarsson
leg. fysioterapeut,
Cityhälsan Söder,
Närsjukvården i
Östra Östergötland



Pia Yngman Uhlin
leg. sjuksköterska,
med.dr.,
FoU-enheten
för Närsjukvården i
Östergötland



Nahreen Tynngård
kemist, med.dr.,
FoU-enheten
för Närsjukvården
i Östergötland

Kontakt: rose-marie.mossberg.maghsoudi@regionostergotland.se

SFAM informerar
SFAM:s Utbildningsprenumeration



Kunskapen du behöver. Inspirationen du letat efter.

Du behöver varken söka kunskap eller leta inspiration på egen hand. Vi ser till att de hittar dig, i en jämn ström under hela året.

SFAM:s utbildningsprenumeration håller dig uppdaterad och ger dig förmåner och rabatter som till exempel hela 1100 kronors rabatt på avgiften för ST-dagarna och låga priser på facklitteratur.

Läs mer och teckna din utbildningsprenumeration på: sfam.se
Undrar du något? Kontakta Eva Norell
på: +46 708 52 39 56 eller eva.norell@sfam.se.



sfam.se

"Allmänläkaren är den enda riktiga läkaren"

Samtal med kollegan Fadel Abu Elula från Syrien

Vi träffas på vårdcentralen i Lessebo, där Fadel arbetar som läkarassistent sedan några månader.

Vårt samtal kommer att handla om Fadels professionella bakgrund och hans syn på primärvård och samhälle internationellt med exempel från de länder han jobbat i. Vi talar alltså inte om hans väg in i den svenska primärvården.

Samtalet med Fadel, på den moderna vårdcentralen i småländska Lessebo, var klart inspirerande för mig som svensk distriktsläkare. Primärvårdsperspektivet var klockrent och vi var djupt ense om att en medveten allmänläkare är lika viktig på Kuba som i Syrien och Sverige. För oss är det angeläget att ta till vara på Fadels och hans asylsökande kollegors breda, gedigna kompetens. De har mycket att ge till svensk primärvård!

"Jag är absolut inte socialist, men Kuba är kanske det enda land där jag inte har träffat på korruption."

– **Berätta lite om din professionella bakgrund, Fadel!**

– Jag är palestiniere, men Syrien har varit mitt hemland. Det gick bra för mig i skolan och jag fick börja studera medicin på Kuba i början av 1980-talet. Den medicinska utbildningen på Kuba var bra. Den mest värdefulla erfarenheten från landet var sjukvårdsreformen från mitten av 80-talet, med ett heltäckande familjeläkarssystem där varje familjeläkare fick ansvar för 120 familjer. Läkaren var stationerad på ett litet hälsocentrum tillsammans med sjuksköterskor och någon administrativ personal.

Man hade ansvar för alla typer av hälsorelaterade frågor för dessa familjer, blodtryck, blodsocker, barnhälsovård, socialmedicin. Den personliga kännedomen om

familjen var avgörande. Det fanns goda möjligheter att remittera till sekundärvård, som utgjordes av specialister i öppenvård i närheten, eller vid behov till tertiärvård som utgjordes av specialiserad slutenvård.

– **Hann du själv jobba inom detta system?**

– Nej. Jag var nästan klar med mina studier när det introducerades, men jag gjorde många studiebesök som student. Statistiken visar tydligt på de goda hälsoeffekterna. Resurserna var små men effekterna stora. Tänk dig att ett fattigt land som Kuba har lägre barnadödlighet än USA! Den stora hemligheten var att alla fick tillgång till basal sjukvård, i motsats till i många andra fattiga länder där de fattiga inte har en chans.

– **Varifrån hämtade kubanerna den här modellen?**

– Inte från Sovjetunionen, där specialistpoliklinikerna var uppbyggda på ett helt annat sätt. Nej modellen var inhemsk och grundad i tanken på lika möjligheter till basal sjukvård för alla. Till skillnad från i Sovjet satsade man i första hand på det enkla, grundläggande.

– **Du lämnade Kuba efter avslutade studier 1987?**

– Ja, då återvände jag till Syrien för två års tjänstgöring inom militären, varav sex månader med soldatutbildning. Sedan sökte jag mig till Libyen och skrev kontrakt på två år som familjeläkare på landsbygden. Det var 1991 och hela hälsosystemet i landet var korrupt. Till min lilla vårdcentral levererades stora kvantiteter med mediciner. Patienterna var vana vid att få recept förskrivet för allt.

De vikarier som hade jobbat på platsen före mig hade varit mycket generösa och gav patienterna vad de ville ha och de blev snabbt tillvanda. "Jag har haft feber i natt och behöver penicillin" var ingen ovanlig begäran. När jag sade nej och försöka förklara blev jag snabbt impopulär. "Vi vill ha den medicin som regeringen betalar åt oss!" var ett återkommande krav.

Helt uppenbart var det så att korrupta tjänstemän på regeringsnivå blev mutade av de stora läkemedelsbolagen och köpte in miljontals doser av exempelvis amoxicillin som sedan distribuerades utan hänsyn till behov eller evidens. Och det var skrämmande att alla i landet från myndigheter till patienter snabbt anpassade sig till det korrupta systemet.

"För mig har primärvården alltid varit den enda nödvändiga vården och allmänläkaren den enda riktiga läkaren."

Med tiden gick det bättre att förklara för mina patienter att mediciner inte botar allt, men efter två år lämnade jag Libyen för Uganda, där jag stannade i fem år varav två år på ett undervisnings-sjukhus. Jag var inte alls kvalificerad för att bedriva medicinsk undervisning. Det sade jag tydligt till min chef, men han svarade bara: "Din hudfärg är kvalifikation nog!" I Uganda betraktades jag nämligen som vit.

Med extremt hårda förberedelser lyckades jag genomföra undervisningen. Ofta fick jag memorera hela föreläsningar. Det kunde ta åtta timmar att förbereda en lektion på 50 minuter.

De sista åren i Uganda jobbade jag som privat GP i Kampala och återvände 1997 till Syrien.

– **Började du inom primärvården där?**

– Nej, först gick jag en ettårig kurs inom Public Health i WHO:s regi. När jag hade fått mitt diplom började jag en anställning i Homs som distriktschef inom området smittsamma sjukdomar: polio, hepatit, tetanus m.m. Det handlade mycket om vaccinationspolicy.

Utan att gå in på detaljer kan jag säga

Fadel Abu Elula kom till Sverige som flykting från krigets Syrien för drygt 2,5 år sedan. Fadel är född i Damaskus, men har palestinskt ursprung. Hans föräldrar flydde från Palestina när staten Israel bildades 1948. Fadel föddes därför 1961 som statslös. Han har aldrig ägt ett pass i hela sitt liv. Intervjun till denna artikel skedde på engelska.

att åren som distriktschef handlade om en ensam, långdragen kamp mot myndigheterna för en rimlig, evidensbaserad vaccinationspolitik. Vis av erfarenheten från Libyen såg jag nu tydligt hur vaccinationspolicyn styrdes mer av korruption och prestige än av medicinska överväganden.

De statliga myndigheterna var inte intresserade av medicinska underlag typ epidemiologiska data. De vägrade göra nödvändiga analyser av kostnader och nytta. Istället var man snabb att köpa in de senaste och ofta dyraste vaccinerna och påbjöd massvaccinationer trots tveksam nytta. Jag är övertygad om att de stora läkemedelsbolagen låg bakom och betalade rejäla mutor till ansvariga politiker och tjänstemän.

Till slut blev kampen mot myndigheterna omöjlig och jag sade upp mig från min tjänst och började istället jobba med primärvård på ett litet sjukhus utanför Palmyra.

– Du har jobbat i flera olika länder med olika system. Dina arbetsuppgif-

ter har varit kopplade till primärvård och prevention och du har visat prov på mod och moral även när det har kostat på. Varifrån har du fått din moraliska kompass?

"Den kliniska blicken är en realitet. Den grundar sig i stor utsträckning på tyst kunskap förvärvad genom praktisk erfarenhet och personkännedom."

– Kuba betydde mycket! Jag är absolut inte socialist, men Kuba är kanske det enda land där jag inte har träffat på korruption. Castro var stenhård på den punkten. Han byggde inga palats åt sig själv och han lät inga andra i partiled-

ningen eller administrationen göra det.

Min egen pappa betydde mycket. Han lärde mig respekt för andra människors integritet. Det var ett hårt slag för honom att tvingas lämna sin jord i Palestina.

– Vad tror du då om primärvården och dess framtid?

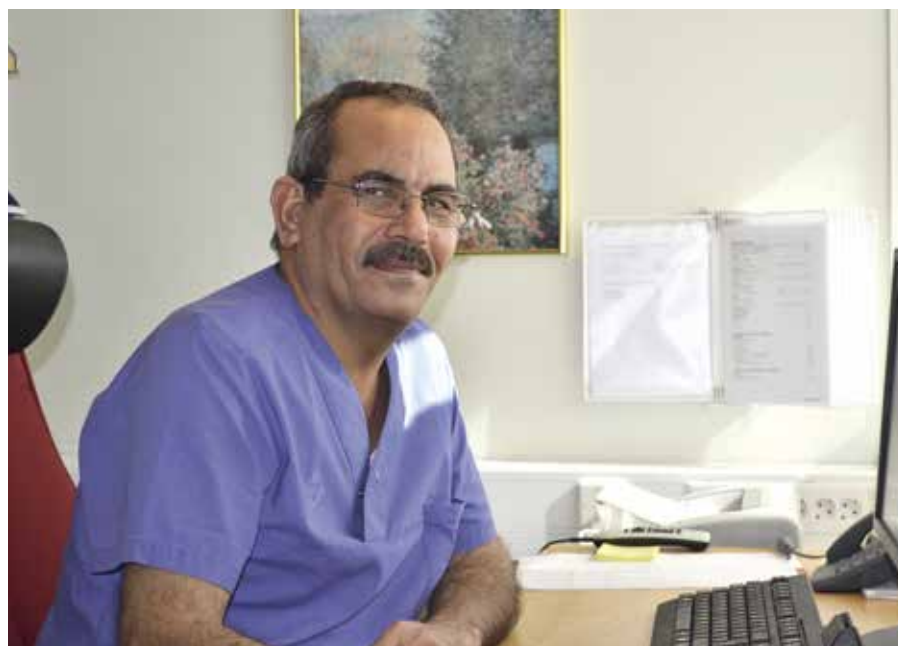
– För mig har primärvården alltid varit den enda nödvändiga vården och allmänläkaren den enda riktiga läkaren. Jag skulle knappast kunna tänka mig att vara någon annan slags läkare så som världen ser ut idag. Primärvården ger möjlighet att tillämpa billig, enkel teknologi med stora hälsoeffekter till skillnad från den högteknologiska specialistsjukvården som knappast ger några hälsoeffekter alls. Jämför billiga metoder för rehydrering med avancerad hjärtkirurgi exempelvis!

Genom god kännedom om patienter och riskfaktorer kan man med hjälp av lokala databaser upptäcka, kartlägga och erbjuda tidig behandling inom hjärt-kärlområdet, cancersjuklighet och andra kroniska sjukdomar.

– Och individmedicinen? Den personliga dimensionen?

– Den är avgörande. Vi ser många patienter av alla möjliga slag. Vi måste ge råd och sälla, skilja de allvarligt sjuka från människor med oro. Risken för iatrogenes är mycket mindre i primärvården än i specialistvården, men exempelvis förskrivningen av mediciner, inte minst antibiotika, är ett område där vi måste vara vaksamma. Här i Sverige tycker jag att ni har god kontroll av medicinförskrivningen, men spontant tycker jag att ni skriver ut alldeles för mycket statiner och omeprazol.

För att handla rätt i det individuella fallet måste man känna individen väl. Stora studier säger inte allt, hur välgjorda de än är. Jag har själv översatt en Cochraneöversikt från engelska till arabiska och håller dessa kunskapsöversikter högt, inte minst för att de kan ge argument mot överbehandling. Strikta metaanalyser



Den leende Fadel.

kan exempelvis slå sönder kommersiella intressen. Visst kan det uppstå problem när individmedicin möter EBM, men i grunden är de väl förenliga.

Ett annat problem är att enskilda människor och samhället i stort väntar sig alldeles för mycket av medicinen. Patienten vill att man ska göra något även om EBM inte ger några belägg för nytta av behandlingen. Och ibland är det motsatt så att patienten säger nej trots att det finns goda bevis för behandlingsnytta. Det är bland annat på detta område en seriös allmänläkare måste kunna tillämpa sin läkekonst som är förmågan att se skillnader och särskilja.

Den kliniska blicken är en realitet. Den grundar sig i stor utsträckning på tyst kunskap förvärvat genom praktisk erfarenhet och personkännedom. Magkänslan är viktig. Om jag träffar ett sjukt

barn vill jag absolut också träffa modern. Hennes grad av oro har stor betydelse för min bedömning. Är det något hos barnet som avviker från det normala? En del mödrar är oroliga för allt. Därför är det så viktigt att du känner mamman i förväg.

– Din uppfattning om svensk primärvård hittills?

– Jag har inte hunnit jobba självständigt som läkare ännu, bara som läkarassistent, men min uppfattning är att ni har en mycket bra situation, att ni exempelvis har en restriktiv förskrivningspolicy och att ni har god tid för varje patient. Ibland kanske lite väl lång tid. Ni svenskar är blyga och artiga och angelägna att få med allt. Jag uppskattar det när jag jämför med situationen i Damaskus med 40-60 patienter per dag. Då gällde i stort sett recept eller remittering. Ni kan göra

så mycket mer. Patienten kan få komma till tals med egna synpunkter och ni skulle också kunna arbeta mer med att identifiera högriskgrupper för exempelvis colorektal cancer utifrån familjehistorier.

Jag ser mycket fram emot att jobba i svensk primärvård, men det återstår en del för mig innan det kan bli verklighet.



Christer Petersson

Växjö

christer-p@telia.com

Vatten och läkemedel – två dagar i Uppsala

Under två späckade dagar presenterades aktuell kunskap om rening av vatten från läkemedel.

Under några år har en "klustergrupp" med representanter för olika "stakeholders" arbetat med frågan läkemedel i vatten. Seminariet utgjorde avslutningen på detta arbete. Man hoppades få sökt anslag för att genomföra ett projekt med livscykelperspektiv i Uppsala. I detta skulle ingå att titta på läkemedelsförskrivning och prevention.

Det tas ofta för givet att prevention ska minska läkemedelsförskrivningen. Men det är snarare tvärtom. En stor del av preventionen idag består just av förskrivning av läkemedel mot riskfaktorer eller för att förebygga komplikationer. Det är läkemedel som en stor del av befolkningen ska ta in under en stor del av

sitt liv. Vi lever längre, men på vår allt äldre höst behöver vi ännu fler läkemedel. Förbättrade levnadsvanor kan skjuta fram behovet av läkemedel, men ett längre liv minskar inte läkemedelskonsumtionen.



Ett annat hinder på vägen mot miljöanpassad läkemedelskonsumtion är reglerna för det generiska utbytessystemet, månadens vara, för receptbelagda läkeme-

del som köps på apotek. Enligt lagen får inga miljöhänsyn tas, det är enbart priset som gäller. Detta strider mot miljömålet Giftfri miljö.

Det fanns en insikt om att konsumtionen av läkemedel bör minska. Budskapet inte bara från industrin utan också från forskarsamhället går i motsatt riktning. Här måste vi titta mer på effekterna av läkemedelsbehandling, t.ex. number needed to treat (NNT), liksom på de negativa effekterna. Dåligt fungerande system som Pascal gör att ordinationer alltför sällan omprövas. Sjukvården är också dålig på att utvärdera och ta till sig värdet av icke-farmakologisk behandling.



Ingrid Eckerman

Läkare för Miljön

ingrid.eckerman@lakareformiljon.se

Water and pharmaceuticals – insights and perspectives for health and environment. Uppsala 12-13 april 2016. Huvudarrangör Svenskt Vatten.

Annons

Vem är jag om jag inte kan koka kaffe?

Sommaren 2004 opererade jag bort en hjärntumör, ett astrocytom grad 2. Efter operationen kvarstod minnesproblem och en ny trötthet som gjorde att vardagliga saker blev omöjliga att genomföra. Laga mat, läsa och handla blev alltför svårt.

Mina skador påminde om de som drabbat människor med stressade hjärnor, t.ex. vid utmattningsyndrom – ett syndrom som primärvårdsläkaren stöter på i relativt stor omfattning. Socialstyrelsen skriver i en rapport att den långa återhämtningsperioden för utmattningsyndrom kan bero på tillståndets natur och den ottydlighet som råder i rehabiliteringsansvar [1].

När ingen remissinstans tar emot din patient som är för trött för att leva – hur kan du som allmänläkare stötta och coacha din patient att ta de nödvändiga stegen tillbaka?

Fyra steg mot en piggare hjärna

Steg 1: Våga se problemen

Efter operationen trodde jag att allt var bra. Jag ansåg mig vara frisk från hjärnskador så det var bara att sätta igång att arbeta. Planen var att prova en enklare kurs för att testa mina kognitiva funktioner. Men det gick inte. Jag hade ingen aning om vad som sades vid föreläsningarna och ännu svårare att förstå textmaterialet. Jag insåg att mina funktioner inte var tillbaka och det gjorde mig skräckslagen. Det var första gången jag gick in i den osynliga väggen "hjärntrötthet".

Mina tänkta studier och arbete byttes mot hjärnskaderehabilitering. Under ett par veckor blev jag testad och pressades då till mitt yttersta. Jag grät och skrek på personalen var dag, frustrerad och förtvivlad över att min bästa vän – min hjärna – hade övergivit mig. Kognitivt förstod jag att jag hade problem men känslomässigt hade jag ännu inte accepterat min nya livssituation. För var dag skrek jag mig något närmare en acceptans.

Framförallt två saker fick mig att gå vidare till nästa steg:

- Jag tilläts vara arg, en känsla som döljer den oerhörda rädsla som ligger

i att behöva acceptera att ens hjärna inte längre är densamma.

- Jag blev pressad så att jag själv fick uppleva mina gränser. Utan att ha upplevt misslyckandena hade jag inte vågat inse den förändring som krävs.

Steg 2: Acceptera förändring

Jag blev antagen till ett specialiserat rehabiliteringsprogram för människor med kognitiva och känslomässiga svårigheter till följd av en förvärvad hjärnskada. Programmet beskrivs i en artikel i Brain Injury där jag är en av forskningspersonerna [2, 3]. Utredningen och rehabiliteringens första veckor var som att leva i ett rum av glas (figur 1).

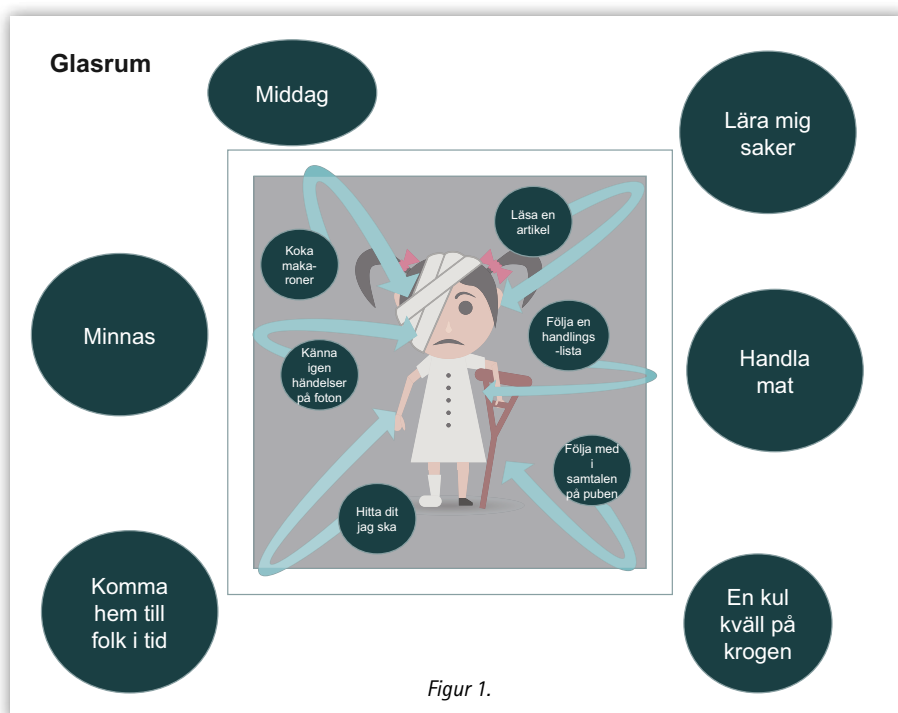
Jag fick en uppgift att koka makaroner och värma upp färdig sås. Efter att ha satt på fel platta och glömt såsen var det som att springa rakt in i en osynlig vägg. Samma sak hände när de bad mig att läsa en artikel och sedan diskutera den. I mitt sinne såg jag en intressant diskussion framför mig. I verkligheten kämpade jag med att läsa rad för rad. När jag blev klar med ett stycke hade jag glömt inledningen. Alla dessa misslyckanden gjorde fruktansvärt ont. Hela kroppen och själen var fylld av blåmärken. Jag var så van att

vara duktig och nu klarade jag ingenting. I besvikelsen klarade jag inte av att se nyanser eller små framsteg.

"Det här var första gången jag gick in i den osynliga väggen 'hjärntrötthet'".

Rehabiliteringsprogrammet baserades på en tolv veckor lång gruppverksamhet fördelat på två terminer. I gruppen kunde jag spegla mig i andra. Jag såg på mina patientkollegor, hur de liksom jag gjorde dumma saker, men jag såg också att de inte var dumma i huvudet. Genom gruppen fick jag möjlighet att skratta tillsammans med människor som förstod och som gick igenom samma trauma som jag. Genom humorn vågade jag skärskåda ytterligare sidor av mitt nya jag.

Flera studier visar att deltagande i grupp med andra patienter verkar positivt både på livskvalitet och på behandlingsresultat. Stödgrupper ökar patientens självbestämmande och leder till ökad delaktighet och ökad strävan efter kunskap



om sjukdomen samt förbättrar patientens förmåga att navigera sin sjukdom [4].

Vid slutet av den första terminen hade jag förlorat all tilltro till min förmåga. Jag hade accepterat att min hjärna var permanent skadad, att det var dags att ta farväl av den Ulrika som en gång fanns och att samtidigt hälsa den nya Ulrika välkommen.

När man når sann acceptans öppnar sig världen med alla dess möjligheter. Mitt första steg mot arbetslivet var en praktikplats där jag skulle koka morgonkaffe. Två timmar, fyra dagar i veckan. Till denna dag är denna praktik det i särklass modigaste jag någonsin har gjort. För vem är jag om jag inte kan koka kaffe?

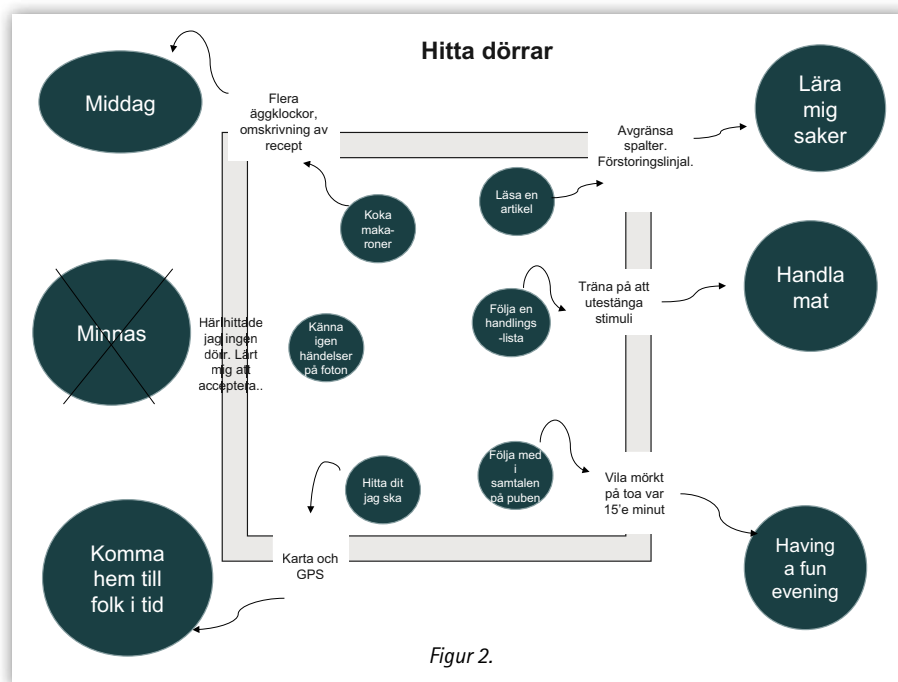
- Sann acceptans växer fram inifrån och kräver såväl tid som tålamod och mycket mod. Genom att visa att patienten inte står ensam utan att du som läkare följer och stöttar ökar chansen att personen ska våga gå hela vägen.
- Ibland kan man som patient vara rädd att nå framsteg för då kanske hjälpen försvinner. Konfirmera att stödet kommer att finnas där så länge patienten känner behov av det.
- Glöm alla jämförelser med livet innan tröttheten kom. Hitta en nystart och jämför med den.

"Hela kroppen och själen var fylld av blåmärken."

Steg 3: Hitta vägar ut

Kaffekokningen gick strålande. Den blev min vändpunkt. När jag kom tillbaka till rehabiliteringssjukhuset var jag mindre arg och rädd, mer redo att gå vidare med den verklighet som är, redo att lyssna på personalen. Jag provade deras förslag, modifierade dem till att passa mig och utvecklade egna idéer. Jag vågade riskera att misslyckas, för jag visste att jag kunde koka kaffe. Den akademiska forskningskarriären blev en vardagsforskning i att leva. En karriär nog så viktig och en forskning extremt krävande.

Om de första sex veckorna av ilska inte hade ägt rum skulle jag inte ha varit redo att acceptera mitt öde. Jag behövde de veckorna till att anpassa mig till min nya livssituation. Genom att acceptera att det



Figur 2.

fanns skador på min hjärna kunde sökandet efter lösningar börja. Var lösning jag fann gav ett något bättre självförtroende vilket i sin tur ledde till mer kreativa lösningar. En efter en lärde jag mig att hitta och öppna fönster och dörrar i min glasbur (figur 2).

Jag gick fortfarande in i den osynliga muren. Men ju mer framgång jag upplevde, desto mer vågade jag se var krasch som en utmaning att ytterligare förstå och hantera den nya mig.

Med kunskap, teknisk support, individuella rehabiliteringsplaner och strategier som planering och vila underlättas livet.

Utvärdering av grupprehabiliteringsmodellen visar att dagsplanering minskar trötthet och förvirring. Kontinuerlig övervakning av de individuella rehabiliteringsplanerna motverkade risken för en situation där den professionella bedömningen gavs företräde framför individens och där stegen är allmänna i stället för individuellt utformade. Det handlar om individuell egenmakt, där deltagarna lär sig strategier för att hantera och, trots sitt funktionshinder, återta makten över sina egna liv och livsval [2, 3].

Det fanns en samverkan där personalen gav mig lite information, till exempel "en sak i taget". Jag följde deras råd och letade efter tillfällen där jag blev lurad att göra flera saker samtidigt. Måttrecept innehåller ofta flera uppgifter i en mening. Jag skrev om recepten så att de blev enklare att följa. Jag började mäta och testa orken

och fick reda på exakt hur länge jag kunde hålla koncentrationen och hur mycket vila jag behövde i olika miljöer. Jag hade ett par olika minnesklockor och påminde mig själv strax innan jag skulle bli trött och gick då och satte mig i ett tyst mörkt rum för att vila huvudet förebyggande. Jag satt på golvet i ett badrum på puben i en minut och sedan kunde jag återgå till de andra.

"Till denna dag är denna praktik det i särklass modigaste jag någonsin har gjort."

Rehabiliteringspersonalen berättade om vikten av struktur. Så jag gjorde ett dagligt schema där jag gick upp samma tid varje dag året runt. Jag hade väckarklockor för att äta och vila på rätt tid. Genom att jag visste att klockorna larmade kunde jag släppa den delen, och jag sparade energi.

Tillsammans med min arbetsterapeut letade vi efter energitjuvar. Att ha en för liten kalender på väggen eller ställa saker bakom varandra i ett skåp är exempel på små energitjuvar som inte betyder något för den friska hjärnan, men som kan betyda allt för en trött hjärna. Exempelvis

kastade jag ut mat som inte fick plats på första raden i skafferiet.

- Leta energitjuvar. Be patienten definiera dem och försök finna lösningar.
- Dagsschema och veckoschema med max 1-2 saker/dag. Glöm ej att räkna dammsugning, tvätt, matlagning.
- Vila förebyggande! När man hunnit bli trött är det försent, då tar återhämtningen mycket längre tid.

Steg 4: En resa för livet

Några år efter operationen 2004 återgick jag i arbete. Jag hade lärt mig att hitta och öppna glasdörrar. Men hur kunde jag veta att det inte fanns en dörr kvar någonstans? Var gång jag provade att göra något nytt fanns risken att det inte skulle gå. Under många års tid gick jag ofta in i väggen. Eftersom jag inte hade så stora reserver föll jag fort.

Jag utvecklade strategier som jag fortfarande har nytta av. De viktigaste hjälpmedlen när jag blir överhettad i huvudet är minnesklocka, dagsschema och bortsortering av aktiviteter. Jag har lärt mig att använda hjälpmedlen även när jag är pigg, att vila förebyggande, att hålla en tydlig dagsstruktur samt att bryta ner saker och information i mindre delar.

2014 fick jag en dopaminagonist utskriven, pramipexol, på grund av debuterande parkinsonism. Den hjälpte ytterligare mot hjärntröttheten. Ingen vet varför eller hur många hjärntrötta som skulle kunna bli hjälpta av denna medicin. Nya studier som genomförts av en forskargrupp i Göteborg med nobelpristagaren Arvid Carlsson i spetsen visar hur en dopaminstabiliserande molekyl verkar för att hjälpa människor i allmänhet med trötthet. En studie av deras molekyl OSU6162 visar hur den binder företrädesvis till en subpopulation av D2/D3-receptorer, möjligen övervägande extrasynaptiskt, och detta kan ligga till grund för de dopaminstabiliserande egenskaperna hos OSU6162 [4].



Ulrika Sandén, patient's voice på Wonca Europe 2016.

Foto: Kasper Tveden

- Snabba insatser där jag har fått träffa min arbetsterapeut omedelbart efter att jag tagit kontakt fick mig att studsa tillbaka innan jag fallit så djupt. På vårdcentralen kan kanske någon annan kontaktperson möta upp i ett tidigt skede.
- Huvudtesen framför andra är "en sak i taget".
- Kanske kan ni testa dopaminagonist i svårare fall?

Kombinationen av individualiserad vård och grupprogram med långtidsuppföljning har lett till att jag har gått från heltidssjukskrivning och hjärnskaderehabilitering till arbete som doktorand i ett cancerforskningsprojekt vid Lunds tekniska högskola, Proaktiv cancervård. 2015 fick jag tillsammans med mina handledare Hans Thulesius och Lars Harrysson pris för bästa artikel i sociologisk

forskning för en studie om Nuets förnöjsamhet [5], och 2016 stod jag framför 3 000 allmänläkare och agerade *patient's voice* på Wonca Europe.

Engagemang och hårt arbete, men också professionalism och långsiktighet inom hälso- och sjukvården, är faktorer som har gjort mig till en framgångssaga trots hål i huvudet.



Ulrika Sandén

Doktorand Innovationsteknik, LTH
Institutionen för Designvetenskaper,
Lunds universitet
ulrika.sanden@design.lth.se

Referenser

1. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen 2003:123-18.
2. Ohlsson K, Alkhed AK. Betydelsen av grupprehabilitering för personer med förvärvad hjärnskada. Rapport. Region Skånes universitetssjukhus, april 2010.
3. Lexell EM, Ohlsson K, Alkhed AK. The group rehabilitation helped me adjust to a new life: Experiences shared by persons with an acquired brain injury. *Brain Injury* 2013;27(5):529-37.
4. Weis J. Support groups for cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2003Dec;11(12):763-8.
5. Tolboom N, Berendse HW, Leysen JE, et al. The Dopamine Stabilizer (-)-OSU6162 Occupies a Subpopulation of Striatal Dopamine D2/D3 Receptors: An (11C)Raclopride PET Study in Healthy Human Subjects. *Neuropsychopharmacology* 2015 Jan;40(2):472-9.
6. Sandén, U. ...och jag vill leva. Stockholm 2006. Prisma/Norstedts förlag.
7. Sandén U, Thulesius H, Harrysson L. Nuets förnöjsamhet – en grundad teori om livsval och överlevnadsstrategier. *Sociologisk forskning* 2015;52;3:235–56.

Ulrika Sandén var en av inledningstalarna på Wonca – Europe 2016. Hon berättade då om sina erfarenheter av sjukdom och sjukvård. I boken "...och jag vill leva" har hon berättat om sitt liv efter operationen av hjärntumören 2004 (Nordstedts, ISBN 978-91-1-306609-7).

Senare har hon tillbringat fyra år i Nordnorge. Detta blev grunden för hennes mastersuppsats "Nuets förnöjsamhet – en grundad teori med utgångspunkt i nordnorskt vardagsliv" (Lunds universitet, 2014).



En fråga av vikt

Jag har funderingar på att viktnpassa mig till mina kläder eller, som man sa förr, banta. Frågan är bara hur. Bär du på samma tankar, så häng på! Motsatsen, den att gå upp i vikt, har inte alls varit något problem, så det tänker jag inte beröra.

Det finns ett egenintresse i detta, det medges. Det är inte bara hustrun och barnen och inte ens bara barnbarnen, som menar att jag är lite "tung" ... Vilmer, 4 år, säger rakt på sak: "morfar vilken stor mage du har". That hurts!

Näe, jag känner mig lite klumpig oavsett vad andra har för kommenterar. Det är inte kul, eller hur? Det skumpar och dallrar när man är ute och joggar och T-shirten glipar när man sitter i soffan. Ja, ni vet... Sedan finns ju en pekuniär och snål del i detta projekt. Jag vill inte köpa nya kläder när jag har välfungerande i garderoben. Förvisso inte helt moderna, men det blir dom säkert vad det lider.

Det är inget nytt för mig, att banta alltså. Jo, jo jag är en sån där som går upp och ibland ner i vikt alltsedan 30-årsåldern. Jag skulle kunna utnämna mig själv till bantningsexpert, nåväl självlärd, men erfarenhet skall inte föraktas.

Visst kan man bli förvirrad av alla de olika metoder att gå ner i vikt som bjuds på i tabloider och bloggar och på sociala medier, men lugn, jag ska med van hand guida dig och berätta om hur jag har gjort.

Kutametoden

Den går ut på att kuta och springa så att man gör av med extra kalorier under dagen. Det funkar inte så bra. Dels får man mer

muskler och går upp vikt, eftersom fettvalken volymmässigt väger mindre än dina nya springmuskler. Sen tar det tid att springa av sig, man blir inte av med så många kalorier som man önskar och dessa blir lätt uppätta när man kommit hem. Fördelen är att man får bättre kondition och mår bättre på många sätt, både på kort och lång sikt, men det hör inte hit just nu.

Det inte är kul att bli ännu tjockare och därför "håller man igen och på sig" när vågen väger över till "övertjock"-vikten. Det har varit min räddning från att sannolikt ha hamnat i viktclass 150 eller däröver. Kutametoden är den metod jag har hållit fast vid under alla år medan jag har provat andra metoder allteftersom de poppar upp på poppislistan.

"Jag skulle kunna utnämna mig själv till bantningsexpert, nåväl självlärd, men erfarenhet skall inte föraktas."

Svältmetoden

Första gången viktakilona var en fråga av vikt för mig var i 35-årsåldern. Då var svältmetoden "inne". Det var bra att fasta och få gifterna ut ur kroppen sa man på den tiden. Bra, snabbt och enkelt. Ät inget!

Rent teoretiskt gör man av med 75 kcal genom att göra ingenting. Ligga och pösa hemma i kökssoffan, den enklaste formen av rodelträning. Se på när barn och hustru ränner runt och städar och fixar middagen kunde ha varit ett alternativ men var för utmanande mot kvinnan i mitt liv, så jag sprang dessutom. Det ser bättre ut och känns bättre när man anstränger sig för att gå ner i vikt. Det var en förstärkt svältmetod.

I de åren gick det att tappa kilona fort, men så är det inte sådär 35 år senare. Då hände det sig att på 11 dagar så var 9 kilo borta. Något frustrerat var dessa kilon strax uppätta genom den goda mat som bjöds.

Jag vet inte om jag uppfann metoden att "deffa sig", men att "springa och inte äta alls" måste vara det ultimata sättet. Efter fasta och med de första kalorierna inmundigade, efter 11 dagars fasta, sprang jag så fort att överkroppen inte hann med underkroppen. Jag kom i mål strax före mig själv. Det var en obehaglig känsla samtidigt som jag fann att jag slagit alla tiders egna rekord i terrängbanan. Detta har jag i mer blygsamma former försökt på äldre dar – does not work.

Lågkalorimetoden

Det är en lightversion av svältmetoden. Man äter lite mindre mängd mat och får i sig något färre kalorier varje dag. För ett par decennier sedan var detta den vanligaste bantningsmetoden. Sen finns det varianter på lågkalorikost som att äta endast frukt eller annan mat med få kalorier.

Denna metod har jag försökt att leva upp till under alla år, det vill säga "att hålla igen", som det heter. Problemet är att



Foto från 1981.

det finns alldeles för många härliga tillfällen då man bara måste äta och äta lite till. Ju äldre du blir desto fler tillfällen har du att celebrera, det är barn, svärbarn, barnbarn och svärbarnens föräldrar och dina arbetskamrater och något bröllop här och var. Metoden håller inte måttet eller om det är jag själv kanske...

Betala för en och ät för en halv

Det är en intressant metod. Man lägger upp det man vill och är van att äta (tyvärr) och sedan äter man bara upp hälften och resten blir kvar på faten.

Denna metod kräver en sådan självdisciplin att det inte kan fungera för andra än dem som ändå aldrig är/blir tjocka. Sådan karaktär har dessa omänskliga människor. Jag har en kompis som prövade metoden, men han håller nu på med en annan metod istället.

GI-metoden

GI-metoden går ut på att äta mat med lågt GI-värde. Denna typ av mat gör att energin fördelas över en längre tid och man behöver inte äta lika mycket för att känna sig mätt.

Så säger uppslagsverket. Det gäller att räkna och dividera och ha huvudet kallt och maten varm och ibland kall. Jag tyckte det var jobbigt att hålla koll på om moroten var kokt eller rå. Det tycktes spränga alla tjockisgränser om man åt lite kokta morötter eller om det nu var en rå morot...

Atkinsdieten

Denna diet går ut på att undvika kolhydrater. Kroppen tvingas att ställa in sig på att förbränna fett.

Kritik mot Atkins-metoden är att kroppen ställer in sig på svält och när man väl börjar äta kolhydrater igen kommer dessa att lagras som fett. Självaste Atkin och även hans metod har passerat bäst före datum.

"Jag är nog inte så tjock ändå, om man ska förlita sig på min mångåriga erfarenhet och historia."

LCHF-metoden

LCHF (Low Carb and High Fat) är en nära släkting till Atkinsmetoden och innebär en rejäl begränsning av kolhydratsintaget och en viss ökning av intaget av fett och protein eller cirka 5 % kolhydrater, 65-70 % fett och 25-30 % protein. En sådan kost rekommenderade inte Livsmedelsverket tidigare men nu gör man det kanske lite grann eller möjligen utifall eller att det inte är helt fel i alla fall. ADA, American Diabetes Association, tycker att man ska vara djärvare och menar att kosten är ett bra alternativ för typ 2 diabetiker som vill gå ner i vikt.

Jag provade LCHF en vår och gick ner i vikt, men min brödlängtan var stark och vikten sköt i höjden. Sen är det väldigt mycket kött i denna diet och moder jord är inte lämpad i längden för ett sådant kosthåll, i alla fall inte om den består av idisslande nöt- och fårvarer.

Ett tag tänkte jag att man skulle kunna kombinera en kost



Morfar Bertil.

med mycket av både fett och protein samt kolhydrater och få smak på allt det goda samtidigt. Det funkade inte alls, vilket vetenskapen i och för sig redan har visat och jag med...

IKMFT

Det är en nygammal metod som jag fick nys om häromdagen. Ingen KvällsMacka Framför Tv:n alltså! Kan det vara enkla-re (eller svårare?!). Klart som korvspa' att mackan "förfettar sig" medan man sitter där och myser framför sportspegeln, omärkligt och dessutom helt obegripligt när det ändå är sport man tittar på.

Lås på kylskåpet-metoden

Kan vara värt ett försök för nattätaren, men då ska man ha bitt anhörig att gömma nyckeln, för vi är smarta vi som vill ha mera kalorier.

Hålla sig Itrim eller Svetas Friskt eller Vakta Vikten och alla andra

Det är metoder för alla som vill betala extra pengar för ett tappat kilo. Man går till ett motionsställe, som bara finns i lite större städer, och får tillgång till en massa maskiner som man ska dra i eller skutta på.

Där säljs också speciella pulverdieter som man måste ta i viss ordning. Tacka sjutton för att man går ner i vikt om man följer uppmaningarna, men det är ungefär som Lågkalorimetoden fast som en dyr pulverpåse istället.

Kör man både skutt- och hoppmetoden samt lite pulver blir det som att kombinera Lågkalori + Kutametoden. Man betalar olika belopp beroende på hur stadd man är i kassa. Studenter får det billigare eftersom de anses som fattiga och märkligt nog gör pensionärer det också.

Bu och hurraropsmetoden

Den tyckte jag var kul... ett tag. Ett dyrt program inköptes och stoppades in i datorn. Sen fick man tala om vad man hette och vägde (shit också), längd och ålder samt hur fort man ville rasa i vikt. Måttfullhet gällde, annars sa programmet till att det var för snabba ryck. Så fick man förslag på hur många kalorier som gällde per dag i typ 12 veckor eller mer. Sedan matade man in vad man ätit och hur mycket per dag samt vad man druckit

förstås och till sist om man motionerat (för då drog programmet av lite kalorier motsvarande din träningsinsats).

Applådasöror dånade från datorn om du hade hållit dig till rätt kaloriförbrukning (och varit ärlig i din inmatning av föda under dagen), men om du påtagligt överskridit ditt energiintag så blev det burop. Roligt för en tabell- och tävlingsinriktad person. Du rävar med dig själv och kan både vinna och förlora.

5:2 metoden

Nu ni, nu har man hittat den perfekta metoden. Ät i fem dar och svält i två. Klart att man går miste om sisådär 30 % av den goda maten, men flera av oss kan tydligen låta bli att äta upp oss motsvarande de kalorier vi just har svultit ifrån.

1:21 metoden

Denna metod prövar jag nu som en sista utväg, dvs. äta en dag och fasta i tre veckor. Ja, jag kan lika gärna medge att det gick snett ganska snart. Metoden har mer blivit 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8...:21, alltså att jag på ett märkligt sätt hamnar vid middagsbordet gång på gång och det utan min medverkan!! Jag begriper inte. Min hustru tror att jag är hungrig och det är möjligt att hon har lite rätt.

1:1-metoden

Kanske den bästa metoden och i alla fall den metod som de allra flesta äter efter i Sverige, devis "ät lagom jämnt och stän-

digt". Tryck inte i dig mer än det du egentligen vet är lagom. As simple as that!!

Nå, det finns säkert många fler metoder, men ingen är bra förutom måttfullhet och det är själva kruxet. Olika metoder för att gå ner i vikt passar nog för olika människor, var och en efter sin fason, så att säga.

Jag har tittat på gamla foton på mig själv. Jag har i mitt vuxna liv upplevt mig som lite för tung, mullig, överviktig på något sätt. Men när jag ser bilderna upptäcker jag, för att säga det rent ut, att jag inte alls har varit tjock utan snarare smärt och muskulös, i alla fall lite grann...

Det lugnar min viktångest påtagligt. Visserligen menar lille sanningssägaren Vilmer att morfar är tjock och min hustru är inte sen att hetsa barnbarnet i detta. Själv upplever jag mig också lite tjock men håller det för mig själv. Jag är nog inte så tjock ändå, om man ska förlita sig på min mångåriga erfarenhet och historia. Det kan te sig som om jag är lite "kraftig", men ett foto ljuger inte, inte förr i alla fall. Så man kan nog ta sig en macka till sporten på TV ikväll...

Bertil Hagström

Viktmästare

Horred

hagstrom.berdil@gmail.com



Så kan narrativ medicin utveckla vården

RITA CHARON

Professor Columbia University Medical Center, New York, USA

KONFERENS
STOCKHOLM
24 NOVEMBER

WORKSHOP
KUNGÄLVS SJUKHUS
25-26 NOVEMBER

Anmäl dig på www.narrativmedicin.se

Genomgången workshop uppfyller kraven för del av delmål a1, a2 och b1 enligt läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2015:8

sfmi SVENSK FÖRENING FÖR
MEDICINSK INFORMATIK

 Svenska
Läkaresällskapet

 COLUMBIA UNIVERSITY
Medical Center - Program in Narrative Medicine

 VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
KUNGÄLVS SJUKHUS

 Sjukhuskyrkan
KUNGÄLVS SJUKHUS

 GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR KULTUR & HÄLSA

Bättre vård för pengarna

För några år sedan var ersättningarna en het fråga. Den 8 september 2016 uppdaterade Dagens Medicin läget. Här är några axplock.

I Stockholm används alla ersättningsmodeller

Georg Engel är onkolog som arbetat med ersättningsmodeller i Stockholms läns landsting. Sverige är ett enda stort experiment när det gäller ersättningar. Samtidigt är ersättningen endast en mindre del av styrningen.

Trenden är minskad andel prestation och ökning av kapitering, episodersättningar och olika fasta ersättningar. Värdebaserad ersättning kräver att man är överens om vad värdet är. Värdebaserad *uppföljning* bör vi utveckla betydligt mer. Viktigt är ett enhetligt system – inte att varje finansiär ska uppfinna sitt eget.

Styrning bör ske genom Simon Sineks modell "Start with why". När man tänkt Varför? går man vidare med Hur? och Vad?

En mångfald av ersättningsmodeller underlättar nya arbetsätt och e-hälsolösningar. Dagens system måste anpassas till t.ex. videobesök.

Att styra vården utan pengar

Göran Henriks är chef för Kulturmiljö och utvecklingsdirektör i Region Jönköpings län. Den enstaka procent av verksamheten som går med underskott brukar få stor uppmärksamhet. Vi



Georg Engel, onkolog.

glömmer att titta på den stora mängden pengar – det är kanske där vi kan hitta "skräpet". Ett fokus på det vi *inte* har råd med kväver innovationslustan.

Vi behöver tänka förändring i små steg och i moduler – t.ex. hur stöttar vi 90+? Patienten ska vara utgångspunkt och medskapare. Organisationerna behöver utveckla samberoende i stället för oberoende. Value network model, samverkande nätverk, behövs för effektiv vård av t.ex. cancerpatienter.

Kapitering för personcentrerad samordnad vård

Jacque White arbetar på Clinical Policy and Strategy unit, NHS England. Hon citerade William Osler: "The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease".

En kroniskt sjuk interagerar med sjukvården i genomsnitt fyra timmar per år. Tjänsterna vi erbjuder bör baseras på skörhet snarare än ålder. Ju fler sjukdomar en patient har, desto lägre är livskvaliteten. Evidensen ökar om skadlig överbehandling. Ensamhet är en riskfaktor för dödlighet hos 75+.

På NHS diskuterar man en kapiteringsbudget som ska täcka nästan hela kostnaden för en viss cohort. Däri ingår kommunal service, psykiatri, rehabilitering, folkhälsoarbete, primärvård, palliativ vård m.m.

En enda besöksersättning

I Stockholms läns landsting såg man att tidigare ersättningsmodell, baserad på hög ersättning för läkarbesök, inneburit hinder för utvecklingen. Uppföljningen handlade om siffror och ingen dialog förekom.

Sedan årsskiftet driver man projektet Kroninnovation på några vårdcentraler. Där testas att ge samma besöksersättning oavsett vilken personalkategori som behandlar patienten. Det har blivit möjligt att testa – och förkasta – olika arbetssätt. Verksamheten kan anpassas till patienternas och befolkningens behov. Modellen har minskat stressen för personalen.



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Något Måste Göras!

På Läkarsällskapets tisdagssammankomst den 17 maj 2016 var temat "Kontinuitet och primärvård – dags för ett svenskt fastlegesystem?". Medverkande var Göran Stiernstedt, Ove Andersson från Distriktsläkarförbundet och Jonas Sjöögren för En Värdefull Vård (EVV), Svenska Läkaresällskapet.

En viss oenighet i detaljerna fanns mellan debattörerna liksom mellan åhörarna, men i de stora dragen var man överens: Det behövs en ökad nationell styrning, listning på doktorn är bra för kontinuiteten – och Något Måste Göras!

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Jonas Sjöögren, Ove Andersson, Göran Stiernstedt och moderatören Karl Sallin.
Foto: Ingrid Eckerman

Annons

Almedalen 2016: Fokus på primärvårdsfrågor

I början av juli förvandlas Visby från en mysig semesterstad till en kongress av jätteformat. I varenda vår finns tält uppsatta. Alla tillgängliga lokaler och utrymmen har späckat program med föreläsningar, seminarier, debatter, tal, work-shops och rundabordssamtal inom vitt skilda områden och branscher. Inom området vård och omsorg fanns i år 400 programpunkter att välja mellan. I vår bransch var majoriteten av intresseorganisationer och fackförbund representerade – förutom SFAM många andra specialitetsföreningar, Läkarförbundet med delföreningar inklusive Distriktsläkarföreningen, Läkartidningen, Dagens Medicin, Läkarsällskapet, SKL, de privata vårdföretagarna, patientföreningar, läkemedelsföretag, enskilda regioner och landsting m.fl.

Satsning på primärvård

I år handlade mycket om framtidens vård, ofta med fokus på primärvård utifrån Göran Stiernstedts rapport "Effektiv vård". SFAM och Läkartidningen arrangerade seminariet "Regeringen föreslår satsning på primärvård – men sen då?" Ulrika Elmroth, vice ordförande i SFAM, diskuterade tillsammans med företrädare

från DLF, SYLF, Läkarsällskapet, SKL och regeringens socialutskott. Panelen var överens om att primärvården skall utgöra basen i svensk sjukvård och att den behöver byggas ut utifrån patientens behov. Svårigheten är hur målet skall nås då de stora hindren är dels för få specialister i allmänmedicin, dels ett dåligt avgränsat uppdrag. Panelen hade konkreta förslag på områden som måste prioriteras om uppdraget skall lyckas. Det digitala stödet och informationsöverföringen måste utvecklas och förbättras och kompetensförsörjningen måste prioriteras. Ledarskapet och kontinuiteten måste utvecklas. Från nationellt håll poängterade man en långsiktig planering och breda överenskommelser.

Framtidens vårdfrågor

Digitaliseringen av vården var ett stort ämne. Många diskussioner fördes runt det framtida behovet av och möjligheterna till digitalt stöd inom vården. Att kunna träffa sin läkare virtuellt sågs som självklart och positivt ur ett patientperspektiv. För läkarna är tidsbesparingen kanske mer marginell.

Hälsoappar och kroppsnära teknik har utvecklats explosionsartat de senaste

åren. Redan nu finns mer än hundra tusen appar på den globala marknaden. En del kan underlätta medicinska beslut utifrån registrerade data. Inom vissa områden finns vinster att göra, t.ex. inom ögonsjukvården, vilket diskuterades på seminariet "Appar som stöd för patienten – hur kommer det in i vården?"

Men är det bara av godo? Det finns flera etiska ställningstagande att fundera över. Vem har äganderätten till datan – användaren eller apptillverkaren? Vem kan få tillgång till datan? Kan man lita på värdena – hur sker validering och hur är det med sekretess? Med invasiva metoder finns möjligheter att registrera kroppsliga kemiska substansers förändringar – men mår vi bättre av att veta det eller kan det rentav vara skadligt för vårt välbefinnande? Detta diskuterades livligt under ett seminarium med rubriken "Hälsoappen – boja eller genväg till lycka? Etiska aspekter på egenmätningar genom kroppsnära teknik." Medverkande var bl.a. Åsa Kadowaki, psykiatriker och Hannes Sjöblad som kallade sig "biohacker".

En annan vårdfråga som belystes var personcentrerad vård. Flera sjukhus och omsorgsmiljöer i landet har börjat



Kollegan Britt Bergström och författaren med sina cyklar utanför Läkartidningens tält. Foto: Mats Bergh



Diskussioner i Läkartidningens tält mellan seminarierna. Från vänster: Gabriel Wikström, folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister, Ove Andersson, ordf DLF, Heidi Stensmyren, ordf Sveriges Läkarförbund, Marit Hermansen, president Den norske legeforening. Foto: Camilla Sandin Bergh

utveckla metoder för att fokusera på den enskilde patientens behov. De arbetar aktivt för att få fungerade flöden mellan olika behandlande. Som allmänläkare känns inte detta nytt – vår specialitet är uppbyggd med den enskilda patienten i fokus.

Intryck och avtryck

Vad blir mitt samlade intryck av årets Almedalsvecka? Kommer den att ge bestående avtryck?

Ur ett allmänläkarperspektiv känns det hoppfullt med enighet bland beslutsfattare och företrädare för professionen om att satsa på en utbyggd primärvård som bas för svensk sjukvård. Men vem tar besluten och banar vägen?

Rejåla satsningar behöver göras för skapa och bibehålla en bra arbetsmiljö för allmänläkare så att vi orkar och vill stanna kvar. De som lämnat måste vilja komma tillbaka, och vi måste bli fler för att klara det växande uppdraget. Större fokus behöver läggas på att skapa och bibehålla goda arbets- och utbildningsmiljöer av hög säkerställd kvalitet med tid för handledning, fortbildning och reflektion. Vi behöver också människor i ledande funktioner som har förmåga att se komplexiteten och utifrån det fatta kloka beslut.

Almedalsveckan är en unik mötesplats där aktuella ämnen debatteras högt och lågt av politiker, sakkunniga, fackliga företrädare m.fl. på nationellt och regionalt plan. Det är viktigt att vi allmänläkare med vår unika kompetens är synliga i debatten och deltar i frågor som handlar om sjukvårdens utformning och vår professions framtid.

Jag vill varmt rekommendera fler kollegor att delta nästa år.



Camilla Sandin Bergh

Studierektor ST

Närhälsan Eriksberg VC

Studierektorsenheten Primärvård Göteborg/

KursDoktorn

camilla.sandin-bergh@vgregion.se



I seminariet "Alla talar om snabbspår för nyanlända – men vad menar de?" diskuterades validering av utländsk utbildning, språkinläring och integration av utlandsutbildade läkare i det svenska samhället. Från vänster: Henrik Sjövall, professor, ansvarig för kompletteringsutbildningar, Helena Lindholm, prorektor, professor i freds- och konflikthantering, Pernilla Hultberg, ansvarig för kompletteringsutbildningar, alla tre Göteborgs universitet, och Eva Karklins, arbetsförmedlare, Arbetsförmedlingen.

Foto: Camilla Sandin Bergh



"Hur får vi en bra kvalitet på läkarnas specialistutbildning?" Arrangör Lipus AB. Från vänster: Pia Lundbom, förvaltningschef, Skånevård Kryh, Calle Waller, Prostatacancerförbundet, Gösta Eliasson, Spur-samordnare SFAM, Lipus AB, Emma Spak, ordf SYLF, Kristina Wikner, enhetschef, Socialstyrelsen, Pär Gunnarsson, Läkartidningen, Anna Nyzell, vd Lipus AB.

Foto: Camilla Sandin Bergh



"Hur möter och mäter vi framtidens patienter?" Göran Stiernstedt, senior advisor och Dagny Carlsson, 104-årig bloggare.

Foto: Camilla Sandin Bergh

Den nödvändiga allmänläkaren

Vi lever i en tid och ett samhälle präglad av experter och specialistränkande. Spontant blir det allt svårare att se generalistens roll i ett sådant sammanhang. Finns det exempelvis en plats för allmänläkaren i framtiden?

Kollegan Fadel från Syrien (intervju sid 36) känner ingen tvekan. Tvärtom menar han att allmänläkaren är den enda riktiga läkaren i vår tid. Han grundar sin uppfattning på egna erfarenheter av hur primärvårdens billiga, patientnära metoder kan ge stora hälsoeffekter i fattiga länder. Lättillgänglig teknologi i samspel med allmänläkarens möjligheter att tillämpa ett individ och personperspektiv är Fadels recept för framtidens medicin. I princip är hans modell aktuell också för Sverige och andra rika länder.

Medicinska specialister kan inte lösa världens hälsoproblem. Det kan inte allmänläkare eller primärvård heller eftersom hälsa i hög grad sammanhänger med faktorer utanför sjukvårdens räckvidd. Men sammantaget väger primärvårdens insatser tungt.

Otillgängliga specialister?

Frågan om specialistränkandet i vår tid begränsar sig ingalunda till det medicinska området. Det är aktuellt över hela kunskapsfältet. Massmedia serverar hundratals expertutlåtanden dagligen.

I en essä med titeln "Utflykt till det lyckliga fåtalets öar" visar den amerikanska författaren Siri Hustvedt hur den kritiskt tänkande lekmannen kan ta sig in på områden där endast fåtalet specialister normalt får tillträde [1]. Hon ger exempel på experternas svårtuggade språk och hur långt det ligger från normalt vardagsspråk. Oförståelse och förvirring kan bli lekmannens lott vid besök hos "det lyckliga fåtalet". Men Hustvedt ger sig inte. Med hjälp av enträget arbete och klart tänkande lirkar hon sig in på en rad områden, inte minst inom neurobiologin, som berör stora frågor om medvetandets, tänkandets och det mänskliga psykets natur och den medicinska vetenskapens sätt att hantera diagnoser och frågan om sjukt och friskt.

Hustvedt går långt in på de svårtillgängliga vetenskapliga öarna, men som "icke-specialist" kan hon också dra sig tillbaka och syna kunskapsutveckling och specialister på avstånd. Hon konstaterar att antalet vetenskapliga uppsatser växer exponentiellt medan kunskapen växer långsamt. Förståelsen snarast minskar eftersom världen är ett interagerande system där allt hänger samman. Hustvedt tycks mena att världen som helhet inte kan förstås genom specialisternas djupborrande. Någon måste kunna foga samman kunskapsfragmenten. Som essäist och skönlitterär författare är hon på jakt efter förståelse och mening.

Jag uppfattar hennes eget skrivande som ett försök att plocka samman nödvändiga kunskapsfragment för att skapa gemensam, bärande kunskap om jaget och människan i världen.

Fenomenologi och psykoanalys är viktiga element i hennes syntesarbete.

I en tidigare bok, *Den skakande kvinnan* [2], går hon på djupet i den vetenskapliga litteraturen och sin egen livshistoria för att försöka förstå sin egen svåra tremor, som plötsligt och obegripligt dyker upp i en specifik situation och som innebär ett ganska svårt handikapp. Vardagssituationer som tidigare var självklara blir plötsligt till höga berg att bestiga.

Författaren som detektiv och allmänläkare

När jag läste den boken för flera år sedan tänkte jag att hon gick tillväga som en skicklig generalist. Hon blev sin egen allmänläkare i försöken att förstå det svårbegripliga. Och hon lyckades bättre än någon av alla de specialister hon mötte på vägen. De gav henne pusselbitar – som ibland var av värde, ibland inte – men hon lade själv pusslet utifrån egna erfarenheter och en livskunskap som i bästa fall kunde binda samman specialisternas kunskapsöar med varandra. Hennes ihärdiga arbete resulterade i att hon successivt blev symtomfri. En solskenshistoria? Ja delvis, men framgången kom först efter år av ihärdigt arbete.

Hustvedt genomförde ett detektivarbete med hjälp av många olika kunskapsformer och sin egen livserfarenhet. Det var detta som fick mig att tänka på allmänläkarens arbetssätt: konsten att hantera kunskapsfragment ur många (inte alla!) djupborrade specialistbrunnar, försöka förstå och binda samman dessa fragment till begriplig kunskap tillsammans med patienten i konsultationsrummet.

För att inte fastna i abstrakta faktabrunnar och schablonhandlingar är det personliga perspektivet helt nödvändigt. Endast då är den individuella bedömning möjlig som motverkar medikalisering och oändliga utredningar, och som gynnar hälsan på sikt.

En kritisk, nyfiken hållning i kombination med empatisk fantasi och ett brett medicinskt kunnande kan ge allmänläkaren rollen som "den enda riktiga läkaren" med Fadels ord. I hans värld finns ingen motsättning mellan evidensbaserad kunskap på gruppnivå och kunskap om den enskilda individen. Jag tycker det är ganska lätt att ta till sig det budskapet.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Referenser

1. Hustvedt S. Utflykt till det lyckliga fåtalets öar. I: Hustvedt S. Leva, tänka, titta. Stockholm: Norstedt 2016. S. 149-168.
2. Hustvedt S. Den skakande kvinnan eller En historia om mina nerver. Pocketutg. Stockholm: Norstedt, 2011



ASK ger lust och energi

Lena och Gunilla berättar

Hösten 2014 hölls ett ASK-seminarium som ledde till att Lena Agnebjör och jag, Gunilla Byström, kom överens om att bilda ett ASK-par. Efter sju månader var praktikdagen genomförd och vi kunde sammanfatta erfarenheterna.

Nu vill vi berätta hur det gick. Vi gör det genom att samtala med varandra.

Lenas berättelse

Lena Agnebjör, du är specialist i allmänmedicin och arbetar på Prima familjeläkarmottagning, Västerås. Du har arbetat som specialist i 21 år och gjorde specialistexamen i allmänmedicin 1996.

Varför ville du göra ASK?

Jag har länge känt ett behov av att varudeklarerat min kompetens och samtidigt få ett avstamp för fortsatt professionell utveckling. Att granskas av en erfaren kollega men kanske också ett behov av att bli sedd. Eftersom jag har börjat lite som kompetensvärderare inom SFAM kändes det också viktigt att låta sig värderas för att med gott samvete värdera andra.

Hösten 2014 deltog jag i ett ASK-seminarium i Nyköping. Här presenterades förslag och idéer på moment som skulle kunna ingå i ASK. Här fanns också flera kompetenta mentorer som hade egen erfarenhet av modellen. Jag kände mig *inspirerad efter seminariet* men samtidigt osäker på tidsåtgång och hade alls inte bestämt mig när jag lämnade kursen.

Det var alltså en process som startade, men inte helt självklart att du ville göra ASK?

Nej, jag fortsatte att fundera över vilka moment som skulle kunna ingå. Kanske dagbok över en vanlig arbetsdag? Tog med mig två dagars tidbok på en skidsemester december 2014 för att prova skriva lite. Fann att det var både roligt och givande. Fick lust till mer.

Först då tog jag kontakt med dig och när du utan tvekan tackade ja till att bli min mentor så fanns ju ingen återvändo. Perfekt! För mig, som har jobbat på samma arbetsplats med samma kolleger i många år, var det viktigt att ha en utomstående objektiv mentor. Vi kände ju inte varandra innan.

Vi hade därefter en regelbunden och tämligen tät och omfattande mailväxling.

Vilka ASK-moment valde du?

CV skulle förstås ingå och när jag började med den så infann sig ytterligare ett moment. Det kändes nödvändigt med en självvärdering utifrån allmänmedicinskt arbetssätt, kontinuitet i patient-läkarrelationen, medicinska kunskaper samt ledarskaps- och organisationserfarenheter. Vidare praktikdag, videokonsultationer, dagbok och viktiga händelser i mitt arbetsliv.

Man behöver alls inte göra så många moment men det var ju så stimulerande och kul när jag väl hade börjat. Du fick också ta del av lite mer material, till exempel ett arbete som jag tidigare hade gjort vid vår egen mottagning om äldre och läkemedel, en av insändarna som jag skrivit om allmänmedicinen i Västmanlands läns tidning samt en tidigare skrivelse till våra politiker. Allt för att ge dig så bra underlag som möjligt.

Vartefter jag presenterade mina skriftliga moment fick jag från dig värdefull återkoppling som gav mig möjlighet till fördjupad reflexion. Återföringen stämde också väl överens med min självkänedom om mina starka respektive svaga sidor.

Tidsåtgången?

Det tog mig cirka sex månader från start till färdig ASK. Fem arbetsdagar, att jämställa med fortbildning, är en rimlig tidsåtgång. Under hela tiden pågår en ständig process, ett mer aktivt reflekterande över arbetet. Idéer kommer som oftast när man gör något annat, till exempel bakar eller tränar. Post-it-lappar är bra att ha till hands.

Såg du några problem med ASK-uppläggningsen?

Att från början uppskatta tiden. Det tog mer tid i anspråk än jag hade räknat med.

Det fanns ingen tydlig instruktion om ekonomisk ersättning till mentor och ingen riktigt bra mall för mentorsrapport.

Glädjeämnen?

Det var mycket givande och roligt att reflektera tillsammans med en erfaren kollega. Praktikdagen, 29 april 2015, med medsittning och återföring var ändå kronan på verket! Att för en erfaren kollega få "öppna dörren" till min allmänmedicin! Förväntansfullt men också pirrigt!

Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – ASK

- ASK är en form för kompetensvärdering för erfarna allmänläkare inom SFAM sedan 1998.
 - ASK är ett sätt att stärka sin professionella utveckling genom att värdera den egna kompetensen i dialog med en kollega.
 - ASK bygger på de moment som ingår i specialistexamen och Mitt-i-ST, men är anpassat för den erfarna allmänläkaren.
- <http://www.sfam.se/foreningen/rad/kompetensvarderingsradet-ask>



Vad har ASK gett dig?

- Jag har fått kvitto på att jag håller måttet.
- Självbilden och tryggheten har stärkts.
- Jag har fått mer lust och energi i arbetet.
- ASK gav mig ”näring”.
- En plan för de närmast kommande fem åren.

Vilka råd vill du ge till andra?

- Vänta inte för länge med ASK! Fem år efter avslutad ST eller specialistexamen kan det vara dags för en avstämning.
- Håll utkik efter ASK-seminarier på SFAMs hemsida. De annonseras i kalendarier och på kompetensvärderingsrådets sidor.
- Sätt av tillräckligt med tid och tänk på att det är din fortbildning.
- Gör det gärna tillsammans med en kollega, ni kan ASK-a varandra, eller välj som jag en utomstående mentor.

Gunillas kommentar

Vi gjorde varsin slutreflexion som kom med i vår gemensamma slutrapport.

Det jag som mentor observerat under praktikdagen stämde överens med din uppfattning om starka sidor, utvecklingsbehov, utvecklingsmöjligheter och eventuella hinder för utveckling. Tack vare detta kunde du upprätta en plan för fortbildning och professionell utveckling för de kommande fem åren.

Gunillas berättelse

Gunilla Byström är specialist i allmänmedicin och har sedan 2001 verkat som kompetensvärderare i frivilliga specialistexamen. Hon genomförde 2001 en egen ASK och svarar här på frågor om ASK-processen.

Hur är det att vara ASK-mentor?

Intressant och roligt att få vara med om kollegans process.

Vad ger det dig?

Jag känner mig initialt *bedrad* att ha blivit tillfrågad om att bli mentor. Det ger mig *glädje* att känna att det faktiskt går bra. Att jag också blir sedd på ett vis.



Gunilla Byström och Lena Agnebjör.

Hur mycket tid går åt?

Att vara med på ASK-seminarium tillsammans med tidigare och blivande ASK-kollegor är helt nödvändigt. Det tar sina två dagar. Det är där kontakterna knyts och man upptäcker varandra. Att läsa kollegans portfölj, reflexioner och brev tar några timmar då och då. Praktikdagen behöver sin dag och att skriva rapporten tar kanske en dag till. I praktiken tar det kanske omkring fem dagar men det är mycket uppdelat. Sedan följer en lång tid av bekantskap, vänskap och nya möten som *berikar* tillvaron.

"Både som ASK-läkare och som ASK-mentor känner vi oss stärkta och tryggare, tillvaron har blivit berikad och det finns en plan för de närmaste åren. Vi har sett hur vi kommit hit, vi vet att vi duger och nu vet vi vägen framåt. Det har varit givande och faktiskt lättare än vi trott."

Vad krävs av den som ger sig in i det?

Egen bakgrund som erfaren allmänläkare med intresse för utveckling och reflexion. Det är en fördel att ha gjort något liknande själv, men jag bedömer att två reflekterande kollegor mycket väl skulle kunna göra ASK tillsammans kollegialt.

Vad är det som är roligt?

Att medverka i utveckling av allmänmedicinskt självmedvetande hos kollegor och till att de blir sedda. Och att själv bli sedd.

Sammanfattning

Både som ASK-läkare och som ASK-mentor känner vi oss stärkta och tryggare, tillvaron har blivit berikad och det finns en plan för de närmaste åren. Vi har sett hur vi kommit hit, vi vet att vi duger och nu vet vi vägen framåt. Det har varit givande och faktiskt lättare än vi trott.

Gunilla Byström

gunilla.bystrom@planningtools.se

SFAM informerar

Uppdatera din e-adress!

SFAM:s nyhetsbrev och lokalföreningarnas inbjudningar skickas till den e-adress du uppgett till SFAM:s kansli. Meddela din aktuella e-adress till:
kansli@sfam.se!

Annons



Glesbygdsmedicin i blötsnö

Konferensen i glesbygdsmedicin ägde rum i Sälen 6–7 april 2016.



Skoterfärd till väffelstugan i blötsnö och dimma.



Nemam Ghafouri undervisas av Johan Pihlgård, Sälens vårdcentral, om intraosseös läkemedelsbehandling.

Martin Annsberg, Sälens vårdcentral, berättade att Sälen är ett gammalt fabodområde som nu har Nordens största skidskadeanläggning. Man har en spiralfraktur på barn varannan timme.

Landstingsdirektören Karin Stikå Mjöberg berättade att Dalarna är till ytan som Belgien med 300 000 bofasta invånare. Antalet asylsökande var 8 500 varav 1 200 ensamkommande. Här finns 30 vårdcentraler. På fjällanläggningarna har man under vintersäsongen fjällmorskor med killmottagningar. I Borlänge ska det öppnas ett kris- och traumacenter. Det är lättare att bemanna glesbygdscentralerna än tätorterna, och nu ska man inrätta ST-tjänster med glesbygdsmedicinsk inriktning.

Härefter följde en rad föreläsningar innan vi gick ut på praktiska övningar (se bilderna): Omhändertagande av ryggsador och andra skelettskador, skallskador, akut geriatrik, administration av läkemedel, hjärtstopp under Vasaloppet och flyktingar i glesbygd.

Peter Berggren, som just tilldelats 2016 års medicinstipendium ur Håkan Mogrens stiftelse, berättade om Glesbygdsmedicinskt centrum med huvudkontor i Storuman. Det innefattar bl.a. väl utbyggd distansvård. Man har f.n. sex doktorander varav tre läkare.

ST-tjänster med glesbygdsinriktning har inrättats på olika håll, och det finns sex studierektorer i glesbygdsmedicin. En komplettering av målbeskrivningen skulle behövas.

Lars Agréus, Öregrund i Roslagen, är grundaren av Svensk förening för glesbygdsmedicin där fler borde bli medlemmar. Två sjukstugor finns faktiskt i Uppland: Tierp och Öregrund.

Statssekreterare Agneta Karlsson talade om vårdens stora utmaningar och nationell samling för kompetensförsörjning i vården.

Nemam Ghafouri är kurd, en av de sista som föddes i en grotta. För att bli hjärtkirurg har hon utbildat sig och praktiserat



Förberedelser för praktisk undervisning.



Reponering av axelledsluxation.



Catharina Ingvarsson och Helena Sjöström ger varandra intranasal läkemedelsbehandling.



Anna Falk har fått stöd för sin misstänkta nackfraktur och kan hjälpas av skotern.

i många olika länder. Nu arbetar hon som hyrläkare i svensk primärvård för att få ihop pengar för att arbeta i ett kurdiskt flyktingläger för yazidier, en folkgrupp som IS har extra svårt för. Hennes föreläsning grep oss alla i hjärtat.

Chefredaktörens slutsats blev att glesbygdsmedicin utgör allmänmedicinens kärna, med omhändertagande av hela befolkningen i livets alla skeden. Något för den som gillar utmaningar!

Text o Foto:
Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



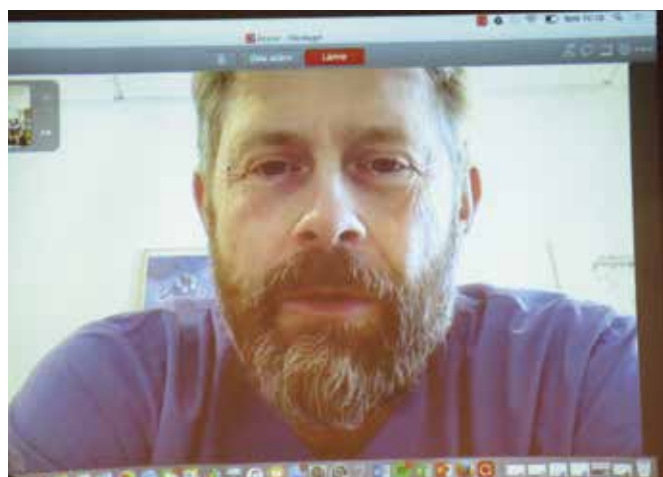
Läs mer om glesbygdsmedicin i AllmänMedicin 1-2017!



Nemam Ghafouri sålde smycken och tavlor gjorda av flickor som friköpts från IS.



De nyblivna specialisterna i glesbygdsmedicin Svetlana, Sara och Magnus med studierektorerna Anna Falk och Catharina Ingvarsson.



Mante Hedman, Storuman, föreläste på distans mellan patienter om hur han utvärderar sjukstugemodellen i södra Lappland.



Sponsorfri Wonca-konferens



Wonca Europe 2016 ägde rum på Bella Sky på ön Amager i Köpenhamn. Jag gick vilse i de enorma och dåligt skyltade lokalerna. Den unga personalen förstod inte svenska. Över oss reste sig de två hotellhusen. Utanför bredde den platta heden ut sig, här och var avbruten av en nybyggd stadsdel.

Tivolis ungdomsorkester i björnskinnsmössor och röda jackor, med militäristiskt drillade duktiga blåsare, stod för den festliga inledningen. Välkomstalet av kongressgeneralen Roar Maagaard riktade sig speciellt till de 200 yngreläkare som träffats under två dagar (se sid 32).

Detta var den första helt sponsorfria Wonca-konferensen, dessutom anordnad av fem länder i samverkan. Det har krävt fyra års förberedelser. Av de över 3 100 delegaterna var 34 studenter och 1 050 yngreläkare, från 72 länder på alla kontinenter. Sverige, Spanien och Danmark hade flest. 350 personer hade besökt 34 läkarmottagningar.

Konferensen hade fem olika teman: det åldrande Europa, kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, framtidens konsultationer, diagnosställande och ojämlik hälsa.

Programmet var fyllt av key note lectures (som våra beslutsfattare borde lyssnat på), seminarier, workshops och praktiska övningar. Ett referat skulle fylla ett helt nummer av Allmän-Medicin. SFAM bidrog med en workshop om CPD-poäng, där för- och nackdelar belystes av deltagare från olika länder.

Svenska kollegor dök upp lite varstans. T-tröjor med budskap var en annan återkommande företeelse.

Alla borde resa på internationell konferens åtminstone en gång under sitt yrkesliv!

Text och foto: Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Chefredaktören och Gholam Oskuj Tourabi, Finland.



Kongressgeneralen Roar Maagaard, Danmark.

A stranger is just a colleague you haven't met.



Katrín Ingeström, Åke Andreasson, Stephan Höfer och Maria Norland, alla från Göteborgsområdet.



Diagnoses are not essential for spontaneously remitting diseases.



Användbar lärobok vid livets slut

Ska de nya specialisterna i palliativ vård behålla sin konsultativa funktion måste grundkompetensen spridas. "Palliativ medicin i praktiken" har skrivits av en erfaren kliniker och pedagog, Bertil Axelsson. Den innehåller många konkreta råd och blir användbar.

Numera finns en stor flora av "palliativa" böcker med olika målgrupper. Denna bok verkar väl lämpad för läkare. Mycket av materialet i den vackra läroboken skulle passa för interaktivt material på nätet.

Begreppsligt har jag aldrig förstått vad som skiljer ut palliativ vård. Samma etik bör gälla som för annan vård. Få sjukdomar botas och vi ska alltid göra det som gagnar patienten i både utredning och behandling.

Risken med egen specialitet är att andra slutar bry sig och tappar i kompetens. Det ska lösas med att palliatörerna ska vara konsulter.

Författaren, tidigare kirurg, inleder med en vision efter tjugo års arbete inom palliativ vård. Det är dock inte de stora filosofiska greppen utan praktisk nära råd som fyller boken.

I den inledande delen beskrivs värdegrund och ett seriöst förhållningssätt. Brytpunkten är oftast en process. Helt riktigt påpekas att begreppet ses ur vårdens perspektiv och är olämpligt att använda med patient och anhöriga. Författaren betonar att läkaren bestämmer och föreslår, patienten kan lägga veto och avstå.

Det saknas ofta en fortlöpande dialog om prognos, förväntningar och bieffekter av åtgärder. Författaren betonar det proaktiva, att försöka ligga före i planeringen. Jag blir ändå inte klok på vad som bör ingå i sökordet "behandlingsstrategi", det blir tunt och utan substans.

Vår kulturellt bestämda raka information till patienten problematiseras inte. Det slås fast att det är bättre med visshet än ovisshet.

Råden vad gäller samtal är mycket konkreta och handfasta och liknar dem vi lär ut i konsultationsträning. Författaren tar avstånd från eutanasi även om gränsdragningen mot palliativ sedering inte är glasklar.

Författaren skiljer på att vara personlig och privat. Han avråder bestämt läkaren från att delta i patienters begravning. För mig, i mitt sammanhang, ibland efter många hembesök, har det känts fullständigt naturligt att delta.

Den andra delen tar först upp palliativ vård i allmänhet, i livets slutskede, och sedan genomgång av symtom, främst inriktad på smärta. Övriga symtom har fått ett kapitel där det ges en hel del praktiska tips. Nästa kapitel tar upp de ibland svårhanterade akuta symtomen.

I avsnittet om hydronefros och avledning av urin uppmanar författaren oss att reflektera över gångna tider då läkarna lät livet avslutas av uremi. Jag saknar en diskussion om problemen med dagens alltmer aktiva inställning till exempelvis palliativ cytostatika och olika former av nutrition som jag känner tvekan inför. Det är tänkvärt att sjuka läkare lär använda betydligt mindre palliativ cytostatika än vad vi ordinerar patienter.

Den struktur man valt för boken leder till en del upprepningar, men å andra sidan går det att läsa bara enstaka avsnitt. Försöken att bredda ämnet utanför cancer är svagt. Hjärtsvikt får en sida, ALS något mer och KOL och demens nämns.

Som författaren påpekar är evidensen för givna råd ganska tunn och mera forskning behövs. Han har disputerat i ämnet och beskriver en del speciella problem. Patienterna går inte att tillfråga efteråt. "Våra patienter har bara en chans, man dör bara en gång". (När jag skriver detta pågår debatten om ärendet med de konstgjorda luftstruparna på KI.)

Det palliativa registret beskrivs. Jag har tidigare diskuterat dess begränsningar och fokus på farmaka. De farmaka som nämns följer till stor del det som i komprimerad form presenteras i Läkemedelsboken 2014-16. På flera ställen argumenteras för subkutan injektion av olika preparat.

Författare till läroböcker anger inte jävsdeklaration. Utvecklingen går mot att allt fler och dyrbara farmaka, ibland utan godkänd indikation, rekommenderas. Det bör förlagen ändra på. Författarens första referens är Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-14 (SKL), där tyngdpunkten är farmakologisk. När jag efterfrågade författarnas jäv verkade man inte förstå frågan.

Fallbeskrivningarna i boken är bra och instruktiva, någon gång väl tillrättalagda. Den efterföljande diskussionen är pedagogisk och illustrerar förhållningssättet, ofta allsidigt. Figurerna är instruktiva men jag saknar en för inläggning av pleuradrän.

Avslutningen om att ta hand om teamet och läkaren är viktig. Så även successionen, hur nästa generation ska ta över.

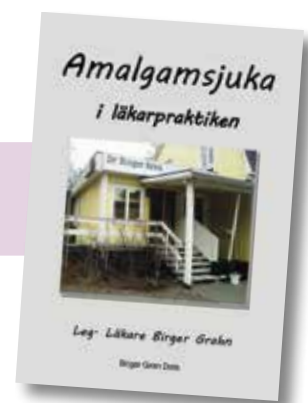
Litteraturlistan är kortfattad, även för vidare läsning och skönlitteratur. Bifogat är endast två "skalor", ESAS Edmonton symptom assessment system och Abbey pain scale.



Peter Olsson
Jokkmokks hälsocentral
peter.olsson@nll.se



Grahn, Birger. Amalgamsjuka i läkarpraktiken. Vulkan/Birger Gran Data AB 2015. ISBN 978-91-9825-532-4. 654 s.



391 amalgamsjuka patienters journaler

Amalgamsjuka i läkarpraktiken” är författad av Birger Grahn, publicerad av Birger Gran Data och tryckt på Vulkan som, enligt hemsidan, trycker upp det mesta författarna önskar.

En introduktion beskriver författarens amalgamintresse och historiken. Han har som många allmänläkare brottats med svårigheterna att hitta medicinska förklaringar på symtomkluster och illabefinnande som inte passar in i våra erkända diagnoser och där behandlingsarsenalen också brister. Intresset för amalgamsjuka verkade gradvis stiga åren efter han startade privat mottagning i början av 90-talet.

Fallbeskrivningar upptar de flesta av bokens 654 sidor. De är uppdelade i två kluster efter två separata journalgenomgångar. Inom varje kluster är de sorterade efter födelseår.

I slutet av boken finns bilagor av mer vetenskaplig natur med referenslista, men inga referenser som rör vitaminbehandlingen. Allra sist kommer en innehållsförteckning.

Vad är amalgamsjuka?

Dr Grahn har deltagit i att ta fram ett formulär för International Academy of Oral Medicine and Toxicology (IA-OMT). Där finns 94 symtom fördelade på 12 områden som av patienten graderas från 0 (inga besvär) till 3 (svåra besvär). Dessa symtom överlappar delvis symtom på den kvicksilverförgiftning som rapporterats från tandvårdspersonal. Saknas gör minnesförlust och förlust av smak eller luktsinne. Några medicinskt allvarliga tillstånd som förvirring och darrningar skrivs i amalgamformuläret ihop med mindre allvarliga; förvirring slås ihop med försämrade fattningsförmåga; darrningar i händerna slås ihop med ryckningar som kan finnas i läppar, ögon, händer. Symtomen

vid den dödliga Minimata-sjukdomen finns inte med.

Trötthet är, enligt dr Grahn, vanligast. Därefter följer känsliga tandhalsar, smärta och ömhet i muskler och leder och frusenhet, kalla händer och fötter.

Förklaringsmodellen är att amalgamet frisätter kvicksilverångor som stannar i kroppen, medierar immunologiska reaktioner och orsakar neurologiska symtom, förutom lokala besvär munhålan. Man har uppmätt högre nivåer kvicksilver i urin hos amalgambärare jämfört med människor utan amalgam, men långt ifrån nivåerna uppmätta bland dem som arbetar med kvicksilver och under rekommenderade gränsvärden.

Mer om patientfallen

391 patienter är utvalda och har i hans journalsystem under åren 1992-2009 registrerats med misstänkt amalgamsjuka. Anteckningarna är reviderade men födelseår och besöksdatum kvarstår. Status är förkortat så endast avvikande fynd redovisas.

Vanligast är 1-3 sidor per fall, ibland endast ett nybesök, och för andra upp-

repade återbesök över många års tid. Två exempel i sammanfattning:

Vibecke, född -50, misstänker amalgamsjuka. Systemen fick diagnosen MS men har tillfrisknat helt efter amalgamsanering. Vibecke har gångsvårigheter, trötthet och tremor och har av neurolog fått diagnosen Parkinson plus. Hon kommer på ett besök och får 76 av max 282 poäng på symtomformuläret. Provsvar redovisas ej men hon utlovas remiss till sanering.

Karolina, född -61, söker med kraftig trötthet sedan ett år. Hon har yrsel, smärtor, hjärtklappningsattacker, darrningar i fingrarna, pirrighet och oro i kroppen och känner sig ljuskänslig. Utredningar gjorda via hemortslasarettet. Har 105 poäng i symtomformuläret. Får direkt recept på antioxidanter och mår bättre på återbesöket sex veckor senare men ska gå vidare med amalgamsanering. Sex månader senare har saneringen precis påbörjats. Hon sjukskrivs och insätts på B12-injektioner.

Här följer flera besök under saneringens gång. Hon blir gravid med paus i behandlingen. Försämringar beskrivs vid



Amalgamfyllning.

Foto: Wikipedia

Birger Grahn föddes 1946 till en traditionell nybyggaruppväxt utanför Arvidsjaur. Via skolgång i Arvidsjaur och Piteå kom han till Umeå och den första kullen medicinstudenter. Under studietiden var han "kristen trubadur", därefter marxistleninist och så småningom oberoende. Han gjorde AT i Luleå där han blev kvar, först på Örnässets vårdcentral, sedan med egen praktik. Birger var en av de första läkarna som utvecklade en datajournal.

Under åren 1997–2001 hade han ett avtal med Norrbottens läns landsting att på remiss ta emot patienter där samband mellan tandlagingsmaterial och patientens besvär kunde finnas.

Numera ägnar han sig åt att renovera och snickra på sin f.d. ödegård uppströms Lule älv, spela nyckelharpa och skriva böcker om sig själv och släkten.

varje sanering med ökad trötthet och koncentrationssvårigheter. Två år efter saneringen mår hon bättre men sämre då hon är utan antioxidanter. Har fått ett barn till, ej omnämnt hur många hon hade vid första besöket. B12-injektionerna byts till tabletter. Ytterligare fyra år senare, dvs. tio år efter första besöket, har hon sammanlagt 10 barn (sic!), mår rätt bra men fortsätter vara trött och röd om kinderna då hon sitter vid datorn. Rekommenderas försöka begränsa exponeringen för datorer och el. Det verkar vara sista besöket.

Amalgam, antioxidanter och högdos B12

Övertygelsen om amalgamets skadliga effekter lyser igenom i varje patientbeskrivning men frälsningen smittar inte under läsningen. Jag tycker mig ha sett andra förklaringar hos mina egna patienter med liknande symtomkomplex. Jag ska erkänna att jag inte räknat amalgamfyllningar på dem, men jag åminner mig att flera saknat fyllningar. Jag brukar lägga en hel del kraft på att förstå mina patienters personlighet och sociala förhållanden vilket bara är översiktligt beskrivet i dessa fallbeskrivningar.

Dr Grahn tror att många ospecifika symtom kan skyllas på amalgam och att antioxidanter och höga doser B12 i injektionsform är bra. Han verkar också oreflekterat acceptera förekomst av elöverkänslighet. Alla rekommenderas behandling med höga doser antioxidanter och injektioner av vitamin B12. Vid utebliven subjektiv effekt av B12-injektionerna byter han till annan form, i flera fall licenspreparat.

Det finns beskrivet biverkningar av högdosanvändning av hydroxokobalamin. Jag känner igen dessa hos några av patienterna i boken i form av hudrodnad och hudutslag men även högt blodtryck. Effekten på subjektiva symtom som trötthet och värk är beskrivna i litteraturen som fallrapporter, men där finns inga placebokontrollerade studier. Det är vanligt att B12-injektioner efterfrågas med tätare intervall av patienter med pernicios anemi i remission då de upplever uppiggande effekt.

Förmildrande i mina ögon är att i flera beskrivningar berättar dr Grahn noggrant för patienten att man inte kan veta om symtomen har med amalgam att göra förrän man sett förbättring efter sanering. Här finns en medvetenhet om att

evidensen är skral. Han verkar också bry sig om sina patienter och har ett empatiskt förhållningssätt som jag uppskattar.

Min behållning av boken

Efter att ha läst boken och följt upp forskningsläget med egna sökningar i Pubmed har jag egentligen inte blivit övertygad om något alls, men jag är mer informerad.

Jag tror att det är viktigt att amalgamet hanteras rätt vid tandläkarbesöken. Jag kan tänka mig att patienterna reagerar främst på guld snarare än amalgam och då endast med lokala reaktioner i munnen alternativt att fyllningarna inte passar bettet.

Jag tror fortfarande inte att amalgamfyllningar kan förklara dessa mångfaceterade symtom som vissa kallar amalgamsjuka. Här finns fortfarande mycket med människan som är oförklarad. Jag har motiverats att göra litteratursökningar och fått chans att reflektera över hur svårt det kan vara att hjälpa dessa människor som känner sig så sjuka utan att sjukvården hittar något fel.

Tack, Birger Grahn, för att du delat med dig av dina journaler. Jag uppskattar att läsa om dessa människors besvärliga symtom även om vi inte delar uppfattning om orsaken. Jag hade önskat få innehållsförteckningen först i boken istället för sist, men det är en petitesse i sammanhanget.



Petra Widerkrantz
Medicinsk rådgivare
Region Skåne, Avdelningen för hälso- och
sjukvårdsstyrning
p@widerkrantz.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 chefredaktör@sfam.se!





Även läkare behöver kunskap om tobak

Skall man som läkare bry sig om ett tillstånd som enligt "Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar" utgiven av Socialstyrelsen 2014 gör att närmare 12 000 människor i Sverige årligen avlider och nästan 100 000 insjuknar i olika sjukdomar?

Om det varit en definierad sjukdom hade svaret självklart varit ja. Det verkar inte lika självklart när det gäller rökning, en levnadsvana som våra patienter själv bestämmer om. Vi som läkare borde åtminstone fråga våra patienter om tobaksvanor, speciellt rökning, och samtala med dem kring denna livshotande vana.

För att vi skall bli bättre på detta samtal har två psykologer, tillika psykoterapeuter, Agneta Hjalmarson och Margareta Pantzar, skrivit boken "Läkarsamtalet om tobak". Båda har mycket lång erfarenhet av tobaksvänjning och tobaksprevention. Agneta är också docent.

Boken innehåller betydligt mer än själva samtalet om tobak. Där finns det mesta som är bra att veta kring tobak: Tobakspolitik, prevalens, skador, vad händer när man slutar röka, fysiskt och psykologiskt beroende, läkemedel för tobaksavvänjning, rådgivning och tobaksavvänjning på andra arenor än vårdcentralen, och forskningsdata om olika metoder för tobaksavvänjning.

Själva läkarsamtalet om tobak behandlas i två kapitel. Det illustreras med olika exempel, där också MI (Motiverande samtal) ingår. Ett par kapitel handlar om tobaksavvänjning individuellt och i grupp. Det är något som inte läkare utan diplomerade tobaksavvänjare, oftast sjuksköterskor, brukar ägna sig åt. Det kan dock vara bra som läkare att känna till en del kring denna verksamhet som bör finnas på varje vårdcentral och läkarmottagning.

En målsättning med läkarsamtalet om rökning är att motivera patienter att komma till det kvalificerade rådgivande samtalet hos tobaksavvänjare. Det är den åtgärd som prioriteras högst i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Det jag saknar i boken är hur man registrerar tobaksvanor i en datajournal, exempelvis enligt den modell som finns i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från Socialstyrelsen. En annan viktig del i arbetet mot tobak, som kunde ha beskrivits mera utförligt, är den som bedrivs av frivilligorganisationer, t.ex. Yrkesföreningar mot tobak där särskilt Läkare mot tobak ingår. Opinionsbildning är mycket viktig för att t.ex. skärpa lagar kring rökning på allmän plats, neutrala tobakspaket, öka utbildningen kring tobak i vårdutbildningar etc.

Det hade varit intressant med ett särskilt kapitel om tobaksindustrin och dess metoder att i det längsta förneka skadeverkningar av rökning, motarbeta varje lagförslag som begränsar reklam osv. Det är mycket mäktiga ekonomiska intressen som till varje pris motarbetar de mål som hälso- och sjukvården står för.

Boken "Läkarsamtalet om tobak" kan varmt rekommenderas. Den som inte anser sig ha tid att läsa en hel bok om detta ämne kan läsa det betydligt kortare avsnittet i Läkemedelsboken eller kapitlet i den nya uppdaterade boken "Allmänmedicin" på Studentlitteratur.

Lars-Göran Persson
Habo vårdcentral
persson.lg@gmail.com



Distriktsläkarföreningen stoppar placeringar i fossila bränslen

På sitt fullmäktigemöte beslöt Distriktsläkarföreningen, DLF, att avveckla investeringar i företag som ägnar sig åt produktion och försäljning av fossila bränslen, tobak och alkohol.

Chefredaktören, aktiv i Läkare för Miljön och f.d. folkhälsoläkare, välkomnar detta initiativ och hoppas att SFAM tar efter det vetenskapligt grundade beslutet.

SFAM informerar

Ska AllmänMedicin gratulera?

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





Allmänläkaren mellan erfarenhet och vetenskap

Västra Götalandsregionen har bestämt sig för att införa personcentrerad vård på regionens sjukhus. Personal som arbetar nära patienterna (undersköterskor och sjuksköterskor) blir upprörda eftersom de upplever att de arbetar personcentrerat.

De har både rätt och fel. På Wonca-kongressen i Köpenhamn i juni 2016 presenterades en studie över hur stort informationsutbytet är mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare. Sverige låg lägst i Europa. Resultatet är inte förvånande då svensk primärvård är lågt finansierad i jämförelse med många andra europeiska länder och att Sverige av tradition är ett sjukhuscentrerat land. Primärvårdens kunskap om patienten tas inte tillvara på sjukhusen. Personcentrering är en bra sak, även om bristande medverkan i planeringen av dem närmast patienterna försvårar ledningens intentioner.

Personcentrering är inte radikalt annorlunda än patientcentrering. Båda synsätten handlar om maktförskjutning och ökat patientperspektiv. Lite paradoxalt brukar företrädare för personcentrering sällan nämna den forskningstradition och praxis inom patientcentrerat arbetssätt som sedan 1980-talet växt fram inom primärvård i många länder, inte minst i Kanada. På Sveriges läkarutbildningar har ett patientcentrerat arbetssätt, ofta utgående från allmänmedicinska avsnitt, präglat konsultationskurserna.

Den engelske allmänläkaren **Wilfrid Treasure** har skrivit en bok med patientcentrering i fokus. **"Diagnos och riskhantering i primärvården"** är ett koncentrerat och oerhört väldokumenterat (mer än 800 referenser) försök att förena evidens som David Sackett (evidenstänkandets introduktör) tänkte sig den i mitten av 90-talet och de specifika erfarenheter som allmänläkare får efter ett antal års praktik.

Boken är indelad i nio kapitel där Treasure i kapitlen om konsultationen och om mönsterdesign har lyckats samla ihop all sin erfarenhet och inlästa forskning till fina och ibland roliga koncentrat. *"Medan patienterna pratar lägger jag märke till att mina bokhyllor bågnar under tyngden av böcker om konsultationsfärdigheter"*. Man får en känsla av att hans kunskap är erövrad snarare än medfödd – trösterikt för ganska många av oss. *"Talangfulla kommunikatörer behöver inte analysera sin egen förmåga; de hör vad som aldrig blev sagt och bekräftar med små verbala beröringar"*.

Av bokens 180 sidor består kapitel 5 "Talande siffror" av 50 sidor. Det är ett märkligt kapitel. Det består av odds för hur stor risken är för en viss sjukdom vid ett visst symtom (besvär med bröstvärtorna 1:50 för bröstcancer). Trots min egen bakgrund inom matematik framstår dessa oddsuppgifter som oanvändbara och kapitlet närmast oläsligt. Kanske kan det tjäna som

uppslagsbok (alla siffrorna är väldokumenterade i forskning).

På svenska läkarutbildningar delas läkarens möte med patienten upp i tre delar: patientens del, läkarens del och en gemensam del där man förhoppningsvis kommer till en gemensam standpunkt; konsensus. Treasure kallar delarna historik, undersökning, diagnos och hantering. Vi anar att likheterna är stora men kan också fundera över om det i anglosaxisk tradition finns ett annorlunda förhållande mellan allmänläkare och patient, en mer konkret vardaglig ton som baserar sig på kontinuitet, korta men många möten och mer handhavande av flera ganska enkla sjukdomstillstånd.

Alltför lite forskning har ägnats åt hur läkare tänker diagnostiskt. Därav succén med Jerome Groopmans bok "Hur läkare tänker" (på svenska 2009) där Groopman på ett nyanserat sätt propagerade för mönsterigenkänning och berättelsens betydelse för att komma rätt i diagnos och behandling. Treasures kapitel om "Mönsterdesign" går på samma linje.

Treasure skriver *"jag tror att diagnostiker är bra på att hitta mönster, och ännu bättre på att skapa sådana... Om vi kan ta reda på hur de bär sig åt, kanske vi har möjlighet att själva lära oss dessa färdigheter, forska om dem och lära ut dem"*.

Treasure har ett antal förslag för att lära sig tänka som läkare. Han menar, åter forskningsbaserat, att de symtom som patienten söker för och sedan beskriver för läkaren (iatropiska symtom) är viktiga indikatorer för en rimlig diagnos. Om han har rätt i detta är Winnicotts råd om "attentive listening" höggradigt giltigt. Ett annat exempel är att symtom från flera kroppsdelar som ändrar sig över tid ofta har låg patologisk signifikans. Här har förstås kontinuitet en avgörande betydelse.

De svenska referenserna är få men han har fångat upp Carl Edvard Rudebecks begrepp "kroppsempati" som ett av flera sätt att avgöra den medicinska allvarlighetsgraden av patientens symtompresentation.

Man kan som allmänläkare drabbas av tvivel på om man ska uppmuntra yngre kollegor att specialisera sig inom denna i Sverige styvmoderligt behandlade disciplin med den svårighetsgrad och arbetsbelastning som det innebär. Då kan man stärka sig med Treasures ord: *"Arbetet är förmodligen ovanligt både i fråga om de krav som ställs och det positiva man får ut av det"*.

Björn Landström
Med.dr.

Tidans vårdcentral, Skövde
Skaraborgsinstitutet, Skövde
bjorn.landstrom@vgregion.se





Stärk professionens röst i samhället!



Svenska Läkaresällskapet – din vetenskapliga och professionella organisation

Vi arbetar med frågor baserade på vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Vårt syfte är att verka för en förbättrad hälso- och sjukvård för dagens och morgondagens patienter.

Vilka frågor tycker du är viktiga i din läkarroll och gärning?

Vill du också vara med och göra skillnad, påverka och förbättra?

Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet!

Läs mer på www.sls.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Hanna Åsberg
hanna.asberg@sfam.se

Vice ordförande
Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

Facklig sekreterare
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare
Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter
Maria Wolf
maria.wolf@sfam.se

Eva Arvidsson
eva.arvidsson@sfam.se

Malin André
malin.andre@sfam.se

SFAM:s råd
Fortbildningsrådet
Andreas Thörneby
andreas@thorneby.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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

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

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethage
jens.wiethage@regionostergotland.se

Infektioner i primärvården
Sigvard Mölsted
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
Hanna Åsberg
hanna.asberg@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 och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

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

VÄSTERBOTTEN
Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND
Jan Håkansson
jan.hakansson@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND
Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

GÄVLEBORG
Lisa Månsson-Rydén
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@dli.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
Sofia Eriksson
sofia.eriksson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

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

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

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

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARBORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

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 C
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

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson
webmaster@sfam.se



Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2016

Oktober

Studierektorskonferens
17-18.10 Eskilstuna

November

Berzeliussymposium:
Thrombosis and embolism
17-18.11 Stockholm

SFAM-Q:s kvalitetsdag
24.11 Stockholm

Narrativ medicin
24.11 Stockholm
25-26.11 Kungälv

SLS: Alkoholen och riskpanoramata
28.11 Stockholm

December

SFAM:s idéseminarium
1-2.12 Rosersberg

2017

Januari

Kurs i kompetensvärdering
16-18.1 Nyköping

Allmänläkardagar Örebro-Värmland
25-26.1 Loka brunn

April

Kurs i kompetensvärdering
22-24.4 Halmstad

SFAM:s kongress 26-28.4 Karlstad

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
14-16.6 Reykjavik

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se/kalendarium

Res med nordiska kollegor till internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se
KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.



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

Utgivningsplan för 2016

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	17.10	23.11	19.12	IT i primärvården Hjärta-kärl-diabetes

Utgivningsplan för 2017

1	9.1	13.2	13.3	Glesbygdsmedicin
2	27.3	10.5	7.6	Läkemedel
3	21.8	25.9	23.10	Vad ska vi äta och varför?
4	16.10	20.11	18.12	Fortbildning

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning!
Gör din beställning av extra nummer i god tid.
Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

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

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

Eva Norell
projektledare Lärande och
utveckling
eva.norell@sfam.se,
Tel: 0708-52 39 56

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

Johanna Johansson
kurs- & konferenskansli,
webmaster
johanna.johansson@sfam.se,
Tel: 08-23 24 01

Publicering

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

Skribenter i AllmänMedicin är
specialister i allmänmedicin om
inte annat anges.



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska
läkaresällskapet och är en specialist-
förening i Sveriges läkarförbund.

Annonser

Vill du följa debatten på Ordbyte?

Gå in på www.sfam.se/foreningen och klicka på **Ordbyte**