

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2017 ÅRGÅNG 38



- 2 Virtuella vårdcentraler existerar inte
Hanna Åsberg
- 2 Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2017
- 3 Väl utbyggd distans- och närvård?
Ingrid Eckerman
- 3 SFAM och DLF samverkar
- 4 Idéseminarium 1–2 december 2016: Viktiga SFAM-frågor diskuterades på lokalföreningsmöte
Josabeth Hultberg och Gösta Eliasson
- 5 SFAM:s nya policy mot diskriminering, trakasserier och kränkande särbehandling
Hanna Åsberg
- 6 Idéseminarium i vintermörker
Ingrid Eckerman
- 9 SFAM-Z i Jämtland Härjedalen
Cornelia Brusmark och Kristina Halldorf
- 10 Östergötland: Finns det hopp för primärvården?
Josabeth Hultberg
- 11 Debattkväll i Dalarna
Emil Péclard
- 12 Kry och Min doktor gör sig stora pengar på digital vård
Ingrid Eckerman
- 14 Mental istid?
Mårten Segerkvist
- 15 ST med glesbygdsmedicinsk profil
Catharina P Ingvarsson och Anna Falk
- 15 Min upplevelse på sjukstugan i Jokkmokk
Lina Forssell
- 16 Till min ST i Ånge
Anna Falk
- 19 Att vinna en seger i Tärnaby
Eva Zaar
- 21 Dikt: Seglats mot framtiden
Sofia Åhman
- 22 Distansvård på minst 40 olika sätt
Greti Ohlsson
- 24 Unik kartläggning av distansvården i Västerbotten
Thomas Molén
- 25 Forskning i glesbygden
Anette Edin-Liljegren
- 26 Konsulter med distans till jobbet
Greti Ohlsson
- 27 Fyra lappmarksdoktorer
Ingrid Eckerman
- 28 Läkarvård i norra Roslagen
Lars Agréus
- 29 Att nå målet med rätt verktyg
Lars Agréus
- 30 Dagens skärgårdsdoktor
Ingrid Eckerman
- 32 Glesbygdsmedicin söder om Dalälven
Bengt Järhult
- 33 Sjukstugan – på väg ut eller in??
Lars Agréus, Mante Hedman, Stig Hyddmark och Stefan Lindgren
- 35 Ultraljud i primärvård – glesbygden går före
Peter Olsson
- 36 Rapport om hälsoundersökning av ensamkommande flyktingbarn
Kristian Svenberg
- 39 Vård som inte kan anstå – ett odefinierat begrepp med allvarliga individuella följder
Mattias Rööst
- 42 Vad och vem har styrt mitt läkarliv?
Bengt Järhult
- 44 "Fetmauppropet" sätter fokus på ett stort folkhälsoproblem
Helena Dreber
- 45 Norsk fastlegeordning – utmärkt reform men flera frågetecken
Gösta Eliasson
- 47 Stora skillnader i primärvårdsläkarnas nöjdhet med de elektroniska journalsystemen
Mimi Westerlund
- 48 Att tolka provsvar vid alkoholkonsumtion
Sven Wåhlin
- 52 Uppmärksamhetschocken – tankar kring en konferens om Narrativ medicin
Christer Petersson
- 53 Narrativ medicin – nytt ämne i Sverige
Marcel Aponno
- 55 Fortbildningssamordnare viktiga för lokal fortbildning
Helen Magnusson och Gösta Eliasson
- 56 Nationella kvalitetsdagen för primärvården 2016
Rita Fernholm, Stina Gäre Arvidsson och Hans Brandström
- 58 Bland levande och döda
Christer Petersson
- 59 Bokrecension: Stälman och poet in i döden
Christer Petersson
- 60 Minnesord över Staffan Lindeberg
Ingrid Gustafsson, Tommy Jönsson, Hans Brandström och Christina Westerdahl
- 61 Primärvårdsvännen Arne Melander borta
Bengt Järhult
- 62 AllmänMedicin gratulerar
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt
■ Tema-artiklar ■ Utbildning & Fortbildning

Omslagsbild AllmänMedicin nr 1–2017



Korsväg i Tärnaby: Foto taget av Lina Forssell under hennes randning som ST-läkare. Läs mer på sid 15!

Virtuella vårdcentraler existerar inte

Nättjänster som KRY och Min Doktor marknadsför sig som "virtuella vårdcentraler". Patienten får lätt och snabbt kontakt med en läkare för en kort konsultation. På min egen vårdcentral är väntetiden för nybesök ca 6 veckor, istället för max 7 dagar som patienten har rätt till. Svårigheten att få tid på sin vårdcentral är givetvis frustrerande för patienterna och det är naturligt att nättjänster efterfrågas i dagens uppkopplade samhälle.

Låt oss börja med begreppet "virtuell vårdcentral". Flertalet typer av kliniska undersökningar är omöjliga att genomföra via en kontakt via nätet. Inte ens hudutslag kan säkert bedömas via en videobild. Den här typen av nättjänster går inte att jämföra med det patientarbete som utförs på en vanlig vårdcentral – ett arbete som ofta innehåller komplexa bedömningar, teamarbete mellan olika yrkeskategorier och utredningar som kräver uppföljning med kontinuitet i patient-läkarkontakten.

Nättjänsterna kan kallas för "nätdoktor" eller liknande, men en vårdcentral är det absolut inte. En del av de läkarbedömningar som görs via nättjänsterna kan ersättas av en distriktssköterska vilket betyder att läkar kompetens används på ett slösaktigt sätt. Dessutom är inte alla läkare som arbetar på nättjänsterna specialister eller ST i allmänmedicin. Det riskerar att ge en sämre kvalitet i de bedömningar som utförs.

Enligt Min Doktors hemsida kan ungefär 70 procent av alla läkar konsultationer i primärvården ske via en virtuell kontakt. Problemet är dock att ett sådant till synes "enkelt" läkarbesök ofta innehåller mer komplexa komponenter, där patienten i slutändan måste hänvisas till sin vanliga vårdcentral för vidare bedömning.

För oss som arbetar kliniskt som allmänläkare så är vi väl bekanta med detta. I bokningsrutan kan stå något ganska okomplicerat som "recidiverande UVI" och som sedan utmynnar i en utredning om misstänkt urinvägsmalignitet eller STD – eller så är patienten är mycket orolig över sina symtom och behöver gott om tid för samtal.

Från nättjänsterna finns exempel på patienter som blivit in-

satta på psykofarmaka och sedan har patienten själv hänvisats till att kontakta sin ordinarie vårdcentral för uppföljning. Vem tar ansvaret för eventuella biverkningar, suicidrisk eller ångestförstärkning under upptrappningsfasen av antidepressiva?

Själva kärnan i allmänläkarens kompetens består just i förmågan att växla mellan enkla och mer komplexa medicinska bedömningar av varierande slag. Vi vet att problemen med bristande kontinuitet i primärvården kostar stora summor pengar i dagens sjukvård och nättjänsterna sätter dessa principer ur spel. "Nätdoktorerna" blir en vård styrd av efterfrågan från överlag ganska friska patienter, istället för en behovsprövad sjukvård där patienter med allvarliga, komplicerade eller palliativa sjukdomar prioriteras högst.

Virtuella vårdkontakter är absolut något vi behöver utveckla i sjukvården. Det behöver också finnas mer flexibilitet i systemet så att patienter lätt kan boka tid på sin vårdcentral via olika slags kontaktsvågar. Men de virtuella kontakterna behöver utvecklas med eftertanke, och de måste utvärderas systematiskt. För en etablerad fast kontakt mellan en läkare och en patient kan till exempel videomöten ersätta vissa läkarbesök på vårdcentralen, vilket sparar restid för patienterna. Detta kan vara särskilt värdefullt för patienter med kroniska sjukdomar som behöver regelbunden kontakt med sin läkare.

Ett vanligt fenomen i sjukvården är att vi försöker lösa ett problem i organisationen genom att skapa en annan ny lösning istället för att fokusera på grundproblemet, vilket dränerar systemet istället för att förstärka det. Det vi behöver är fler allmänläkare i landet, större ekonomiska resurser till primärvård och förbättrad tillgänglighet på vårdcentralerna. Utifrån det kan vi sedan arbeta fram säkra och effektiva virtuella lösningar som ett komplement till vanliga patientbesök.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2017

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2017.

Plats: Karlstad Congress Culture Centre

Adress: Tage Erlandersgatan 8, Karlstad

Tid: Onsdagen den 26 april 2017, kl 15.00-18.00.

OBS: Ny tid!

Föreningens fullmäktige väljs av lokalaföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: kansli@sfam.se.

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalaföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) från den 26 mars.

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Välkommen! Hanna Åsberg, Ordförande

Väl utbyggd distans- och närvård?

När jag började som färdig allmänläkare i slutet av 70-talet talade man om "väl utbyggd primärvård", med en allmänläkare på 3 000 invånare.

Vi i Stockholms kranskommuner insåg att det var ute i landet utvecklingen skedde [1]. Ibland träffade vi på de här fantastiska glesbygderna som var doktorer för hela människan. De var mitt föredöme. Med hjälp av ett väl utbyggt kontaktnät skulle vi kunna sköta de flesta patienterna utan att behöva "remittera bort" dem.

Idag borde vi kanske tala om "väl utbyggd distansvård". Det är i glesbygden som den verkliga utvecklingen sker. Kanske dröjer det inte länge innan Storumans sjukstuga erbjuder sina patienter intensivvård på distans [2].

Vi i storstadsområdena har all anledning att hämta inspiration från glesbygden. Det är ett rimligt önskemål att gamlingar slipper akutmottagningen och att forslas mellan olika vårdinrättningar utan i stället får sin slutenvård i närheten av där de bor. Också yngre storstadsbor bör kunna få mer av sin vård på vårdcentralen och slippa resa runt i länet för att träffa specialister. Men det lär dröja innan vi får vare sig "väl utbyggd närvård" eller "väl utbyggd distansvård".

Guldläget för primärvården

Enligt vår ordförande har primärvården just nu ett guldäge. Det gäller att utnyttja detta, att kämpa och inte bara finna sig.

Rapporter från lokalföreningar tyder på att samarbete med lokala Distriktsläkarföreningen kan vara framgångsrikt. Nu finns samarbete på nationell nivå vilket gläder en gammal facklig förtroendeman.

Efter idéseminariet var mitt huvud fullt av frågor och reflektioner.

- Varför får jag som företagare inte bestämma storleken av mitt företag? Varför tvingas vi bygga ut för att ta emot fler listade? Ett centralt kösystem borde byggas upp.
- "Jag erbjuder ett åtagande" är ett bättre tänk än "landsting-

Läkemedel är temat för AM 2-2017. Vad vill du bidra med? Har du bra tips? Kontakta chefredaktor@sfam.se.

et ger mig ett uppdrag". Ett åtagande borde jag ha inflytande över och kunna avgränsa.

- Varför talar vi inte högt om att vi behöver lika lång tid för ett besök av en multisjuk patient som specialistmottagningen?
- "Sekundärvården ska avlasta primärvården". Se förslaget till kris- och katastrofplan för vårdcentraler i Distriktsläkaren 1-2017.
- "Klinisk konsultation" blir kanske ett återkommande tema i AllmänMedicin.
- Kunskaperna är goda om vad som behövs för att rekrytera och behålla allmänläkare i primärvården. Hur får man igång politikernas och tjänstemännens vilja?

Flyktingarna

Nu när arbetet med årets första nummer är klart är det dags att förbereda min resa till "familjen" i Indien [3]. Jag reser med tungt hjärta. Trots allt det arbete tiotusentals människor lagt ner för att få regeringen och Migrationsverket att sluta utvisa tonåringar till Afghanistan finns föga hopp om ändring. Till sommaren kommer Sverige vara i stort sett rensat från dessa pojkar. För dem väntar ett liv i rädsla, misär, våld och kanske död.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referenser:

1. Varför blev det sånt drag i Norrbotten? En allmänmedicinsk historia att begrunda. Inge Carlsson AM 2014;4:30-33.
2. Tele-ICU Technology Brings Intensivists Virtually to Remote Clinics: Interview with Dr. Ram Srinivasan. Medgadget.com 29.11.2016
3. Eckerman I. Efter sex år – åter i Bhopal. AllmänMedicin 1-2016;1:31-33

Nerslag hos dig? Chefredaktören har ännu inte bestämt sitt kringresande i Sverige under sommaren. Men kanske hon passerar din ort? Skicka ett meddelande till chefredaktor@sfam.se att du önskar ett nedslag i din verklighet!

SFAM och DLF samverkar

Styrelserna för SFAM och DLF träffades under två dagar i januari för att ta fram ett gemensamt sjukvårdspolitiskt program. Med utgångspunkt i förslag från utredningen *Effektiv vård* har en rad konkreta åtgärdsförslag tagits fram för att stärka och utveckla svensk sjukvård i en mer primärvårdsorienterad riktning. Programmet kommer att överlämnas till ansvariga politiker och tjänstemän under våra respektive kongresser i april.

Ulrika Elmroth, Vice ordförande, SFAM
ulrika.elmroth@sfam.se



Foto: Helena Grönbacke

Idéseminarium 1–2 december 2016

Viktiga SFAM-frågor diskuterades på lokalföreningsmöte

Representanter för 15 av SFAM:s 27 lokalföreningar möttes i december under SFAM:s idéseminarium. Mötet började med en "landsrunda" med lokala nyheter. Därefter gjordes en inventering av ämnen som lokalföreningarna ansåg viktiga. Här följer en sammanfattning av diskussionen och deltagarnas förslag på frågor att driva vidare inom SFAM.

Hur kan vi få fler att pröva på allmänmedicin?

"Pröva på allmänmedicin" var ett projekt i Stockholm under 90-talet där sjukhusspecialister erbjöds arbeta som allmänläkare i primärvården med bibehållen lön. Man ordnade särskilda "konvertitkurser" för dessa läkare. Ett trettio-tal av dem valde att sedan fortsätta i primärvården.

Slutsats: SFAM och dess lokalföreningar kan behöva ta fram förslag till utbildning för läkare inom andra specialiteter som vill bli allmänläkare.

I Göran Stiernstedts utredning "Effektiv vård" föreslås införande av obligatorisk sidotjänstgöring i allmänmedicin för vissa sjukhusspecialiteter. En grupp som kan ha särskild nytta av detta kan vara läkare som studerat utomlands och som inte gjort AT och därför inte tjänstgjort i primärvården. Frågan om obligatorium är kontroversiell eftersom specialistutbildningen egentligen är målstyrd.

Slutsats: SFAM bör ta ställning till om föreningen skall förespråka obligatorisk sidotjänstgöring i allmänmedicin för vissa ST-läkare.

Utbildningsvårdcentraler kallar man vårdcentraler som anställer ett överskott av ST-läkare och där patientarbetet till största delen del sköts av dessa medan specialister i allmänmedicin instruerar och handleder dem.

Slutsats: SFAM bör starta ett nätverk för utbyte av erfarenheter och idéer mellan landets utbildningsvårdcentraler.

Grunduppdraget

Argumenten för att siffran en läkare per 1 500 invånare, eller en per 1 200 som nyligen föreslagits, skulle vara optimal är dåligt underbyggda. Sjukdomspanorama och vårdtyngd skiljer sig mellan olika områden, liksom lokala rutiner, tillgång till specialmottagningar och bidrag från övriga professioner. För vissa kan en lista med 3 000 personer vara hanterbart, medan det för andra kan bli övermäktigt med 1 500.

I Norge bestämmer fastläkarna själva hur många personer de vill ha på sin lista. Svenska allmänläkare arbetar däremot i en verksamhet som kan se ut hur som helst, och uppdraget förändras ofta utan föregående diskussion med dem som förväntas utföra arbetet. I Sverige använder vi typiskt nog ordet "uppdrag", när vi beskriver vilka uppgifter vi själva och vårdcentralen har och vad vi uträttar. Om vi i stället för "uppdrag" börjar tala om ett "åtagande" blir det tydligare vad det egentligen handlar om, nämligen vad vi anser oss kunna uträtta.

Slutsats: SFAM bör tillsammans med DLF driva frågan om ett nationellt åtagande samt delta i arbetet med formulering av ett grunduppdrag.



Bengt Marklund

Ordförande SFAM-Västerbotten:
"Trettio av våra åttio medlemmar i Västerbotten är pensionärer."



Rolf Bergström

Ordförande SFAM-Sörmland: "Landstinget har slopat patientavgiften i primärvården och öppettiderna på vårdcentralerna ökas nu med 6 timmar."



Hanna Åsberg

Ordförande SFAM och kassör SFAM-Gävleborg:
"När lokalreportrarna inbjöds till vårt medlemsmöte ville de skriva om primärvården, men sedan sjönk intresset."



Nils Rodhe

Ordförande SFAM-Dalarna: "Vi har välbesökta allmänläkarmöten två gånger om året men vakanserna är nästan 50 procent."



Jan Håkansson

Ordförande SFAM-Jämtland:
"Det börjar ljusna efter det olyckliga hyrläkarstoppet för några år sedan. I år arrangerar vi ST-dagar."



Magnus Kåregård

Kassör i SFAM, verksam i Region Skåne: "Antalet skånska ST-läkare i allmänmedicin har ökat från 70 till 350 på bara fem år."



Foto: Ingrid Eckerman.

Gröna öar och onödiga åtgärder

Gränsen mellan primärvård och slutenvård ger ofta upphov till problem. Lokala definitioner av allmänläkarens åtagande då det gäller krav på omhändertagande, diagnostik, behandling, medicinering och uppföljning av patienter som har, eller haft, kontakt med slutenvården kan vara angelägna.

Slutsats: SFAM och dess lokalföreningar bör stödja utvecklingen av det nationella kunskapsstödet (NKS) samt bidra till att gränserna mellan primär- och sekundärvård blir definierade, både lokalt och nationellt.

En fråga som länge legat på SFAM:s dagordning är den om överdiagnostik och överbehandling (jämför den tidigare "Onödiga listan"). Frågan är om vi låter oss påverkas av särintressen, läkare från andra specialiteter och av kommersiella krafter.

Slutsats: SFAM bör lyfta frågan om onödiga vårdåtgärder och sprida kunskap om de internationella rörelser som finns, till exempel "Choosing wisely" i USA.

Huruvida listtak och "gröna öar" bör införas är en kontroversiell fråga. De flesta huvudmän avvisar, med stöd av hälso- och

sjukvårdslagens krav på jämlik vård, kraftfullt både listtak och tanken på "gröna öar". Från allmänläkarhåll har det tvärtom hävdats att det krävs gröna öar för att kunna arbeta allmänmedicinskt. Att arbeta med listtak kan få befintliga specialister i allmänmedicin att stanna kvar, locka fler allmänläkare att söka fasta tjänster och visa utbildningsläkare hur välfungerande primärvård kan ser ut.

Slutsats: SFAM bör ta ställning till huruvida föreningen ska rekommendera införande av listtak och vara berett att stödja DLF:s politik på detta område



Josabeth Hultberg

Moderator

Sekreterare SFAM-Östergötland



Gösta Eliasson

Dokumentation

Facklig sekreterare i SFAM

Ordförande SFAM-Halland

gosta.eliasson@sfam.se

SFAM:s nya policy mot diskriminering, trakasserier och kränkande särbehandling

Sedan jag tillträdde som ordförande i april 2016 så har det inom SFAM framkommit betydande samarbetsvärigheter och i vissa fall till och med kränkande särbehandling. Problemet har varit relativt komplext och omfattat flera delar av föreningen. Som arbetsledare har jag sedan i våras vidtagit aktiva åtgärder för att förbättra kommunikationen och bemötandet internt.

En del i det arbetet omfattar ett nytt policydokument mot diskriminering, trakasserier och kränkande särbehandling. Styrelsen har godkänt detta policydokument på styrelsemöte 2016-11-28. Det omfattar i första hand SFAM:s anställda, eftersom SFAM har ett arbetsgivaransvar

mot dem, men motsvarande förhållningssätt ska givetvis gälla mot föreningens alla förtroendevalda. Policydokumentet finns att rekvirera från SFAM:s kansli för den som önskar läsa det. Det har publicerats på Ordbyte den 2016-11-29 samt att jag avser att lägga upp det på vår omarbetade hemsida, när den är klar.

Att arbeta för SFAM ska vara givande. Oavsett om man är anställd eller förtroendevald ska man kunna känna att man gör en positiv skillnad för föreningen och för allmänmedicinen. Alla som arbetar för SFAM förtjänar att bli bemötta på ett vänligt och respektfullt sätt. Ett positivt och öppet arbetsklimate ger arbetsglädje. Ett välfungerande arbetsklimate är också

nödvändigt för att vi ska arbeta effektivt och uppnå konkreta resultat i sakfrågorna.

SFAM ska vara en förening där det är högt i tak så att alla har möjlighet att ventilera sin åsikt. Åsikterna måste dock kunna stötas och blötas utan att det går över till ett otrevligt bemötande eller personliga påhopp mot enskilda individer. Så länge jag sitter som ordförande kommer jag att fortsätta att arbeta aktivt för att SFAM lever upp till detta.

Gävle den 29 november 2016

Hanna Åsberg

Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



Från vänster: Maria Wolf, Heléne Swärd, Hanna Åström, Lars Bäcklund, Anna Nager.

Idéseminarium i vintermörker

SFAM:s idéseminarium 1-2 december 2016 samlade ett stort antal deltagare. Dagarna blev intensiva med diskussioner i stora och små grupper, under kafferaster och måltider.

Första dagen inleddes med att vi under Josabeth Hultbergs ledning redogjorde för läget i landet. Bristen på specialister var ett genomgående tema liksom medlemsrekrytering. I vissa landsting/regioner kan skönjas en viss positiv utveckling från ledningens sida, medan man på andra håll helt saknar förberedelser för t.ex. pensionsavgångar. Några gav exempel på lyckat samarbete med Distriktsläkarföreningen. Se sammanfattningen sid 4!

Anna Nager, vetenskaplig sekreterare, berättade om arbetet med att öka den vetenskapliga profilen i SFAM. Man vill lyfta upp ST-projekt och forskande allmänläkare. Inför kongressen i Karlstad har man bildat en vetenskaplig kommitté av hela forskningsrådet plus lokala representanter. Ett abstraktsystem testas, och de allmänmedicinska institutionerna har möten i anslutning till kongressen. Nästan 70 abstrakts har kommit

in. Det blir Östergötland som organiserar kongressen 2018.

Efter denna genomgång vidtog en brainstorm som fyllde alla tavlor.

Middagen blev som vanligt livlig.

Andra dagen inleddes med att Hanna Åsberg redogjorde för ULF-projektet, och vi diskuterade fortsatt stöd för fortbildning. Staffan Ekedal, Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning och Ove Andersson, Distriktsläkarföreningen, fortsatte. Slutligen fick vi i grupper diskutera framtidens primärvård utifrån fem olika ämnen.

Dagarnas svar på den övergripande frågan "Vad ska SFAM jobba med?" var ALLT!

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



Eva Arvidsson, Anna Nager och Hanna Åsberg.

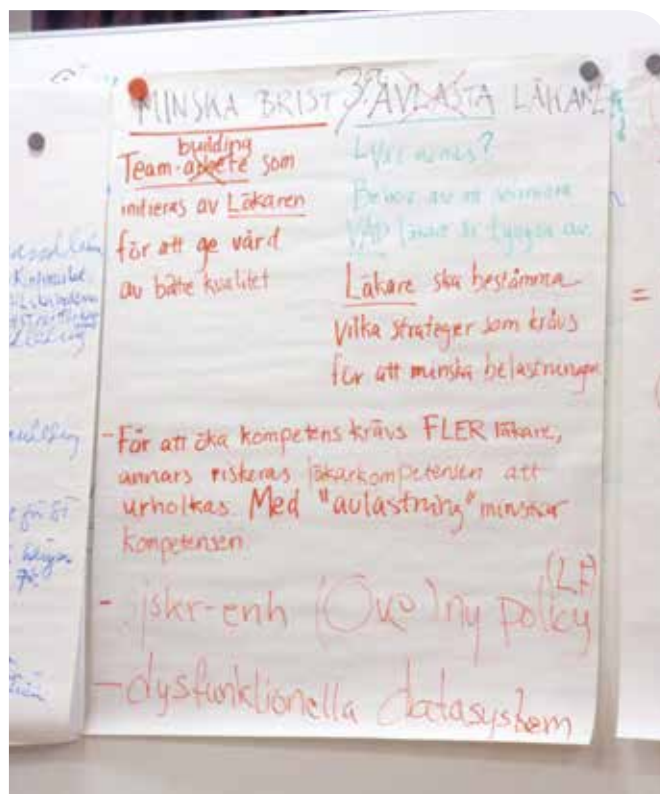




Josabeth Hultberg, Jan Håkansson, Anders Hernborg och Malin André.



Möte med fortbildningssamordnarna. Remy Waardenburg, Sara Hallander, Christina Sandell, Sofie Näslund, Staffan Ekedahl, Gösta Eliasson, Anders Lundqvist, Andrea Thörneby och Anneli Vinensjö.



Välkomna till ST-dagar i
allmänmedicin i Åre
13-15 september 2017.

För mer information och
anmälan www.st-dagarna.se



Välkommen till Svensk allmänmedicinsk kongress

Liv och Lust i Karlstad

26–28 april 2017



Keynote speakers:



"Vad är en människa?"

Lasse Berg, författare, journalist och dokumentärfilmare.



"General Practice and Global Health"

Iona Heath, English medical doctor and writer former president of the Royal College of General Practitioners.



"Dolphin cows and Jesus"

Neal Maskrey, Honorary Professor of Evidence-informed decision making at Keele University.



Paneldebatt med bland andra Göran Stiernstedt, docent och statlig utredare och Hanna Åsberg, ordförande i SFAM.

Anmälan och program finns på sfam.se.

Ladda ner appen **Liv event** för program och information före och under kongressen. Appen finns att hämta på Google Play och iTunes.

Varmt välkommen!

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin



SFAM-Z i Jämtland Härjedalen

Styrelsen för SFAM-Z

Jan Håkansson, ordförande
Christina Green Thomas, kassör
Olof Englund
Kristina Seling
Kristina Halldorf ST
Cornelia Brusmark ST
Karin Alverlind ST, adj. medlem

Foto: Cornelia Brusmark

SFAM i Jämtland Härjedalen är en aktiv förening där hälften av regionens cirka 80 allmänläkare är medlemmar. Det är god tillväxt då vi för närvarande är 35 ST-läkare. Fortbildning, handledning och vetenskapligt arbete har länge varit prioriterat inom regionen trots av även vi brottas med bemanningssvårigheter.

Regionen har en välorganiserad och högkvalitativ ST-utbildning, där mycket av de obligatoriska momenten erbjuds lokalt. Det är självklart att ST-läkarna under sitt vetenskapliga arbete ska ha en disputerad handledare, i möjligaste mån en disputerad allmänläkare. Detta kan ofta tillgodoses då ca 10 % av distriktsläkarna är disputerade. Att ST-utbildningen är så välutvecklad kan vi tacka vår fantastiska ST-studierektor Lena Lilja för.

SFAM-Z har haft och fortsätter att ha en viktig roll i detta arbete. Varje år utses Årets distriktsläkare för att uppmärksamma den allmänläkare som har gjort ett särskilt bra arbete. SFAM-Z delar även ut stipendium till årets vetenskapliga uppsats, dels till en allmänläkare och dels till en ST-läkare. Personerna premieras under högtidlig diplomutdelning i samband med SFAM-Z:s årsmöte. Även handledning uppmärksammas genom ett nyligen instiftat handledarpris specifikt för primärvården. Det delas ut i samband med våra återkommande fortbildningsdagar. Då delar SFAM-Z dessutom ut diplom till nyblivna specialister.

Fortbildning

I regionen finns en aktiv fortbildningsgrupp bestående av specialister och ST-läkare. Dess medlemmar utses av SFAM-Z:s årsmöte. Två av medlemmarna har tid avsatt i sin tjänst för detta arbete. Fortbildningsgruppen ansvarar för och organiserar regionens fortbildningsdagar för läkare i primärvården. Varje år genomförs fem heldagar med föreläsningar inom vitt skilda ämnen. Dagarna ges med samma program två på varandra följande dagar för att möjliggöra allas deltagande och är uppskattade och välbesökta fortbildningstillfällen.

I primärvården i Jämtland Härjedalen finns ett flertal aktiva FQ-grupper och alla specialister och ST-läkare har möjlighet att delta i verksamheten. Grupperna träffas ungefär fem dagar per år.

Våren 2015 arrangerades för första gången utbildningsdagar i Åre, riktade till läkare i primärvården i hela Sverige. Tema vid detta tillfälle var idrottsmedicin samt glesbygdsmedicin. Tanken är att låta detta arrangemang vara återkommande vartannat år.

Hösten 2017 står Jämtland Härjedalen värd för SFAM:s

ST-dagar. Planeringen är i full gång och konferensen kommer att genomföras 13-15 september i Åre. Temat för konferensen är hållbarhet. ST-läkarna i SFAM-Z:s styrelse är engagerade i styrgruppen för dessa dagar tillsammans med ytterligare ST-kollegor i regionen.

Under vintern 2017 arrangerar SFAM-Z tillsammans med Region Jämtland Härjedalen en inspirationsdag för medarbetare och politiker där Göran Stiernstedt kommer att delta för att presentera sin rapport. Vår förhoppning med denna dag är att vi ska kunna hitta sätt att stärka primärvårdens roll lokalt.

SFAM-Z har ett konstruktivt samarbete med Distriktsläkarföreningen lokalt i frågor som rör bägge parter.

Sociala aktiviteter

Höstting arrangeras årligen och är en social sammankomst för specialister, ST-läkare och AT-läkare verksamma i primärvården. De senaste åren har tillställningarna varit familjevänliga aktiviteter i jämtländsk miljö. Årets höstting avhölls i Glösa älgrike med guidad stenålderstur och älgskavssoppa.

Primärvården i Region Jämtland Härjedalen deltar årligen med ett lag i St. Olavsloppet, ett stafettlopp som under tre dagar går längs pilgrimsleder mellan Östersund och Trondheim. Flera av medlemmarna i SFAM:s lokala styrelse har sprungit sträckor i loppet.

På vårvintern arrangeras i Årefjällen en längdskidtävling där bästa allmänläkarna respektive ST-läkarna utses.

Ett stafettlag från primärvården deltog 2016 även i skidstafetten Årefjällsloppet. Förhoppningen är att detta ska bli en tradition med deltagande även kommande år.

Tidningen Jämtländsk allmänläkare

Sedan ett par år utges några gånger per år tidningen Jämtländsk allmänläkare med Olof Englund som redaktör. Tidningen förmedlar information om aktuella händelser i primärvården, SFAMs aktiviteter och är delvis tänkt som inspiration och för läkarrekrytering.



Cornelia Brusmark
ST-läkare, Östersund
cornelia.brusmark@regionjh.se
Styrelsemedlemmar SFAM-Z

Kristina Halldorf
ST-läkare, Östersund



Östergötland:

Finns det hopp för primärvården?

”Framtidens primärvård – hur blir det i Östergötland?” var rubriken när cirka 80 allmänläkare i Linköping möttes med Göran Stiernstedt och lokala makthavare med ansvar för primärvården.

Trots få konkreta förslag har de nationella och regionala beslutsfattarnas engagemang väckt visst hopp – om inte på framtidens bästa primärvård, så åtminstone på en framtid för primärvården.

Parallellt med Stiernstedts utredning ”Effektiv vård” [1] har projektet ”Framtidens bästa primärvård” pågått i Östergötland [2]. Problembeskrivningarna överensstämmer: Vården är sjukhustung, fragmenterad, ojämlig och ineffektiv. Andelen allmänläkare i läkarkåren liksom primärvårdens andel av vårdresurserna är för liten. Ersättningssystemen styr ofta mot ökad administration. Primärvården fungerar inte som en verklig första linjens sjukvård och saknar kapacitet för det breda åtagande som samfällt beskrivs som eftersträvanvärt.

Stiernstedt inledde med en redogörelse för ”Effektiv vård”. Regionrådet Kaisa Karro (s) redovisade beslutet att lyfta ut primärvården ur närsjukvårdsorganisationerna och göra ett centralt primärvårdscentrum, ett av huvudförslagen från östgötaprojektet [2]. Hon stod även till svars för det politiska beslutet att införa hyrläkarstopp, tillsammans med regiondirektör Mats Uddin.

– Det kommer att bli tufft, men vi tror på det, sa han.

Uddin hade med sig hälso- och sjukvårdsdirektör Lena Lundgren och närsjukvårdsdirektören i Linköping, Rolf Östlund. Lundgren talade om hur primärvården kan effektiviseras och kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa minska genom förebyggande insatser med Västerbottensprojektet som förebild.

– Att satsa på hälsa är vägen till att lösa problemen vi står inför, menade hon.

Östlund talade om behovet av samordning av vården med visioner om digitalisering. Han framhöll videomöten med kry.se i Jönköping som ett gott exempel:

– Ny teknik kan avlasta oss så att vi kan göra andra saker. Framtid är inte dåtid.

Stämningen i auditoriet efter detta var allt annat än hoppfull. Den sjönk än mer när regiondirektören fastslog inför diskussionen att någon ekonomisk resursomfördelning till primärvården inte kan utlovas, utan att det nu gäller att samarbeta bättre, tänka nytt och ”gasa i uppförsbacken”.

När deltagarna fick lufta sina farhågor om en fortsatt pressad arbetssituation, som skrämmer snarare än lockar nya medarbetare, lätta de det något. Tilltro till tekniken som en lösning och inte ett medel ifrågasattes. Allmänläkartäthet i förhållande till primärvård-

dens uppdrag togs upp med utgångspunkt från ”trappan” som modifierats efter lokala och aktuella omständigheter, se figur 1.

Paneldeltagarna tog tydligt intryck av vittnesmålen om bemanningsfrågans betydelse för en långsiktigt hållbar primärvård med kapacitet för det breda åtagande som alla säger sig önska. Mötet väckte inte hopp hos allmänläkarna om omedelbara konkreta lösningar, men fyllde ett uppenbart behov av dialog med ansvariga beslutsfattare. Den stora uppslutningen och engagemanget bådade gott, inte minst inför den förestående organisationsförändringen. Om den årliga uppräkningsbudgeten tillfaller primärvården, som Stiernstedt föreslog, behövs ett allmänmedicinskt engagemang och fortsatt dialog om hur det bäst används.

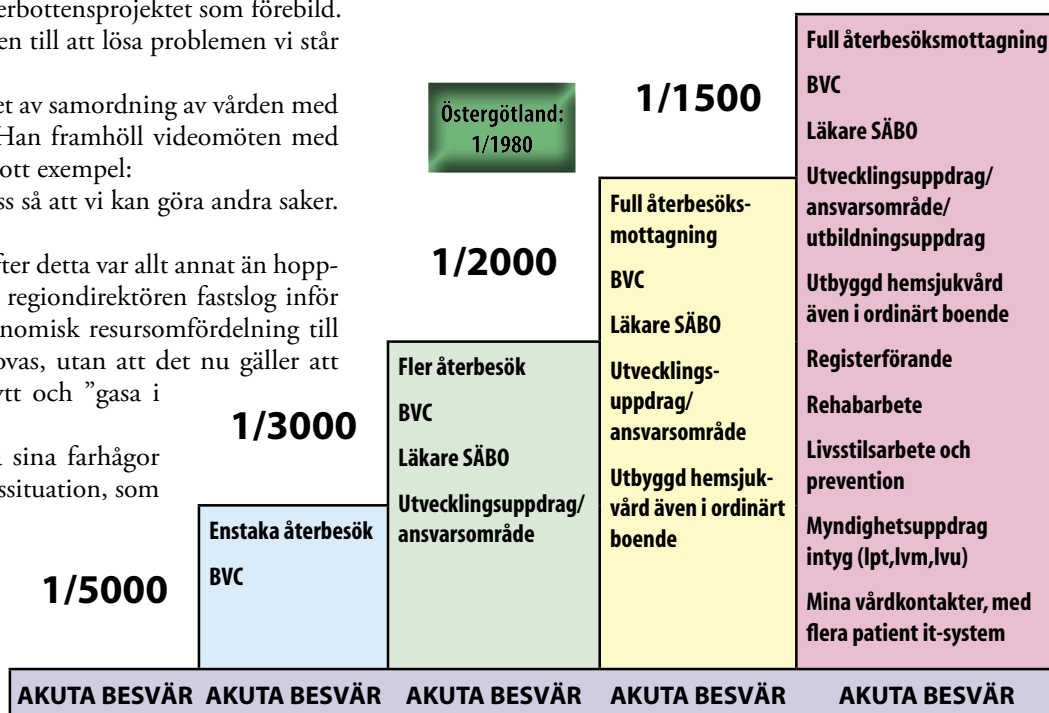
Helt hopplöst avseende mer jordnära åtgärder är det inte. Det finns konkreta initiativ: utbildningsvårdcentraler för utrikes utbildade läkare, ökat antal ST-tjänster i allmänmedicin, sjukhusläkarförstärkt hemsjukvårdsverksamhet inklusive läkaransvar på kommunala korttidsboenden, akutgeriatrisk verksamhet i mobila team med direktinläggningsmöjligheter på vårdavdelningar, och sidoutbildning i allmänmedicin för ST-läkare i internmedicinska specialiteter.

Josabeth Hultberg
Vårdcentralen Åby, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com



Referenser

1. Effektiv vård. SOU 2016:2
2. Framtidens bästa primärvård. Slutrapport - projektresultat. Region Östergötland 2016-04-07. Diarienummer HSN 2015-726



Debattkväll i Dalarna

En mörk kväll i slutet av november 2016 samlades ett 30-tal förväntansfulla och diskussionslystna primärvårdsläkare i Falun. Dalarnas lokala SFAM-förening hade bjudit in till diskussionskväll under rubriken "Idédebatt om framtidens primärvård i Dalarna". En panel med inbjudna gäster fick skissera olika framtidsscenarioer under någon timmes diskussion innan ordet släpptes fritt och åhörarna fick bidra med kommentarer och egna idéer. Vi hade medvetet valt att inte bjuda in aktiva landstingspolitiker utan hade en tanke om att tankarna skulle få flyga fritt och kanske rentav något högre än i den vardagliga landstingsdebatten.

Från grannlandet Gävleborg hade SFAM:s ordförande Hanna Åsberg bjudits in för att ge sin och föreningens bild av primärvårdens förutsättningar på nationell nivå, nu och i framtiden. Den bilden kompletterades med lokala perspektiv från Dalarnas distriktsläkarförenings ordförande Gunnar Svärd, och från Ulf Börjesson, distriktsläkare och chef för Division primärvård i Landstinget Dalarna. För att få ytterligare fart på idéutbytet hade också opinionsbildare i form av ledarskribenter från lokaltidningarna bjudits in. Gabriel Ehrling från liberala Falu-Kuriren/Dalarnas Tidningar hade hörsammat inbjudan och bidrog till att vidga diskussionen med befolkningens perspektiv.

Utgångspunkten för debatten – och även rubrik i inbjudan till kvällen – var det "Guldläge för primärvården" som Hanna Åsberg identifierade i samband med att hon valdes till ordförande i våras. Det senaste året har det synts flera tecken på att läget är gynnsamt för primärvården. Göran Stiernstedts utredning, Läkaresällskapets "En värdefull vård" och inte minst det faktum att beslutsfattare på lokal och nationell nivå nu allt oftare talar om primärvårdens viktiga roll är bara några exempel. Nu gäller det att också omsätta alla dessa goda idéer i praktiken! Hur det ska gå till var en av de centrala frågeställningarna i paneldiskussionen.

De problem som primärvården brottas med är välkända och diskuteras flitigt i denna tidskrift. Vilka problem som skapar störst utmaningar för framtiden va-



Stående: Moderator Emil Péclard. Sittande från vänster: Gunnar Svärd, Hanna Åsberg, Gabriel Ehring, Ulf Börjesson.
Foto: Nadja Schuten-Huitink

rierar möjligen över landet. Precis som i många andra glesbygdslän är det kanske bemanningen som utgör det allra största orosmolnet här i Dalarna, vilket bl.a. diskuterats i en artikel av Nils Rodhe i Allmänmedicin 4/2016. Paneldeltagarna tog sig an ämnet med liv och lust från sina respektive utgångspunkter.

"Bland de tankar som luftades av flera av paneldeltagarna kan nämnas behovet av ökat samförstånd mellan primär- och sekundärvård och att öka arbetsglädjen i primärvården."

Bland de tankar som luftades av flera av paneldeltagarna kan nämnas behovet av ökat samförstånd mellan primär- och sekundärvård och att öka arbetsglädjen i primärvården. Ledarskribenten Ehrling ville gärna diskutera hur befolkningen kan uppmuntras att hellre söka sig till sin vårdcentral än till akutmottagningen, till

exempel genom ekonomiska styrmedel i form av patientavgifter, eller med politiska och organisatoriska reformer där primärvården lyfts fram.

Gunnar Svärd och Hanna Åsberg lyfte båda fram allmänläkaryrkets fördelar och tyckte att det kan utgöra en bra grogrund för att skapa attraktiva och långsiktigt hållbara arbetsplatser i primärvården. Divisionschef Börjesson knöt an till flera av paneldeltagarnas tankar genom att redogöra för hur landstinget med liknande idéer konkret arbetar med att utveckla primärvården.

Efter paneldiskussionen bidrog flera av åhörarna med repliker som spände över ett brett spektrum av ämnen – bland annat historiska tillbakablickar, digitalisering och IT-lösningar, kontinuitet och "gröna öar" samt förslag på åtgärder för förbättrat arbetsklimat och hur man lockar yngre kollegor till primärvården.

Kvällen avslutades med en gemensam middag på plats, och diskussionen fortsatte minst lika intensivt vid borden.

Emil Péclard
Distriktsläkare
Vårdcentralen Tisken,
Falun
emil.peclard@
ltdalarna.se





Kry och Min doktor gör sig stora pengar på digital vård

Två nya aktörer på den digitala hälsomarknaden är de "virtuella vårdcentralerna" Kry och Min Doktor. Båda erbjuder 24-timmars "öppet" och kort väntetid. På hemsidorna finns listor med de besvär man kan ta hand om. Till stor del är det sådana krämpor som 1177 och distriktssköterskor brukar ta hand om. En konsultation kostar 250 kr (gratis om man är under 20 år) och högkostnadsskyddet gäller.

Kry lovar råd, recept, remiss och hemleverans av läkemedel. Man får 15 minuters videosamtal. Hemsidan är utförlig. Det står tydligt vad man *inte* kan hjälpa till med, t.ex. förskrivning av narkotiska preparat eller sjukskrivning längre än 14 dagar. Här finns också psykolog. KRY ser sig endast som en teknisk plattform och CE-märkt medicinsk-teknisk produkt, dvs. är ej vårdgivare. De enskilda läkarna bär hela ansvaret.

Min Doktor kallar sig "Sveriges största vårdcentral" och erbjuder även förnyelse av utskrivet preparat. Man fyller i en hälsoprofil och väljer därefter ett symtomformulär. Kommunikationen sker huvudsakligen via chat, men videokonsultation är möjlig. Remiss för provtagning skrivs vid behov. Här finns också barnmorska. Min Doktor är en vårdgivare med egenutvecklad teknisk plattform, och CE-märkning behövs ej. Ansvaret läggs på de enskilda läkarna. Annonsering sker bl.a. via gratisappar.

Den nya patientlagen gör det möjligt att söka vård var som helst i Sverige. Sedan debiteras hemmalandstinget enligt utomlänstaxan. Detta utnyttjas av Kry och Min Doktor. De har avtal med Landstinget i Värmland respektive Region Halland men marknadsför sig mot hela Sverige. En kort video- eller chatkonsultation, utförd i hemmet eller på semesterorten, ger lika stor ersättning som en konsultation och undersökning av en utomlänspatient på en vårdcentral.

Detta gav upphov till en yvig diskussion på Ordbyte:

Patient utan tidigare kontakt med min vårdcentral ringer för att boka en tid om en månad, som uppföljning av antidepressiv behandling med X och Y som förskrivits via KRY tre dagar tidigare. ... Remiss för uppföljning hade jag, med tvekan, kunnat köpa. Detta rör sig om insatt behandling utan planerad uppföljning (såvitt framgår) och hänvisning utan remiss eller annan informationsöverföring. *Andreas Thörneby, Mark*

Många tycks sätta förhoppningar till virtuella vårdcentraler. Allmänläkarbristen gör denna verksamhet till lysande affärsprojekt med en synnerligen stor marknad. I Sverige tar allmänläkarna emot 15 miljoner besök per år vilket är en extremt låg siffra i internationell jämförelse. Det går säkert att prestera ytterligare 15 miljoner besök via nätet utan att det avlastar vården det minsta. Tvärtom kommer verksamheten dränera primärvården på ytterligare allmänläkare. Effekten kommer att bli att allmän-

läkare, som kunde ta hand om sina egna patienter med störst behov, i stället tar deltidsanställning på KRY och andra företag för att förbruka sin tid på banala fall varav många inte ens skulle söka sin fastläkare om de hade någon de kände till till.

Jonas Sjögren, Västerås

Om vi nu tar jobb på distans är väl en sak (hörde om en seriös kollega som knäcker extra under semestern i Thailand...), men att Värmlands experiment kan pungslå "min" hälsocentral på massa pengar för att patienter i fyllan och villan kan boka tid på natten för erektil dysfunktion, eller få ett subventionerat besök för secondhand opinion u.p.a. dygnet runt, är rätt skandalöst. Thailandskollegan berättade iofs. att det var vanligt att patienter ringde och frågade: vad då doktorn, vad betyder KOL?

Robert Svartholm, Luleå

Som verksam distriktsläkare i Värmland tar jag med intresse del av era farhågor och delar er oro för att Kry m.fl. främjar en konsumtionsdriven sjukvård. Någon skall ju betala för detta och jag är tveksam till att det kommer att avlasta sjukvården. Min egen farhåga är att kostnaden för sjukvård som "kunden" önskar kommer att öka med påföljd att budgeten för medicinskt prioriterad vård kommer att bli mindre...

Per Häggkvist, Forshaga

Ignoranta tjänstemän och politiker i Landstinget Värmland köper in dyra stafettläkare på nätet till patienter med de definitionsmässigt minsta vårdbehoven. De patienter som behöver följas upp på något sätt hänvisas till ordinarie läkare på vårdcentralen som får börja om från början.

Jonas Sjögren, Västerås ►►



Illustrationer: Katarina Liliequist



Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Om en Stockholmare går till sin lokala vårdcentral innebär det en ersättning till mottagningen på 250 kr totalt (varav 200 kr är egenavgift om medborgaren inte hunnit komma upp till frikort.) Om samma medborgare inte vill masa sig till mottagningen utan från TV-soffan konsulterar Min Doktor debiteras alltså, via annat landsting, 1885 kr för så kallad utomlänsvård. Detta motsvarar kostnaden för 7,5 läkarbesök på den traditionella vårdcentralen eller 2,5 hembesök av läkare från vårdcentralen. Om man räknar bort egenavgiften blir det än mer absurt med drygt 33 läkarbesök på vårdcentralen för samma skattepeng som för 1 virtuellt besök med utomlänstaxa.

Karl-Patrik Jonsson, Stockholm

Och i Hässelby i västra Stockholm är ersättningen 100 kr per patientbesök, så då blir det 83 besök på ett virtuellt.

Rikard Viberg, Stockholm

Jag har fått info om att Region Skåne bestrider fakturorna från Kry.se och förbereder sig för rättsprövning. Samt följande info: "Socialstyrelsen håller också på att göra en genomgång och har skickat ut ett förslag på remiss om hur man ska se på videosamtal: distansmöten är där skilda från fysiska möten (=besök) och kopplas tydligt ihop i samma härad som telefonsamtal och brev.

Catarina Canivet, Lund

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

SFAM Halland vann 2016 års medlemstävling



De ökade sitt medlemsantal med 25 procent och kan skicka en deltagare utan avgift till Svensk allmänmedicinsk kongress i Karlstad 16-18 april 2017.

Vilken lokalförening vinner medlemstävlingen 2017?

Annons



Mental istid?

Vi lever i en tid där det talas om att artificiella intelligenser (AI) kommer göra hälften av mänskligheten arbetslös inom de närmsta 30 åren. Stephen Hawking, Elon Musk m.fl. har uttalat domedagsprofetior om att detta kan innebära slutet för mänskligheten, som det ju förutspåddes i "Terminator" redan 1984. Andra förutspår en fjärde industriell revolution eller medborgarlöner.

Hur kommer detta då påverka oss allmänläkare? Är det dags att börja spendera somrarna som stafett för att trygga framtiden när våra elektroniska överintellekt nu står vid dörren? Kanske lite främmande, då våra nuvarande elektroniska hjälpmedel till synes helt saknar intelligens.

En AI, så som dom ter sig inom de organisationer där man i högre utsträckning använder sig av den moderna informations-teknologins möjligheter, excellerar på kunskapsuppreparande och mönsterigenkänning – det är egentligen bara en fråga om processorkraft och lagringsutrymme. Därmed är det också möjligt att besegra våra "underlägsna" mänskliga intellekt i aktiviteter såsom schack och Go.

"Att vi på mindre än 70 år gått från siffermaskiner med elektronrör till artificiella ukrainska pojkar är naturligtvis en stor bedrift."

Inom vårt gebit finns uppenbara tillämpningar inom bildtolkning, röstigenkänning, sammanställning av information och möjligen även konsultation/behandling. Föreställ er automatiserad granskning av ögonbottenbilder, röntgenbilder och EKG; digitala läkarsekreterare; varningar om interaktioner med förslag om dosjusteringar och preparatbyten; råd om individanpassad läkemedelsbehandling/dosering utifrån komplexa behandlingsscheman; automatiska journalsammanfattningar; differentialdiagnostiska hjälpmedel utifrån beskrivna symtom, statusfynd och labprover; skattningar av sjukdomsrisk som bygger på både livsstilsfaktorer och analyser av genetik och epigenetik; AI-telefonrådgivning och adaptiva online-terapi.

Möjligen skulle en duglig AI kunna hjälpa oss också vad gäller status: direktanalys av auskultationsfynd, analys av molekyler associerade med en viss sjukdom i utandningsluften, ultraljudsapparater med inbyggd bildtolkning etc.

Vissa av dessa saker finns redan idag, andra bör finnas tillgängliga innan AI gjort hälften av mänskligheten arbetslös. Som alltid inom medicinen kommer det föra med sig nya etiska och juridiska frågeställningar. Möjligen kommer det också leda till ett minskat läkarbemanningsbehov i framtiden – förutsatt



Illustrationer: Katarina Liljequist

att befolkningen inte samtidigt blir äldre och/eller sjukare och vårdbehoven därmed ökar.

Kan man då betrakta detta som intelligens? Nja... Det beror nog både på vad man menar med intelligens och hur komplex man upplever vår egen icke-artificiella intelligens vara. Sett till AI:ernas möjliga prestationer här ovan går det hävda att detta "enbart" är självsökande databaser med automatiserad datainsamling, där det helt saknas motsvarighet till mänskliga begrepp såsom medvetenhet, personlighet, kreativitet, vishet, förnuft och humor. Är detta då behövligen egenskaper hos en allmänläkare? Om så: hur långt bort är egentligen dagens AI:er vad gäller dessa lite mer diffusa kvaliteter?

Ett aktuellt exempel är att en AI nyligen klarade ett förenklat Turingtest, dvs. den lyckades lura 10 av 30 mänskliga domare att den också var en människa i ett textgränssnitt där AI:n låtsades vara en 13-årig ukrainsk pojke med engelska som andraspråk och därmed också ett alibi vad gäller kommunikationssvårigheter.

Det är oklart hur lång vägen är från detta till att en AI ska kunna göra en medicinsk bedömning med hänsyn tagen till individ, icke-verbaliserade uttryck och etik, dvs. betrakta patienten som en person med symtom snarare än samling sökord, och samtidigt inge ett tryggt och empatiskt intryck.

Att vi på mindre än 70 år gått från siffermaskiner med elektronrör till artificiella ukrainska pojkar är naturligtvis en stor bedrift. Att vi ska göras arbetslösa av datorer någon gång dom närmsta 30 åren anser jag personligen vara osannolikt – däremot kommer vi nog använda oss betydligt mer av de starka sidorna hos datorer och AI än vad vi gör idag!

Mårten Segerkvist
ST-läkare

Vårdcentralen Vilan, Skara
marten.segerkvist@brackediakoni.se



Denna text är ett sammandrag av inlägg i Ordbyte.

ST med glesbygdsmedicinsk profil

Isamband med bildandet av Svensk förening för Glesbygdsmedicin (SFGM) föddes tanken på en utvidgad utbildning för ST-läkare med placering i glesbygd.

Vid konferensen i Västernorrland 2007 lovade de fyra norrlandstingens primärvårdsdirektörer att verka för föreningens förslag: att tillsätta ST-tjänster med glesbygdsprofil, att inrätta ett forskningscenter i glesbygdsmedicin och att tillsätta en nationellt samverkande studierektor för glesbygdsmedicin.

Västerbottens läns landsting (VLL) anslog medel så att eldsjälarna Anna Falk, Norbeth Hansson och Christer Andersson kunde arbeta fram ett förslag för ST-läkare i glesbygd med utgångspunkt från den då nya målbeskrivningen. Förslaget grundar sig på att läkare i glesbygd följer sina patienter "från vaggan till graven" och att man i samband med trauma, förlossningar och andra händelser är den högsta och första medicinska kompetensen på plats.

VLL inrättade fem block med glesbygdsmedicinsk profil 2008. Sara Backlund i Dorotea var först ut. Två av blocken tillsattes i Umeå och två i Burträsk utanför Skellefteå. Snart följdes de av flera ST-läkare i Åsele, Storuman och Vilhelmina.

Man upptäckte snart att det inte fanns riktlinjer för utbildningen förutom den utökade målbeskrivningen. Ett lokalt komplement till SFGM:s målbeskrivning antogs där placering på sjukstuga blev obligatorisk, förlängning av ST-tjänsten möjliggjordes samt ekonomiska ramar för ett ökat antal kurser fastställdes.

Andra landsting följde efter. Nu finns ST-läkare med glesbygdsprofil i Norrbotten, Jämtland/Härjedalen, Västernorrland, Gävleborg och Dalarna. Lokala rutiner finns i varje landsting/region, men grunden är SFGM:s tillägg till målbeskrivningen som med åren fått revideras ett antal gånger.

En utvärdering i VLL 2011 visade att för flera hade valet av specialitet avgjorts av den trygghet man kände genom den breddade utbildningen.

Under åren har i VLL utbildats elva specialister i allmänmedicin med glesbygdsprofil och många är på gång. Några har haft sin grundplacering på sjukhusnära hälsocentraler men i perioder tjänstgjort på sjukstuga.

Arbetet med att marknadsföra och förbättra den glesbygdsmedicinska ST-utbildningen fortgår. Den ST-läkare som vill få en bredare bas för att känna sig trygg i att arbeta i glesbygd bör få detta. En ST-läkare i stadsmiljö kan ha nytta av randning i glesbygd, och verksamhetschefen får tillbaka en läkare som vågar lita på sin egen kunskap och trivs med sitt arbete. Rekryteringsmässigt gynnas både stadsnära hälsocentraler och hälsocentraler i glesbygdsområden.

Behovet av samarbete över landstings- och regiongränser kring utbildningsfrågor i glesbygd har blivit tydligt. Studierektorerna har regelbundna videomöten för att tillsammans arbeta kring förbättringsområden. Fler mötesplatser för ST-läkare i glesbygd önskas.

Catharina P Ingvarsson

Studierektor i Södra Lappland, Västerbotten
Storuman
catharina.ingvarsson@vll.se



Anna Falk

Studierektor i Västernorrland
Ånge



Sidotjänstgöring på vårdcentral i glesbygden:

Min upplevelse på sjukstugan i Jokkmokk

För några år sedan var jag på en konsultationskurs på en ö i Grekland, deltagarna var från olika landsting i Sverige. Där lärde jag känna den dåvarande studierektorn för Norrbottens läns landsting, som bjöd in mig att komma till sjukstugan i Jokkmokk för en tids glesbygdstjänstgöring. Det var inte förrän några år senare som jag kontaktade honom och gjorde slag i saken.

Till vardags gör jag min ST på en vårdcentral på Lidingö. Det är en landstingsdriven verksamhet i ett välmående område, med stabila kollegor och inga vakanser. Vi har tre andra vårdcentraler inom gångavstånd, ett flertal specialistläkare i öppenvård att välja mellan på nära håll och tio minuter med bil till närmsta akutsjukhus. Tre år in i min ST kände jag mig redo att se ett annat sätt att arbeta, i ett annat landsting, i en ny miljö.



På väg för hembesök.

Foto: Lina Forssell

Min chef tyckte att det var ett spännande förslag på placering och hen uppmuntrade mig att åka. Min studierektor förklarade att en placering på vårdcentral i glesbygd är att räkna som en sidotjänstgöring, så jag hade min lön så som vid vilken annan 'randning' som helst.

"Sammantaget kände jag att jag växte i min roll som allmänläkare när jag märkte att mitt sätt att möta patienter fungerade även där."

Jag såg fram emot en lärorik tid, förhoppningsvis med lite annorlunda patienter, kanske mer sjuka och mindre krävande än på Lidingö. Jag hoppades även på några annorlunda fall, t.ex. förfrysningar eller spark av ren... Ja, jag hade nog en och annan fördom om Norrland innan jag kom dit!

Jag undrade hur jag skulle klara av kylan utomhus och om alla jag mötte skulle vara tysta och bara säga 'jo' på en inandning. Jag befarade ett ensamt jobb och att jag skulle handlägga svårt sjuka patienter på egen hand eller med specialistkollega per telefon.

Men oj så fel jag hade! Alla jag mötte under månaden i Jokkmokk var vänliga, pratglada och hjälpsamma. De var nyfikna på var jag annars jobbade och hur det kom sig att jag var på besök. De visade stor förståelse för att jag var ny i kylan, i journalsystemet och på byn. Jag upplevde en trevlig stämning över lag, som delvis hade med den årliga Jokkmokks marknad att göra. Marknadshelgen var feststämningen på topp!

Arbetet var annorlunda uppdelat mellan sköterskor och läkare på grund av en annan ersättningsmodell från landstinget. Distriktssköterskorna arbetade mer självständigt än hemma på Lidingö. Fler kompetenser var samlade på sjukstugan, t.ex. BVC, röntgen, solbehandling mot eksem och arbetsterapeut. Ambulanserna kom ofta till sjukstugan med patienter för en första bedömning, det skulle aldrig hända på Lidingö.



Rajd.

Foto: Lina Forssell

Sammantaget kände jag att jag växte i min roll som allmänläkare när jag märkte att mitt sätt att möta patienter fungerade även där. Folk är som folk är mest, och även om rutiner och färg på bussarongen skiljer sig åt så är kärnan i arbetet den samma var man än är. Jag vill verkligen rekommendera mina ST-kollegor att göra en glesbygdsplacering, eller kanske en förortsplacering eller storstadsplacering beroende på var du utgår ifrån. Att se en annan vårdcentral än "hemmavårdcentralen" under ST-tiden var väldigt berikande!

Lina Forssell
ST läkare och med. dr
Torsviks vårdcentral, Lidingö
lina.forssell@sl.se



Till min ST i Ånge

Världens bästa jobb, säger jag till studenten som med lysande ögon följer med och lyssnar på blåsljud och rassel, hör om oro och utmattning, kikar på prickar och lär sig om läkemedel. Hen tycker det är fantastiskt att det går att vara så avspänd och nästan familjär med patienterna – och ändå helt och hållet professionell. Vi befinner oss på en vårdcentral i Norrlands inland, med 10 mil till sjukhus.

Axel står det på listan. Oj, armen är nästan obrukbar, här är det nog slitet ut. Sjukintyg behövs.

"Men jag vill jobba igen, säger mannen – jag har ju världens bästa jobb!" Att klättra på stolpar och dra och reparera högspänningsledningar, ett fritt och viktigt arbete med gott

kamratskap. Vi lyckönskade varandra att båda tycka så om det vi gör.

Jag har världens bästa jobb, säger jag till AT-läkaren. Tänk att få vara nyfiken fortfarande. Att aldrig bli fullärd, alltid träffa på nya berättelser.

Hur gör du i förhandlingsfasen? frågar en av mina ST när vi under konsultationskursen tränat de tre viktiga F:en Föreställning Farhåga och Förväntan. Jag får fundera en stund. Hur ska jag förklara – det går ju av bara farten. Inte vet jag om det är bra eller rätt. Men man får en stil som håller, som folk känner igen. Människor i glesbygd doktorsshoppa inte. Vi får leva med varandra.

Du behöver inte vara hjälte

Som ST blir det lite mer komplicerat än för studenten som entusiastiskt kastar sig ut efter nästa patient. ST undrar över om man gör rätt, om varför tiden inte räcker till, om varför inte alla besök slutar med helnöjda patienter. ST måste åka på kurser jämt och bryta upp från HC och åka långt, långt till staden och arbeta på sjukhuset för att fylla alla mål.

ST-humöret kan ibland följa en sinuskurva. Första året – upp, upp. Kurvan för inläring är brant. I mitten kan det dala – att man aldrig är riktigt säker eller bra på någonting. Men år fyra har ju fantastiskt mycket klarats av och man har hittat sin stil. På upploppet mot specialistansökan kan det nog dala lite igen: Snart klar och nu tror alla att jag kan allting och aldrig mera fortbildning och ännu fler patienter som bara jag ska ansvara för!

Du är inte ensam!

...vill jag säga då. Du ska forma ditt arbete så att du får använda den stora medicinska kompetens du skaffat dig under alla idoga år. Du leder arbetet genom att du vågar fatta beslut, delegerar, råder, undersöker och diagnosticerar. Men du ska inte vara ensam. Du ska dela ditt arbete med andra läkare, med sköterskor, sjukgymnast och kurator, med sekreterare och lab. Alla hjälper varandra att komma ihåg, svara, informera och hålla reda. Och patienten själv – och familjen omkring den – är en stark bundsförvant. Du är inte ensam. Fast du är unik.

Men jag kan väl inte...

...åka ut i kalla vinternatten och konstatera dödsfall på någon som gått i samma skola som ett av mina barn?
 ...träffa en ung kvinna igen (år efter år) som mist synen – kanske för att vi inte förstod att hennes nackvärk och huvudvärk inte alls var det vanliga?
 ...skriva vårdintyg på hen som har bött granne och sedan följa flera år, när psykosens dalat över?
 ...gynundersöka en kompis?
 ...reponera en axelluxation?
 ...ta emot en kvinna i vecka 26 som visar sig ha riktiga värkar som måste stoppas inför transport?
 ...stå ut med att en kvinna i min egen ålder, som kommit för vanliga saker som ont i knäna, sjukintyg och måttlig panikångest, plötsligt visar sig ha cancer och snart sitter mitt emot mig hemma vid sitt köksbord och ber mig ge henne en spruta så hon får dö och slipper lida?
 ...bedöma en tre dagars baby som har svårt att andas?
 ...ta emot en man som ramlat tre meter från en stege?



Vid glesbygdskonferensen 2016 övade man på omhändertagande av skoter-skadad Anna Falk.

...stabilisera en äldre man som har en hemothorax (Waran och falla mot en spetsig sten när man plockar bär är ingen bra kombination) innan avfärd?

Ändå kan man. Finns ingen narkosläkare/gynekolog/palliativexpert/traumakirurg/neonatalspecialist tillgänglig så kan man i alla fall göra sitt bästa, behålla lugnet, vara första linjen.

Glesbygden har tvingat mig att göra saker jag inte vill, saker jag inte är särskilt bra på, saker jag aldrig övat på riktigt. Glesbygdsmedicin är för mig allmänmedicin plus. Arbetet har gjort mig till en erfaren allmänläkare. Med kunskap om den bygd jag gjort till min och som mina barn växt upp i. Jag har hört mycket om arbetsplatserna, om livsvillkoren. Känner igen. Jag är inte uppvuxen här, men har bott och arbetat så länge att jag ser drag från mor hos dottern, ja snart från farfar till sonson.

På Kulturnatten och på skyltsöndagen ser jag alla på torget. Jag bär era historier i mig. Det känns inte tungt, det är något bra och naturligt. Så narrativ som allmänmedicinen är i glesbygd tror jag aldrig den kan vara någon annanstans. Så kära ST, du behöver inte vara hjälte för att arbeta här. Du behöver bra grund att stå på, du kommer att få stöd av befolkningen och du är inte ensam.

Din handledare

Anna Falk
 Hälsocentralen Ånge
 Studierektor allmänmedicin i LVN
 Styrelseledamot i Sv. Förening för Glesbygdsmedicin
anna.falk.ange@telia.com



Glesbygdsmedicinsk komplettering av ST i allmänmedicin

Tjänstgöring på en hälsocentral/sjukstuga i glesbygd där innehållet planeras med handledare och studierektor, som även tittar på sidoplaceringarna på sjukhus. Innehåller extra kurser bl.a. kring bedömning och stabilisering av svårt sjuk/skadad patient, men även betoning på extra kunskaper i t.ex. palliativ vård och användande av distansteknik.

Läs hela förslaget samt information om (v)årligen återkommande konferenser på www.glesbygdsmedicin.info. Prova på! På hemsidan finns kontaktinformation till flera hälsocentraler i glesbygd som tar emot ST. Använd målbeskrivningens rekommendation att sidoutbilda sig på annan än sin ordinarie vårdcentral!

Svensk förening för Glesbygdsmedicin verkar för ökad kunskap om glesbygdsmedicin. Den skapar nationellt och internationellt samarbete kring forskning och utvecklingsprojekt och vill främja en god grund- och vidareutbildning för läkare och annan personal verksamma i glesbygd.

Annons

Sidotjänstgöring på vårdcentral i glesbygden:

Att vinna en seger i Tärnaby

Snö och blåst – klockan närmar sig startskott i ”Laxfjället Runt”, 19 km på skidor i Tärnabys omnejd. Loppet är, enligt sjuksköterskan Anna, ett motionslopp för deltagare som har picknick med sig. Efter att ha anmält mig i sista stund står jag nu där, sist i startfällan, iklädd skidträkt och skidor som passerat bäst före datum. Framför mig står drygt hundra ivriga tävlande, samtliga i moderna trikåer, ingen enda med lunchpaket på ryggen, däremot segervittring i ögonen. Jag inser snabbt att jag tillhör en annan sort och försäkrar mig hos tävlingsledningen att eftersläntrare blir upplockade innan mörkret faller. Min stolthet och triumf vet inga gränser då jag några timmar senare går i mål och förstår att jag inte bara har överlevt denna prövning, jag har dessutom avancerat tolv platser i startfältet.

”Det gäller att räkna, prioritera och framför allt hoppas att patienterna väljer att få sina hjärtinfarkter och strokes då ambulansen inte är upp-tagen med att köra skidturisterna till sjukhusens ortopedakuter!”

Tre veckor tidigare har jag gjort min entré i byn som jag under tre månader våren 2016 har förmånen att bo och verka i. Jag är randande ST-läkare från Stockholm med tillfällig tjänst på sjukstugan i Tärnaby. Vägen hit har börjat redan ett år tidigare, då jag tillbringade fem intensiva och givande utbildningsdagar i Hemavan under kursrubrik ”Akutmedicin i glesbygd”. Även om fjällen inte varit ett vanligt inslag i mitt liv tidigare var vintern, människorna och snön en slags reminiscens av en svunnen barndom på toppen av småländska höglandet, och jag tror att jag känslomässigt var ”fast” redan då vi första kvällen med buss passerade Tärnaby i snöstorm.

Att en tid här uppe skulle ge mig ovärderlig fortbildning och kunskap stod också klart för mig utom allt rimligt tvivel. Med 23 mil till närmsta sjukhus, en enda ambulans tillgänglig, mängder av akuta fall från skidbacken och ett arbete som också innefattade ansvar för akuta inläggningsplatser på själva sjukstugan skulle jag konfronteras med en verklighet som på väldigt få punkter liknar den jag till vardags möter i Stockholmsförorten Kista, tio minuters bilfärd från universitetssjukhuset KS.

Så tyckte dock inte cheferna i Stockholm. Min planerade randning betraktades inte som en riktig sådan, då jag skulle tillbringa tid på en annan vårdcentral och dessutom utgöra gratis arbetskraft där. Med tanke på den ökade invandringen tyckte man att jag som Stockholmsläkare borde lära mig mer om flyktingar.

Jag stod på mig stödd av min studierektor, kom iväg som planerat, och väl på plats i Tärnaby mottas jag inte enbart av drygt 600 bybor utan också av ca 200 nyanlända flyktingar boende i delar av fjällbyns skidanläggning! Jag blir själv inkvarterad i en liten lägenhet en minuts gångväg från sjukstugan. Utsikten över sjön Gautan och fjällen är vidunderlig och lägger sig som balsam runt en stressad storstadssjäl.

En i teamet

I mitt dagliga arbete på sjukstugan möter jag patientkategorier jag känner igen. Ändå är allt så annorlunda och ingen dag den andra lik. Här finns hypertoniker och diabetiker, smärtpatienter och depressioner, precis som ”hemma” i Stockholm. Eminent sjuksköterskor tar en stor del av ansvaret för de två förstnämnda kategorierna, själv blir jag en del i teamarbete runt patienten.

Vi är flera läkare på plats. En del är fast boende i området, andra kommer på regelbunden basis utifrån att en del av tjänsten är förlagd till Tärnaby, och somliga är randande eller gör AT-tjänst. På onsdagsmorgnarna har vi morgonmöte med kollegorna i Storuman. Via videolänk kan vi i bästa fall både höra och se varandra, och vi avhandlar på det sättet både administrationsärenden och patientfall.

Till de dagliga rutinerna på den egna sjukstugan hör rond på avdelningen, där det finns två vårdplatser för patienter med t.ex. tillfällig försämring av hjärtsvikt och svårare infektioner. Är man däremot djupt nedstämd och i behov av inläggning finns kliniken i Skellefteå, en resa på 35 mil.

Arbetet avbryts flera gånger per dag av akuta ambulanstransporter, många av dem från backen. Jag möter hjärnskakningar, radiusfrakturer och benbrott på löpande band. På sjukstugan har några sjuksköterskor delegation på att röntga



Sjukstugan i Tärnaby.

Foto: Meta Wiborgh



Vägen till Tärnaby.

Foto: Meta Wiborgh

armar och ben akut – andra misstänkta skelettskador eller andra typer av skador måste vidare.

Träning av logistikkompetens

Då gäller det att tänka på logistiken. En enda ambulans finns tillgänglig. Åker den hela vägen till Lycksele blir den borta sex timmar. Kan den mötas upp halvvägs i Storuman av ambulans från sjukhuset är den ändå borta i tre timmar. För att inte tala om de fall då man kan behöva skicka patienter till Umeå, 36 mil bort. Vi lever också i en gränsszon. Norge finns på sju miles avstånd, närmsta norska sjukhus i Mo I Rana ytterligare fem mil därifrån, och dit ska alla patienter med norsk nationalitet skickas. Utväxling av patienter sker ofta vid gränsen, då norsk ambulans tar över om inte patienten är för dålig. Då kör svensk ambulans hela vägen... Det gäller att räkna, prioritera och framför allt hoppas att patienterna väljer att få sina hjärtinfarkter och strokes då ambulansen inte är upptagen med att köra skidturisterna till sjukhusens ortopedakuter!

Det finns också helikopter. Innan jag kom upp till Tärnaby såg jag denna som räddaren i nöden. Det är den självfallet – men bara om vädret tillåter! Vid för mycket blåst, snö och dålig sikt flyger den inte. Jag undrar i mitt stilla sinne hur många dagar man kan räkna med att det inte blåser och snöar i fjällen under vintersäsongen – och känner mig djupt tacksam varje gång det snart välbekanta ljudet av propellrarna låter på gårdsplanen. Vissa av helikoptertransporterna får man slita extra för. SOS-larmoperatörerna kan befinna sig i Östersund och vara ovetande om avstånd och ambulansbemanning i Tärnabyområdet. I sin iver att utföra sitt uppdrag korrekt – att skicka transportmedlen till dem som är i mest behov av dem – ställer de frågor angående nödvändigheten av helikoptertransport som får mig känna att min bedömning är ifrågasatt. Frustration och ilska blir resultatet – men jag inser att vi är alla "offer" för systemet, avstånden och de bristande resurserna.

En stor trygghet i de akuta situationerna är att vi kan koppla upp oss med telelänk mot sjukhusen. Patienterna kan bedömas visuellt tillsammans med specialistläkare som inte kan genomföra några egna konkreta, praktiska åtgärder men ändå ge stöd och vägledning.

På kvällarna tar jag skidorna genom byn bort till Konsum, som stänger 19.00, och vidare till Vikmyra, där de färdigpreparerade skidspåren med belysning går att utnyttja till klockan 23.00. Det



Eva Zaar, skidåkaren Gunde Svan och AT-läkaren Ayla Ekip. Foto: Marie Svan

tar några dagar innan jag förstår att i den här delen av världen kan man lämna sina nyinköpta matvaror i snön medan man åker – ingen skulle komma på tanken att stjäla dem. Därför genomför jag mina första träningspass på längdskidor med flera liter mjölk instoppade i skidbyxor. Det är tungt och otydligt och inte att rekommendera, men kanske är det därför jag några veckor senare tar mig runt Laxfjället med äran i behåll.

Första helgjouren

Så blir det dags för första helgjourpasset. Dessa är inte obligatoriska i min randning, utan något jag frivilligt tackat ja till.Handledning finns på avstånd och jag har flera erfarna sjuksköterskor till min hjälp. På själva sjukstugan är jag dock ensam doktor. Upp till bevis således! Jag har ägnat fredagskvällen åt att läsa akutortopediböcker, men när den första radiusfrakturen ramlar in är den värre än befarat. Jag får rådet av ortopedjouren i Lycksele att göra ett försök att dra denna tillrätta, men att inte hoppas på för mycket utan skicka patienten vidare till hemorten för vidare åtgärd. Jag minns dr Osbecks råd från AT-tiden i Eksjö, att dra länge. Och det gör vi! Vi drar tills svetten bokstavligen droppar från pannan, och när kontrollröntgenbilden visar "fraktur i adekvat läge" är jag oförsämrat nöjd. Måhända banalt men för mig en viktig del i växtprocessen.

Jag firar med att påföljande förmiddag göra en skidtur på sjön. Vädret är underbart och jag är ute lite för länge. I min iver att hinna tillbaka i tid för nästa jourpass gör jag det ödesdigra valet att försöka gena över en snövall i stället för att hålla mig till skoterspåret. Jag lär mig så på ett mycket konkret sätt vad snödjup i Västerbotten innebär. Jag får offra en stav men lyckas till slut ta mig loss för egen maskin.

Det blir ytterligare ett antal jourpass innan min tid i Tärna är slut. Påskafton går till historien som dagen då jag åt lunch klockan 03.00 påföljande dags morgon, detta efter att ha arbetat konstant sedan 09.30. Många turister är på plats. Flera skarpa lägen med ST-höjningsinfarkt och krampande spädbarn. Ett särskilt tack till vädergudarna som denna dag var på vår sida så att helikoptern kunde flyga lilla bebisen till Umeå. Ett tack även till den rådiga norska turist som tog en selfie i sin hals på väg in till sjukstugan så att det blev lätt att diagnostisera halsbölden som spruckit.

När mitt sista jourpass tar vid har jag tränat upp min logistiska förmåga vad gäller transporter. Men vad hjälper det, då ambulansen är tolv mil bort och det finns ett barn som krampar, ytterligare två mil västerut? Jag hittar ingen annan lösning än att själv på hala vägar trampa gasen i botten på jourläkarbilen. Lättnaden då vi kommer fram och det visar sig att barnet har piggnat till kommer jag aldrig att glömma.

Att upptäcka ett samhälle

Att komma som utböling till ett litet samhälle innebär att gradvis upptäcka en plats med en lång, och bitvis svår, historia. Många människor här uppe har samiskt ursprung men trots det förstår jag först efter hand att jag lever i ett område som påverkats av de tvångsförflyttningar som tidigare ägt rum i norra Sverige. Kanske är det de egna erfarenheterna som gör att människor har gått man ur huse för att hjälpa de flyktingar som nu är en del av vardagen häruppe? Här jobbar anställda inom sjukvården parallellt med frivilliga krafter för att kartlägga hälsostatus på de nyanlända, tre dagar i veckan finns volontärer på plats för språkcafé, och när Valborgsmässoelden skall tändas är det flyktingarna som bär facklorna.

Valborgsmässoafton, som är en lördag, är också min näst sista dag i Tärnaby. Arbetet har jag officiellt avslutat dagen dessförinnan men det återstår en del administration. Väl nere på sjukstugan inser jag att mitt kort, som ger tillgänglighet till datasystemet, inte längre fungerar. Jag försöker få hjälp via datasupporten, men möts av ett vänligt men bestämt besked via mannen i tjänst att just den funktion som jag behöver ej har jour på helger. Vilken utmaning för en envis smålänning att hitta en lösning till detta problem! Jag tycker mitt ändamål är hyggligt behjärtansvärt, så jag drar mig inte för att via lands-

tingets växel ta reda på namnet till landstingsdirektören. Han visar sig heta Anders Sylvan, har lämpligt nog ett mobilnummer på hitta.se och en halvtimme efter mitt samtal till honom fungerar mitt kort igen!

När jag lämnar Tärnaby har snön nästan smält bort. Liftarna stänger och spåren i Vikmyra går knappt att åka. Mer än två månader har gått sedan jag tog mig i mål i min första – och kanske enda – skidtävling någonsin. Jag inser att jag under min tid här uppe har genomfört en annan typ av lopp. En kamp mot förutsättningar som jag inte förstod vidden av förrän jag praktiskt stod mitt i dem, problem och situationer som jag aldrig trodde att jag skulle möta.

Jag har med stöd hanterat det mesta ganska hyggligt och jag har vuxit som doktor ett oändligt antal procent. Och jag har lärt mig lite om flyktingar! Det känns som att jag i det här loppet inte bara har avancerat tolv platser – jag har faktiskt vunnit en seger!

Till er alla däruppe, ingen nämnd och ingen glömd, som gjorde den segern möjlig: Mitt allra, allra varmaste tack!

Eva Zaar
ST-läkare
Kista vårdcentral
evamzaar@gmail.com



Seglats mot framtiden Tankar vid första advent 2016

Framtiden kan te sig både spännande och skrämmande på samma gång. Vad kan vi ha att vänta?

Vi är på resande fot, på upptäcktsfärd. Ett äventyr!

Någon har i förväg beslutat att inte besluta vart vi ska fara.

Så kommer det sig att vi befinner oss mitt ute på ett stormande hav. Ingen kunde väl ana!

Någon har hittat en oas, en grön ö, som verkar vara rena paradiset. Båten vilar tryggt på land.

Någon håller på att kapsejsa i den annalkande stormen.

Någon kämpar febrilt mot vågorna som tornar upp sig allt högre, mitt i stormens öga.

Stormarna kommer och går. Ibland blir det stiltje för en stund. Att vara förutseende kan bli ens räddning.

Någonstans, någon gång, går vi i land. I alla fall tillfälligt.

Var och när återstår att se...

Vår seglats mot framtiden!

Både spännande och skrämmande.

Med hopp om att stormen bedarrar.

Sofia Åhman



Valborgsmässoafton 2016 i Tärnaby.

Foto: Eva Zaar

Distansvård på minst 40 olika sätt

”Vård på distans” har i takt med utvecklingen i Västerbottens läns landsting blivit ”närsvård” för medborgarna. Glesbygdslänet får därmed en närmare, billigare och påtagligt mer jämlik vård – som också är både klimatsmart och hållbar.

Landstinget har i ett 20-tal år legat i fronten i att utveckla och använda vård på distans. Visst handlar det om glesbygdsmedicin – men metoderna utvecklar vården på betydligt fler plan än så.

Idag används distanstekniken inom exempelvis primärvård, röntgen, patologi, dermatologi, reumatologi, rehabilitering och behandling av kroniska sjukdomar. Det handlar om multidisciplinära konferenser, behandling i och nära hemmet, konsultationer, jourstöd, provtagning, egenmätning och mycket mera.

Mest intressant just nu är kanske drömprjektet, en simuleringsmodell som – innan man gör en förändring i vården – ska visa effekter på vårdkedja, ledtider, ekonomi och personal!

Tillgänglig och nära trots avstånd

Vård på distans tar utgångspunkt i länets geografi som är en utmaning. Vill man nå ut i hela länet måste man alltså vara finurlig.

Men där avstånd oftast betyder otillgänglighet vänder man i Västerbotten på begreppen. Här vill man vara tillgänglig och nära ändå.

Eldsäl i tankegångarna var redan på 1990-talet Peter Berggren, prisad allmänläkare på sjukstugan i Storuman. Långa avstånd och en åldrande befolkning tvingade honom att fundera.

Det krävs när man på jourtid ensam har hand om cirka 12 000 patienter på ett område stort som Halland och Skåne tillsammans! Trots det kan han och hans medarbetare idag med bra teknik och organisation fylla ledorden kontinuitet och trygghet med innehåll. Genom att koppla upp sig från hemmet kan de vara nära också en bit bort.

Attraktivt och avancerat läkarjobb

Sjukstugorna i länets inland är nämligen små akutsjukhus med akutrum, bemannade med en sjuksköterska. När Peter Berggren är jour kan han koppla upp sig med video mot Tärnaby, Sorsele eller Malå.

Teamarbetet med sjuksköterskan omfattar elektroniska stetoskop för hjärtljud på distans, otoskop och fiberskop för att undersöka öron och stämband. Röntgenbilder får Peter Berggren digitalt och ofta kan sjuksköterskan gipsa så att patienten slipper åka till sjukhus. Sak samma vid sårskador. Ser han att det går att sy gör sjuksköterskan det och patienten slipper åka 25 mil fram och tillbaka till Lycksele lasarett.

– Glesbygdsmedicin är inget vanligt läkarjobb. Det är attraktivt, intressant och mycket tekniskt avancerat, berättar Peter Berggren.

Idag är han chef för Glesbygdsmedicinskt centrum, GMC, en FoU-enhet som är nav för utvecklingen av länets primärvård på distans. Där är Pia Kristiansson sedan några år projektledare för det virtuella hälsorummet i Slussfors drygt fem mil bort.

Dit går byborna för hälsokontroller och för kontakt med läkare och annan vårdpersonal på distans.

45 mil till sjukhuset!

– Att åka till sjukhus för ett läkarsamtal på fem minuter eller ta prover en gång i veckan är ohållbart om man har 12 mil till närmsta sjukstuga och 45 mil till sjukhus, menar hon.

I hälsorummet har byborna videoteknik, utrustning för att ta blodprov, mäta blodtryck med mera och ibland assisterande personal på plats.

– Tanken att patienten själv ska göra undersökningen är ganska revolutionerande. Tekniken måste vara så användarvänlig att alla kan hantera den, säger Pia Kristiansson.

Åtta nya hälsorum på gång

Hälsorummet i Slussfors fick en lyckad start som ledde till att GMC i fjol fick 14,3 miljoner kronor från EU för åtta nya rum.

Rummen i Dorotea, Åsele, Vilhelmina, Storuman, Sorsele, Malå, Norsjö och Arjeplog ska få flera nya funktioner. Nu kallas de ”Samhällsbaserade virtuella rum” med funktioner som arbetsförmedling och försäkringskassa som är svåra att nå i glesbygden.

Hälsorum i Indonesien

Det internationella engagemanget i GMC är stort. Med Australien och Kanada har de länge samverkat kring att utbilda och rekrytera läkarstudenter till glesbygdsmedicin. I ett mångårigt projekt med Skottland, Island och Kanada handlar det om rekrytering av läkare.

Ett Sida-projekt syftar till att införa hälsorum i Indonesien, som med 13 000 öar ser stor potential i den här typen av ”nära” vård. Och i Kenya är tanken att erbjuda förebyggande mödravård i ett hälsorum, där kvinnor regelbundet kan kontrollera blodtryck, glukos och blodvärde.

Minst 40 olika arbetssätt!

I det egna landstinget spelar distansvården stor roll. När



Från hemmet i Storuman kan Peter Berggren på jourtid tack vare tekniken ansvara för 12 000 patienter på ett område stort som Halland och Skåne tillsammans.

Foto: Jan Lindmark

e-hälsoenheten härom året kartlade metoderna hade en så bred översikt aldrig tidigare gjorts i Sverige. Resultatet – 40 olika arbetssätt – var och är unikt.

Syftet var att se förutsättningar och hinder för att utveckla och sprida metoderna. Innan verksamheten breddas vill enheten nämligen kvalitetssäkra arbetssätten.

Det handlar om att förbättra tekniken och öka kunskapen om möjligheter och vinster. Men också om att etablera och säkerställa rutiner, förklarar Thomas Molén, strateg för vård på distans i landstinget.

– Om vi inte arbetar strukturerat är det omöjligt att följa upp resursåtgång, produktion och kostnader. Det kan ge orättvisa siffror om vissa enheter ser ut att göra mindre när de hjälper patienter på andra orter, säger han.

Klimatsmart vård

Utöver alla andra vinster är distansvården också klimatsmart. Byter man fysiska besök mot vård på distans minskar utsläppen av koldioxid 40–70 gånger!

Åsa Holmner, projektledare vid GMC, har i en studie med universitet i Yogyakarta och Seattle utvärderat hur distanstjänster kan minska resande och utsläpp. Den visar hur man väsentligt minskar påverkan på klimatet om metoderna blir rutin.

– De verkligt stora förändringarna kommer när man skalar upp rejält. Allra mest där man minst väntar det – i storstan, säger hon.

Drömprojekt effektiviserar vården

Förändringar kan alltså få oväntade konsekvenser. Men idag har vården inget instrument som visar på effekter. Att en enhet effektiviserar kan öka både köer och kostnader på andra enheter. Ett simuleringssystem för vården är ett drömprojekt som nu förverkligas av GMC.

I industrin har sådana verktyg stor påverkan på effektivitet, kvalitet och resursanvändning och det är ett sådant som vårdgivare i Väster- och Österbotten ska utveckla tillsammans med industrin och ett stöd på 12 miljoner kronor från Botnia-Atlantica.

Projektet analyserar bland annat mönster för vårdresor, för behandling av män och kvinnor, in- och utskrivning och skillnader i ledtider för olika målgrupper i de två länderna.

– Vi vill ha ett verktyg som kan optimera förändringar. Målet är en mer patientnära, jämlik vård och positiva effekter på hur vi använder våra resurser. Kort sagt en hållbar vård, säger Åsa Holmner.

Greti Ohlsson

Redaktör, Kommunikationsstaben, Västerbottens läns landsting
greti.ohlsson@vll.se



Läs mer på www.vll.se/distansvard.

Se även Virtuella hälsorum – high tech i glesbygd.

AllmänMedicin 2016;4:20–21.

Annons

Unik kartläggning av distansvården i Västerbotten

Under 2016 slutfördes en kartläggning av området vård på distans i Västerbottens läns landsting. Syftet var att få en bild av vad som behöver göras för att öka takten i att utveckla och införa de många olika arbetssätten på bredden.

Kartläggningen bygger på strukturerade intervjuer med chefer och nyckelpersoner inom de kliniska verksamheter som använder sig av vård på distans.

Utöver de konkreta resultaten av intervjuerna innehåller kartläggningen också korta beskrivningar av ett 40-tal olika arbetssätt som kan ge inspiration till att tänka nytt men också fungera som en exempelbank.

Idag används distansvård inom exempelvis allmänmedicin, dermatologi, reumatologi, hematologi, logopedi och neonatalvård. Det handlar om konsultationer mellan vårdenheter, jourstöd i primärvård, distansmottagning i hemmet samt egenmätning för patienter med kroniska sjukdomar. Även rehabilitering på distans samt multidisciplinära konferenser med distansmedverkan är områden som utvecklas i snabb takt.

Kräver kvalitetssäkrade arbetssätt

För att få acceptans för att införa nya arbetssätt krävs det att de är kvalitetssäkrade. Det måste exempelvis finnas enhetliga rutiner för journalföring, ersättning, patientansvar och utvärdering.

Mer än hälften av verksamheterna som intervjuades ville ha bättre evidens om effekterna av de olika sätten att arbeta. Verksamhetens vilja till förändring skulle öka om vi strukturerat kunde visa att arbetssätten ger ökad vårdkvalitet och minskad resursåtgång samtidigt som de är bra för miljön.

Det viktigaste är dock att minska eventuella hinder för alla inblandade. Finns det hinder hos någon av parterna kan det räcka för att det nya arbetssättet inte går att införa. Det kan handla om att bara fysiska patientbesök räknas in i produktionsstatistiken, att vårdenheten går miste om patientintäkten eftersom patienten inte fysiskt besöker enheten, eller att distansinsatsen på hälsocentralen tar längre tid än att skicka en remiss.

Varje enskilt hinder kanske inte är så stort, men flera små hinder tillsammans leder ofta till att de traditionella arbetssätten får leva kvar.

Satsar på förbättringsområden

Resultatet av kartläggningen har sammanfattats i ett antal områden som behöver utvecklas. Dit hör – utöver evidens och behov

av kvalitetssäkrade rutiner – utbildning, tekniska och fysiska miljöer samt attityder till de nya arbetssätten.

Ett arbete kring principer och modeller för ersättning mellan hälsocentraler och sjukhus vid distansbesök startar i februari. Ett annat arbete som just påbörjats har fokus på administrativa rutiner och logistik vid vårdmöten där patienten och vårdpersonalen finns på olika platser.

Även inom utbildningsområdet finns behov av utveckling. Både vårdpersonal och patient måste känna sig trygga med de nya arbetssätten. De ska kunna ha fullt fokus på själva vårdmötet utan att behöva oroa sig för teknik och kvalitet. Därför är det viktigt att arbetssätt som bygger på vård på distans blir en naturlig del i sjukvårdsutbildningarna.

Vi träffar fortfarande vårdpersonal som menar att de inte valt sitt yrke för att träffa patienter på distans. Men när vi nu ser hur vården utvecklas med appar och vårdkontakter via nätet måste vi hänga med och skapa bra förutsättningar för nya medarbetare.

Testmiljö byggs på Norrlands universitetssjukhus

Inom EU-projektet Nordic Telemedicine Center etableras nu också en miljö där vårdpersonal ska kunna träna och inspireras till nya arbetssätt. Miljön kommer att finnas i anslutning till Norrlands universitetssjukhus och bland annat bestå av ett behandlingsrum som ska ha optimala förutsättningar för vård på distans ur primärvårdens perspektiv.

Behandlingsrummet kommer exempelvis att innehålla medicinska kameror som otoskop och dermatoskop. Där kan den som övar koppla upp sig till ett intelligande rum där "kollegan" finns. Även möblering, belysning, akustik samt flödet i rummet kommer att kunna utvärderas.

Testmiljön blir ett viktigt bidrag till hur landstinget ska bygga och utrusta denna typ av rum i primärvården framöver, både för att anpassa rum som redan finns och för att bygga nytt. Det finns typrum för många olika miljöer i landstinget, men inte för behandlingsrum för vård på distans. Genom denna satsning hoppas vi kunna nå även dit.

Så förändrar vi attityder

En fråga till de verksamheter som intervjuades var vilka som är de största hindren för att utveckla vård på distans vidare. Det mest frekventa svaret var attityder hos medarbetare. Bristande intresse och oförmåga att gå från idé till praktik var konkreta exempel som framkom.

Vår bedömning är att sådana negativa attityder i huvudsak bygger på hur det är just nu. Ger vi medarbetarna bättre evidens, kvalitetssäkrade rutiner, väl anpassade lokaler och enkel, tillgänglig teknik och utbildar dem så att de är trygga med arbetssätten tror vi att vi kan öka takten avsevärt.

Thomas Molén
Strateg vård på distans
Enheten för E-hälsa,
Västerbottens läns landsting
thomas.molen@vll.se



Foto: Göran Algers



Thomas Molén, Åsa Holmner. Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting. Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden. Västerbottens läns landsting, februari 2016.

Forskning i glesbygden

Forskningsaktiviteten på sjukstugan och Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) i Storuman är hög. Projekten handlar självklart om distansmetoder, men också om rekrytering och om hälsan i glesbygd, främst hos samer.

Distanstjänsterna synliggörs i en studie där Åsa Holmner, projektledare vid GMC, tillsammans med universiteten i Yogyakarta och Seattle visar hur tjänsterna kan minska påverkan på klimatet om metoderna blir rutin [1]. I en tidigare studie jämfördes robot-ekokardiografi och konsultation hos hjärtläkare på distans med konventionella fysiska besök hos allmänläkare och kardiolog [2].

Åsa Holmner ansvarar också för ett nytt projekt att ta fram en simuleringsmodell som – innan man förändrar vården – ska visa effekter på vårdkedja, ledtider, ekonomi och personal. Projektet genomförs med stöd av rutinerade simuleringspartners och finska vårdgivare.

Till de större utvecklingsprojekten hör studier om innovationskraften i glesbygd,

om etablering av åtta samhällsbaserade virtuella rum [3, 4] och om utvärdering och följeforskning av olika rekryteringsinsatser.

Professor Dean Carson är en återkommande australisk gästforskare, vars fokus är framtidens primärvård i glest befolkade områden. På GMC samarbetar han med en rad personer men projekten har också koppling till universitet och sjukvård i Kanada, Australien, Skottland, Island och Norge. En tidigare publicerad studie handlar om hur man får och behåller vårdpersonal i glesbygd [5].

Fem doktorandprojekt pågår på sjukstugan. Utöver dem planerar dietisten Sarah Persson ett doktorandprojekt om "fjärrbehandling" av livsstilsförändringar.Handledningen sker delvis från GMC tillsammans med flera institutioner vid Umeå universitet såsom institutionen för omvårdnad, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin samt institutionen för kostvetenskap.

Allmänläkaren Mante Hedmans forskning handlar om att vetenskapligt utvärdera sjukstugemodellen i Norr- och Västerbotten [6] (se även sid. 33).

Catharina Persson Ingvarsson, också allmänläkare, studerar betydelsen av diagnostiskt intervall och boende i glesbygd för kolorektalcancer [7]. AT-läkaren Simon Näverlos doktorandprojekt gäller utvecklingen av stomivården i glesbygd [8].

Attityder till psykisk sjukdom och behandling har studerats och varit ett termin 10-projekt på läkarutbildningen i Umeå med handledning från GMC



[9]. En stor del av forskningen handlar annars om samers hälsa. På doktorandnivå driver sjuksköterskorna Laila Daerga och Lena Kroik studier om hälsoaspekter inom renskötseln och om hur kunskap om traditioner kan bidra till en framtida vård av samer i livets slutskede.

Anette Edin-Liljegren samarbetar med Mittuniversitetet omkring en studie om äldre sydsamers syn på och önskemål om hemsjukvård och ett projekt i samarbete med Nordiska ministerrådet om livssituationen bland samer med funktionsnedsättning.



Anette Edin-Liljegren
BMA, med dr

Projektkoordinator/Forskningssamordnare
FOU-enheten, Glesbygdsmedicinskt centrum,
Storuman
anette.liljegren@vll.se



Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman.
Foto: Mante Hedman.

Referenser

1. Holmner Å, Ebi KL, Lazuardi L, Nilsson M. Carbon footprint of telemedicine solutions – unexplored opportunity for reducing carbon emissions in the health sector. PLoS One 2014 4;9(9):e105040. Epub 2014 Sep 4.
2. Boman K, Olofsson M, Berggren P, Sengupta PP, Narula J. Robot-assisted remote echocardiographic examination and teleconsultation: a randomized comparison of time to diagnosis with standard of care referral approach. JACC Cardiovasc Imaging 2014 Aug;7(8):799-803. doi: 10.1016/j.jcmg.2014.05.006.
3. Kristiansson P. Virtuella hälsorum – high tech i glesbygd. AllmänMedicin 2016;4:20-21.
4. Näverlo S, Carson DB, Edin-Liljegren A, Ekstedt M. Patient perceptions of a Virtual Health Room installation in rural Sweden. Rural and Remote Health (Internet) 2016;16:3823.
5. Carson DB, Schoo A, Berggren P. The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Health Policy 2015 Dec;119(12):1550-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.001. Epub 2015 Aug 14.
6. <http://www.forskarskolanallmanmedicin.se/doktorander/mante-hedman>
7. <http://www.forskarskolanallmanmedicin.se/doktorander/catharina-ingvarsson>
8. <http://clister.se/doktorander/simonnaverlo.html>
9. Mirnezami HF, Jacobsson L, Edin-Liljegren A. Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population. Nord J Psychiatry. 2016;70(1):38-44. doi: 10.3109/08039488.2015.1046916. Epub 2015 Jun 8.

Konsulter med distans till jobbet

Trots att det är ont om hudläkare ser man det inte som ett problem när verksamhetschefen på Hud och STD Västerbotten några år bosätter sig i Brisbane i Australien. Hudspecialisten Virginia Zazo leder kliniken, möter patienter och är bakjour på halvtid från andra sidan jorden.

Hennes man, kardiologen Manuel Gonzalez, forskar och fortsätter sitt utvecklingsarbete med hur hjärtpatienter kan följas upp på distans.

Revolution för hudspecialiteten

Videokonferens hör till vardagen på Hud och STD på Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Klinikens robot som kan fjärrstyras och rulla runt på kliniken är däremot en ny bekant-skap. Och klinikens långa erfarenhet av vård på distans kan utvecklas vidare, menar Virginia Zazo.

– Under mina sex år som chef har vi byggt struktur och relationer som håller.

Idag innebär västerbottnings hudproblem inte nödvändigtvis ett besök hos specialisten. Bildteknik och telemedicin har revolutionerat vården som därmed blivit snabbare, billigare och mer jämlik. En sköterska kopplar sin mobil till ett dermatoskop, ett förstoringsglas med en ljuskälla som återger färger och strukturer i överhuden, epidermis, och delar av läderhuden, dermis.

– Bilden som läkaren skickar i remissen till hudspecialisten är av mycket hög kvalitet, säger Virginia Zazo.

Alla länets sjukstugor och hälsocentraler har fått den utrustning som krävs och tydliga instruktioner. Kåge-Morö backe hälsocentral i Skellefteå var initiativtagare och pilotenhet och har kraftigt kunnat minska antalet ”för säkerhets skull”-operationer.

– Idag är metoden fullt implementerad och ett naturligt arbetssätt i primärvården, berättar t.f. verksamhetschef Anders Östblom.

Rationellt och lämpligt, menar Virginia Zazo, för en klinik som har både läkarbrist och långa väntetider till fysiska patientbesök.

– Det är svårt för andra än hudläkare att ställa diagnos. Så här kan vi prioritera bättre; bedöma om vi behöver operera, behandla eller lämna åkomman utan åtgärd.

Virginia Zazo beskriver hur kliniken systematiskt arbetat med att vara ”nära” trots avstånd och administrativa hinder. När Jämtland härom året fick brist på läkare tvingades Hud

och STD med regionansvar för specialiteten att tänka nytt. Idag sparar regionala videoronder mycket tid för patienterna.

– Vår mening är inte att inte träffa patienten, utan att träffa *rätt* patient.

Hjärtspecialist på hälsocentralen

Samma resonemang gäller för hennes man, Manuel Gonzalez, kardiolog på Hjärtcentrum på Norrlands universitetssjukhus, och nu post doc. i Australien. På forskningsinstitutet CSIRO, Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation med inriktning mot hälsa, teknik och mobila lösningar ska han följa upp hur patienter med hjärtsvikt kan tas om hand på distans.

I föl inledde han från Umeå ett samarbete med Stenbergsska hälsocentralen i Lycksele, varifrån vissa hjärtsjuka patienter fick möta kardiologen on-line. Två timmar varannan vecka träffade han hjärtsjuksköterskorna på Stenbergsska via videokonferens, gick igenom fall och bokade videomöten där han tyckte att han behövde träffa patienten. Många frågor kunde besvaras på distans och arbetssättet innebar en avlastning för distriktsläkarna.

– Om några år är tekniken en självklarhet. Nu ser vi bara början, säger Manuel Gonzalez som nu fortsätter samarbetet från andra sidan jorden.

Han ser stora möjligheter att sprida arbetssättet till fler hälsocentraler och andra specialiteter.

– Kroniska sjukdomar har många likheter. Vi borde kunna hitta en gemensam modell för hela norra regionen, säger Manuel Gonzalez.

Tanken är på väg att bli verklighet. Memeologen Åsa Hörnlund samarbetar med enheten för e-hälsa och vård på distans för att se hur pilotprojektet med kardiologkonsult på distans kan införas på bredden i primärvården.

– Behoven ser olika ut. Vi frågar hälsocentralerna vilka diagnoser det kan gälla och vad som behöver finnas utöver teknik, berättar hon. Det kan behövas en hjärtsjuksköterska på hälsocentralen lika väl som avancerad teknik för att lyssna på hjärtljud på distans.

Att förbättra hjärtsjukvården i primärvården med stöd av vård på distans är en utmaning men också en fantastisk möjlighet för ett glest befolkat län som Västerbotten, menar hon.



Kardiologen Manuel Gonzalez, Australien, är konsult åt Västerbottens allmänläkare. Foto: Jan Alfredsson.



Teledermatoskopi på vårdcentralen i Västerbotten. Foto: Sven-Åke Boström



Med en bra bild på skärmen kan Virginia Zazo, också konsult åt Västerbottens allmänläkare, ställa diagnos från Brisbane. Foto: Jan Lindmark

Greti Ohlsson

Redaktör, Kommunikationsstaben, Västerbottens läns landsting
greti.ohlsson@vll.se

Se även Andersson N, Preisler-Häggqvist A, Zazo-Hernanz V. Remiss med bild – jämlik och kostnadseffektiv vård. Kortare tid till diagnos och färre patientresor. Läkartidningen 2017;114:D6FZ.

Fyra lappmarksdoktorer



Einar Wallquist (1896-1985), kallad Lappmarksdoktorn, var provinsialläkare i Arjeplog 1922-1962. Distriktet var som Skåne och Blekinge tillsammans. En kartläggning av porfyri var hans bidrag till forskningen. Boken *Kan doktorn komma?* blev så populär att den filmades. Den följdes av flera böcker om människorna och livet i lappmarkerna. Han byggde upp Silvermuseet i Arjeplog



där han verkade fram till sin död.

Vill du veta mer? Läs Öhman L. Lappmarksdoktorn som blev kung i sin bygd. Läkartidningen 1996(93);25:2431-34.

Lyssna <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1602&artikel=1581554>.



Ingemar Hermansson (1927-2004) kom från Östersund men studerade i Uppsala och blev specialist i invärtesmedicin 1962. Under åren 1963-1992 var han provinsialläkare i Vilhelmina och därefter företagsläkare till 1997. Under åtta år arbetade han i u-land, huvudsakligen Yemen. 1991 blev han hedersdoktor vid Umeå universitet för sina glesbygdsmedicinska insatser.

Vill du veta mer? Läs hans två essäer i Västerbottens läns läkarförenings jubileumstidskrift 1902-2002. <https://www.slf.se/upload/7220/Jubileumsskrift%20VLF%202002.pdf>.

Gunnar Hjernestam

(1930-) vikarierade under studietiden i Arvidsjaur och bestämde sig för att bli "lappmarksdoktor". År 1965 blev han provinsialläkare i Storuman. 1996 blev han medicine hedersdoktor vid Umeå universitet för sina glesbygdsmedicinska insatser – han drev bland annat



"Universitetssjukstugan Storuman."
Foto: Hans Fällman.

strimman i glesbygdsmedicin under läkarutbildningen. På 70-talet, när han var bortrest, sökte personalen bygglov och uppförde skylten "Universitetssjukstugan Storuman".

Vill du veta mer? Se hans fotoalbum på Storumansajten med axplock om glesbygdsmedicin förr i tiden. <http://www.storumansajten.se/FOTOALBUM/PORTRAIT/G-Hjernestam/G-HJ.html>.

Marianne Lindstén-Thomasson (1909-1979) var Sveriges första kvinnliga provinsialläkare. Hon föddes i Mora och studerade i Lund där hon blev med.lic. 1936. Efter sin sista underläkarkjänst i Gällivare 1939 tillträdde hon som provinsialläkare i Vilhelmina 1946. 1955 flyttade hon till Lycksele varifrån hon pensionerades 1972. Hon var aktiv för kvinnliga läkares rättigheter i Kvinnliga läkares förening.



Lycksele sjukstuga.

Sjukstugan, som från början hade hela övre Norrland som upptagningsområde, hade åtta vårdplatser. Byggt 1785 finns den ännu kvar.

Vill du veta mer? Läs: Sveriges första provinsialläkare ordnade vatten och avlopp i stugorna. Läkartidningen 1980;77:1995. Kvinnorna på landet: Provinsialläkaren. Lanthemmet 1951;7:2-5.

Annons

Läkarvård i norra Roslagen

Glesbygdsmedicin, eller "rural medicine", är en gammal gren av den praktiska medicinen, kanske den ursprungliga, i vart fall ur den aspekten att man fick arbeta med tillgängliga, enkla medel och med sig själv som verktyg.

I Sverige har allmänmedicin sitt ursprung i provinsialläkarväsendet som inrättades på 1600-talet [1]. Provinsialläkaren skulle förestå hospitalet, göra hembesök hos fattiga som var sjuka, övervaka befolkningens hälsa, upplysa om lämplig mat och dryck och ge råd om barnuppfostran. Eftersom han (det fanns inga kvinnliga läkare förrän i slutet på 1800-talet) skulle bo nära landshövdingen var man lokaliserad till städerna, men hade ansvar även för bygden runt omkring och för sjukstugan – uppenbarligen ett "holistiskt" uppdrag. De första så kallade stadsphysici förordnades troligen 1688 i Stockholm, Göteborg, Falun, Gävle, Malmö och Kalmar.

I norra Roslagen fick Östhammar sin förste stadsläkare, dr Hallman, 1848 [2]. Från omgivande landsbygd, dit Öregrund hörde, fick man bege sig till centralorten, som då hade cirka 600 invånare, medan bruksorterna hade en tidig form av företagshälsovård.

Vid Forsmarks bruk cirka två mil norr om Östhammar anställdes 1870 distriktsläkaren August Johan Brandt [3], som skötte om brukets innevånare från vaggan till graven, inklusive "pensionärer". Det finansierades genom att arbetarna avstod en krona av sin årslön. Man fick då en halv dagpenning vid



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

Foto: Jakob Forsell

sjukdom samt fri läkarvård och mediciner för hela familjen.

Lektorn N.P. Ödman från Gävle, en trogen sommargäst i staden, skrev i sina reseskildringar från 1886:

"Öregrund är som sagdt, en liten märkvärdig stad; Ty hvilken stad i hela Sverige fins, som inte har någon läkare? Hvilken stad fins, som inte har något apotek?"

Öregrund har ingen läkare, och Öregrund är utan tvifvel den friskaste stad i Sverige – detta är tvänne obestridliga fakta. Jag själf är inte i stånd att afgöra, om Öregrund inte har någon läkare därför att det är en så frisk stad, eller om det är en så frisk stad därför att det inte har någon läkare.

Ett underligt faktum är det i alla händelser, att, när en ung, hyggelig och skicklig läkare kom till Öregrund i somras för den nya



Legendaren i Roslagen

Sune Törnqvist (1908 – 1988) i Öregrund var en legendar, född och uppväxt på ett skärgårdshemman på Gräsö utanför Öregrund.

Han läste till studenten på Hermods på distans med hjälp av de mörkläggningsgardiner som kriget framtvingat. Då det ansågs opassande att inte sova på kvällen när "alla" skulle

upp till djuren och till fisket i arla morgonstund kunde Sune plugga i lönndom. Han har i memoarer till sina barn beskrivit en oerhörd, idag närmast överklig, vilja att studera vidare under de mest dystra personliga ekonomiska betingelser.

Efter underläkaråren på Danderyd blev han 1962 provinsialläkare i Öregrund till sin pensionering 1968. Sedan drev han privatpraktik på Gräsö till mitten av 80-talet. Dit kunde folk vända sig och få mina recept "kompletterade".

Östhammars kommun

Östhammars kommun är ca 2 790 kvkm stor där 52 % är landyta och 48 % sjöar, hav och fjärdar. I kommunen bor ca 22 000 invånare fördelade på fem huvudorter, Alunda, Gimo, Österbybruk, Östhammar ("centralorten") och Öregrund. Gräsö är Sveriges till ytan 10:e största ö med idag knappt 800 åretruntboende. Första färjan kom 1942, men än idag håller man på sin ö-identitet.

Landstinget driver en vårdcentral på var och en av de fyra första orterna och Praktikertjänst sedan sex år den i Öregrund. Östhammars vårdcentral ligger på ett vårdcentrum med akut-mottagning och ambulansintag öppen dygnet runt, året runt. Alla vårdcentralerna hjälper till att bemanna den natttid vardagar, medan helgpassen säljs till specialister i allmänmedicin. På Vårdcentrum finns en närvårdsenhet ("sjukstuga", se sid 33), röntgen, laboratorium, barnläkare, kommunala boenden samt två akutambulanser.

badanstaltens skull, då började öregrundsboarne genast känna efter, om de inte hade några krämpor, och resultatet blef att en mängd af dem fingo reda på sådana och strömmade till doktors mottagningar. Den nya smittan – jag skulle vilja säga "den nya läkarepidemien" – spred sig äfven till landsbygden omkring, och den unge doktorn formligen bestormades hvarje dag."

Denne läkare, Adolf Fredrik Robert, tillträdde som stadsläkare 1887 efter att ha varit badortsläkare året innan. Enlig en av mina allra äldsta patienter, som inte ville bli 100 år och därför dog dagen innan bemärkelsedagen, har berättat att doktor Robert gjorde hembesök hos hennes äldre bror ute på Gräsös östersida, så stadsläkaren lär ha fått sköta om även folket utanför "tullarna".

Det fanns på ön en extra provinsialläkartjänst sedan 1893, men om det någonsin funnits en läkare bara på ön är inte bekant. År 1918 slogs de två tjänsterna ihop.

Nu är vi fem kollegor som delar på tre tjänster i Öregrund.

Kön är ändå lika lång som 1886! Men det är kanske en annan historia...

Lars Agréus

Ordförande i Svensk förening
för glesbygdsmedicin

Professor

Sektionen för allmänmedicin, KI
Öregrunds vårdcentral
lars.agreus@ki.se



Jäv saknas.

Referenser

1. Swartling PG. Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen; 2006; 103:1950-3.
2. Agréus L. Sjukvårdens historia i Öregrund. Öregrunds bibliotek och vårdcentral. 2000, Öregrund.
3. Åkerblom T. Primärvård vid Forsmarks bruk på 1870-talet. Distriktsläkaren August Johan Brandt rapporterade om arbetarnas hälsa. Läkartidningen; 2016; 113. D33A.

Att nå målet med rätt verktyg

I Alma-Ata-deklarationen om primärvård [1] fastslog man i punkt 1: "The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right ..."

I skenet av vår kliniska vardag där vi ofta möter oroliga patienter med ur naturvetenskaplig synvinkel oförklarliga symptomkonstellationer, kombinerat med allt mer sofistikerade undersökningsmetoder, överutnyttjande av "superspecialister" och underutnyttjande av generalister, ter sig Alma-Ata-deklarationen närmast absurd. Vården riskerar att förvärra istället för att lindra upplevd ohälsa för många människor.

I en fantastiskt bra artikel nyligen i Läkartidningen [2] illustrerades vad som kan hända med psyket när vi svävar på målet om alla de kroppsliga signaler som kan berättas [3]. Många undersökningar stressade upp patienten så det blev "psykosomatiskt". Utan att känna till fallbeskrivningen [2] närmare får jag känslan av att sjukvården provocerat fram det omvända, ett "somatopsykiskt" tillstånd.

Samtidigt måste vi vara skickliga att hitta de sjukdomar som vi kan bota eller lindra, att arbeta evidensbaserat, att ordinera de rätta undersökningarna. Vi lägger och ska lägga resurser på adekvata utredningar för att uppnå detta. Men hur ska vi bäst nå målet med att "göra en otrygg symptomatiker trygg"?

För det första måste vi redan från början ge oss tid att lyssna på patienten, vare sig vi är allmänläkare eller sjukhusläkare. Det får heller inte vara så att man i handledarsituationen föreslår en undersökning istället för att själv slå sig ner med patienten. Den i artikeln beskrivna "nånannanismen" måste också bekämpas. På två ställen [2] står det mycket beskrivande, men utan att författarna reflekterat över det, att man ber primärvården beställa de undersökningar man själv vill ha utförda!! Fullständigt idiotiskt ur alla aspekter (utom den egna klinikens ekonomi).

Vad ska den oroliga patienten tro, om det visar sig att vi doktorer är oense om indikationerna? Vi får inte dra till med en undersökning eller remiss för att "bli av med patienten" eller för att vi är rädda för IVO.

Det finns hos oss doktorer en djupt rotad föreställning att en patient alltid blir lugnad av en "negativ" undersökning, men det stämmer inte. Vid ordinerade undersökningar med "låg pretest probability", när doktorn inte tror man ska finna något, minskade eller lindrades inte patientens oro eller symptombild på kort eller lång sikt [4, 5]. Man konkluderar även att "A clear explanation and watchful waiting can make additional diagnostic testing unnecessary" [5]. Inom mitt eget forskningsområde, gastroenterologin, är detta visat både för gastroskopi och koloskopi [6, 7]. I Sverige har vi nu (nästan sist av alla) fått ett vårdprogram som "av-apparatiserar" handläggningen av yngre dyspeptiker utan alarmerande symptom eller tecken [8].



Hamnen i Öregrund.

Foto: Holger Elgaard.

I själva verket vill patienter i primärvården ofta i första hand diskutera sina bekymmer och inte "somatiseras" med undersökningar [9]. Jag tror det var Gösta Tibblin som myntade "när jag kom så ville jag bara ha en förklaring, men när doktorn ordinerade undersökningar blev jag riktigt orolig".

"När jag kom så ville jag bara ha en förklaring, men när doktorn ordinerade undersökningar blev jag riktigt orolig"

Vad har detta med "glesbygdsmedicin" att göra?

Rent medicinskt inte ett dugg! Men om man väger in kulturella skillnader kanske det ändå finns olikheter. Nu rör jag mig utanför vad jag tror är vetenskapligt visat, i vart fall i kvantitativ forskning. Min egen erfarenhet efter att ha jobbat i Norra Roslagen i många år, samt i Stockholms läns landsting både på en bruksort och i en multikulturell förort, är att tilliten till primärvården är mycket sämre i storstadsregionen. Det hände flera gånger om dagen att patienterna kom till mig för att de ville gå till en annan doktor (få en remiss), vilket nästan aldrig händer omotiverat hemmavid. På det sättet går fler patienter på "rätt vårdnivå" på landet, till fromma även för sjukhuskollegorna.

Ibland framställs det att "glesbygdsmedicin" skulle vara svårare än allmänmedicin i städerna. Det är i själva verket lättare! Man måste öva på lite andra sjukdomstillstånd och skador. Att doktorn och sköterskorna på mottagningen under lång tid, kanske från barnsben, lever och verkar i synliga och osynliga sociala (läs socialmedicinska) nätverk gör att man som team ofta får en överlägsen fingertoppskänsla för patientomhändertagandet och omvårdnadsplaneringen. Det förutsätter förstås att man jobbar i team och att alla är fast anställda.

Den kunskap man får genom att bo där man verkar gränsar till det som när jag studerade medicin (för hemskt länge sedan) beskrevs som oetiskt – ta aldrig hand om någon du känner eller

känner till. Men med rätt integritet så lyfter det vården. Man har helt enkelt en bättre "pre test probability", såväl positiv som negativ.

Jag avundas inte mina kollegor som saknar den fördelen. Det är för svårt för mig!

Lars Agréus
Ordförande i Svensk förening
för glesbygdsmedicin
Professor
Öregrund
Sektionen för Allmänmedicin, KI
lars.agreus@ki.se



Referenser

1. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. World Health Organization (WHO). http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
2. Holzmänn M, Bandstein N. Utredning av bröstmärta fick oanade konsekvenser - Många undersökningar och test inte alltid av godo. Läkartidningen; 2016; 113: 1623-25.
3. Elnegaard S, Andersen RS, Pedersen AF, et al. Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population--exploring "The Symptom Iceberg". BMC Public Health; 2015; 15:685.
4. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA internal medicine; 2013; 173:407-16.
5. van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D, et al. The reassuring value of diagnostic tests: a systematic review. Patient Educ Couns; 2012; 86:3-8.
6. Valle PC, Breckan RK, Kildahl-Andersen O. Do young dyspeptic patients consider upper gastro-intestinal endoscopy useful? Hepatogastroenterology; 2010; 57:1164-9.
7. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, et al. Is a negative colonoscopy associated with reassurance or improved health-related quality of life in irritable bowel syndrome? Gastrointest Endosc; 2005; 62:892-9.
8. Agréus L, Löf L, Simren M, et al. Nationella riktlinjer - "Handläggning av dyspepsi, Helicobacter pylori och magsår". Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM); 2016 [http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/outredd_dyspepsi_h_pylori_ulkus_161118.pdf]
9. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. BMJ; 2004; 328:1057.

Dagens skärgårdsdoktor

Jag åker österut från Slussen. Motorvägen passerar flera stora broar och övergår i smalare vägar omgivna av grönska och vatten. Den sista bron är den magnifika Djuröbron. Strax därefter kommer det lilla samhället Djurhamn där vårdcentralen och läkarbåten ligger.

Här träffar jag **Hans Östergren**.

– I maj har jag arbetat här i 16 år. Tiden går fort! Jag fick börja med att skaffa mig sjöbefäls- och maskinbefälsexamen. Läkare och distriktssköterskor behöver ha behörighet att köra båten.

– Jag såg att ni har "vikarie" för ett av ö-distrikten?

– En distriktsläkare slutade nyligen, men vi får en ny – en reumatolog från SöS. Vi får nog bra nytta av honom. I höstas fick vi hit en ST-läkare. Han tänkte sig endokrinologi men tröttnade på sjukvårdsfabriken. Han vill träffa patienter under



Tavlorna på väggarna har skärgårdsmotiv. Här en av Roland Svensson.



Läkarbåten.

trevligare omständigheter, komma ut i glesbygd och skärgård fast han bor i Stockholm. Nej, han får inte köra båten!

– **Vad är ert upptagningsområde?**

– Åsa Byström har Gällnö, Svartö och Lådna. Själv har jag Sandhamn och Möja. Vår nya kollega får ta Runmarö och Nämö. Det är bara Värmdö kommun som gäller. Per Ullhammar hade ett annat uppdrag.

– **Hur många bor här?**

– Vi har 4 200 listade. På sommaren ökar befolkningen tiofalt.

– **Åker ni ut akut med båten, som Per?**

– Per var en riktig provinsialläkare. Öbefolkningen blev lite besvikna när vi införde tidsbeställda mottagningar. Under mid-sommar har vi jour dygnet om.

– **Har ni tankar på att bygga ut akutverksamheten?**

– Det är väl lite förmåtet att säga glesbygdsmedicin, även om vi är bortom allfarvägarna. På öarna är ambulanshelikoptern suverän, den tar sig ner nästan överallt. Närakuten på Nacka sjukhus lever sitt eget liv – jag vet inte ens vilka specialister som finns där. Tidigare hade vi en närakut på Forums vårdcentral i Nacka som bemannades med oss från området. Vi kunde boka in patienter i förväg. Röntgen på Nacka fungerar mycket väl. Nej, vi har inga tankar på att bygga ut akutverksamheten.

– **Hur väl känner du befolkningen?**

– Jag känner i stort sett varenda fastboende på Möja och Sandhamn. Det är väldigt roligt att känna sina patienter!

– **Hur ofta åker du ut?**

– Vi läkare åker ut varannan vecka med en sjuksköterska. De andra veckorna åker distriktssköterskorna ut när det behövs, så varje ö kan få besök varje vecka. Det är många gamla, och distriktssköterskorna har mycket att göra med läkemedel och omläggningar.

– **Har ni mottagning på båten?**

– På de norra öarna och Nämö används båten som mottagningslokal, på de andra har vi lokaler på land. Den nya båten från 2012 är i ett plan, så den är lättillgänglig för rörelsehindrade.

– **Kan öbor få avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)?**

– Tidigare hade vi specialavtal med det blev mycket diskussioner.



Skärgårdsdoktorn bor bakom väntrummet.

Sedan Vårdval ASIH kom har ASIH på Nacka sjukhus ansvaret fullt ut. Resorna stjälar resurser för dem, och patienterna kanske inte får samma service. Tröskeln för inläggning är nog lägre.

– Kommunens hemtjänst reser med taxibåt. Jag är imponerad över att man kan erbjuda denna service. Det är en stor kostnad för skattebetalarna.

– **Vad har ändrats under dina nästan 16 år?**

– Det har blivit glesare på öarna. Det är inte lätt att flytta ut till en ö, klara försörjningen, stå ut med den mörka årstiden. Jag tror att man måste ha känt på livet sedan barnsben. Jag har träffat på flera familjer som glatt sig åt att leva ut sin dröm – men efter något år står de inte ut. Det händer för lite, det blir för knöligt med dagis, skolor och arbetsresor. På Runmarö är det stor skillnad – färjan tar bara tio minuter.

– Jämfört med när jag började här har akutverksamheten minskat. Folk står inte längre i dörren med en pågående hjärtinfarkt – i stället har de ringt 112.

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Skärgårdsdoktorn på riktigt

Per Ullhammar (1932–2011) var provinsialläkare i Huddinge. Från 1968 var han sommartid stationerad i Djurhamn, Värmdö, för en försöksverksamhet med egen läkarbåt. 1977 permanentades den, Per fick tjänst på Djurö vårdcentral och landstinget köpte en ny båt 1987. 1997 gick han i pension. Per föredrog att vara på sjön och åkte ut så fort plikten kallade. Han lärde känna alla fastboende och många i sommarbefolkningen. Han inspirerade till TV-serien Skärgårdsdoktorn 1997–2000.

Vill du veta mer? Läs "Skärgårdsdoktorn lägger till på Möja", Läkartidningen. 2014;111:CYX7.

Presstopp

Skärgårdsmottagningen Blidö vårdcentral, med läkare tre gånger per vecka, kom på tredje plats i nationella patientenkäten 2016.

Glesbygdsmedicin söder om Dalälven

Glesbygdsmedicin förknippas i första hand med Norrland. Men i stora delar av Sverige är problemen de samma. Infrastruktur, avfolkningens onda cirkel och kulturell miljö är viktigare beståndsdelar i begreppet än avståndet till det centraliserade vårdutbudet.

Övergivenhetskänslan i befolkningen, att statsmakt och institutioner inte bryr sig om servicebehov och utkomstmöjligheter, präglar mentaliteten och är grogrund för missnöje. Viktiga paralleller finns därigenom till storstädernas förorter i uppfattningen att majoritetssamhället struntar i en betydande del av befolkningen och landets yta, avgörande för sammanhållning, demokrati och många medicinska yttringar.

I min kommun fick SD 21 % av rösterna, i min by 27, och i denna traditionella centerbygd har moderater och sossar slutit en ohelig allians för att säkra makten. Människor vet att olika statliga utspel om "satsningar på glesbygd" är ett spel för gallerierna; i grunden låter man den grymma marknaden styra och det innebär endast insatser med kortsiktig lönsamhet. Någon levande landsbygd som i Norge vill finans- och politisk elit inte ha.

Nu omfattas även vården av denna marknad där valfriheten enligt vårdvalet mist sin mening i brist på allmänläkare, särskilt i glesbygd. Och där det politiska systemet inte har en tanke på att följa lagens krav, att varje medborgare har rätt till en egen fast läkare! Kronobergs mest namnkunnige glesbygdsläkare Mats Falk hade vänt sig i sin grav. Han bemannade i 25 år enläkarstationen i Alstermo, 8 mil från Växjö, och såg samhällsengagemanget som en integrerad del i sina uppgifter. Familje- och husläkare som avgränsande begrepp fnyste han åt.

Ändå var han en företrädare för den individuella nära patient-läkarrelationen, medverkade internationellt på detta tema och skrev bl.a. 2001 en ledare i *American Journal of Cardiology* "Compliance with treatment and the art of medicine". Han påpekade att vi som läkare inte får glömma bort att lika mycket som vi iakttar patienten så studerar patienten oss. Han

berättar om en liten spröd gumma som vänligt sa: "Nu sa han inte oroa sej, doktorn lelle, för si jag vet att mett hjärta, de håller allt min tid ut".

I "Doktor Uggle på Skogsakuten" (1996) redovisar han charmfullt medicinska historier. Han inleder: "När jag i mitten av 60-talet lämnade en tilltänkt forskarbana för att bli provinsialläkare i Småland, ansågs jag allmänt vara galen. Men steget från det akademiska Lund till det jordnära Småland har jag aldrig ångrat".

Inte heller jag har ångrat mitt yrkesliv bortom sjukhusens slagskugga. Trots problemen är varje dag fascinerande med sitt medicinska flöde. Det får jag självständigt ta ställning till i en helhet med familjekännedom och alla intrikata rottrådar i lokalsamhället. Och jag gläds åt att fortfarande människor från stugorna djupt i skogen kommer till mig, ofta i lite högtidskläder. Eller efter en något vinglig färd på Frammoped med Sachs motor från 1958. Tre lager undertröjor och långkalsonger, åtminstone fram till midsommar, ska tas av. De vet vad arbete, sparsamhet och försakelse är, kanske också lycka.

Det är en doft av en annan värld så långt borta men samtidigt så nära. Och en påminnelse om att det finns andra realiteter än vår tids individualistiska, självbespeglande narcissistiska gloende i Facebook med målet att göra sig en karriär, leva för sitt varumärke och prestera maximalt i gymmens konstgjorda maskiner. En av mina mest avhållna patienter var född 1904 och drog upp fyra barn på sina stenåkrar. Alla fick intellektuella yrken. När jag kom satt han i sitt 40-talskök med ljuvlig värme från vedspisen och var sugen på samspråk. Sin klokskap hade han skaffat på tegarna, han hade aldrig varit i Stockholm.

I läkarrollen i periferin är dock det nostalgiska vinddraget bara en del. Nytt arbete tillkommer. Vid min vårdcentral har flyktingmottagandet blivit en stor sak, byn rymmer ett \$ 12-hem och på en bruksort en mil bort drar billiga hus för några hundra tusen till sig fattiga sjukpensionärer, udda personligheter och danska invandrare som farit illa. Så det är inte svårt att upprätthålla det socialmedicinska perspektivet trots granarnas sus och glittret mellan träden från Mörrumsåns speglar.



Radiodoktor Uggle

Mats Falk (1940 - 2015) läste medicin i Lund och blev leg.läk. 1970. Efter ett vikariat som provinsialläkare i Vetlanda kom han till Alstermo där han arbetade som ensam läkare i 25 år. Han var radiodoktor i Kronoberg P4 och känd som Dr Uggle efter boken om Skogsakuten. Han var musiker, med cello som huvudinstrument, och tonsättare.

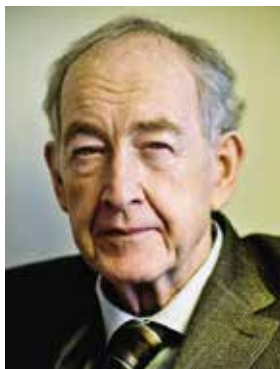


Foto: David Elg

Vill du veta mer? Läs hans berättelse vid den första glesbygdsmedicinska konferensen i Åsele 2001.

<http://www.glesbygdsmedicin.info/Kallelser/Matsfalk.pdf>.

Se dokumentären "I huvet på en gammal doktor" <https://www.youtube.com/watch?v=7dFit4JLsqY>.

Bengt Järhult

Distriktsläkare i Ryd

bengt_jarhult@hotmail.com



Sjukstugan – på väg ut eller in??

Generalistbemannade vårdavdelningar för flertalet patienter i slutenvården skulle tillsammans med en satsning på närvårdsenheter som möjliggör nära samverkan mellan primärvården och den kommunala hemsjukvården innebära stora fördelar. Främst för patienterna och deras anhöriga givetvis, men även för resursanvändningen inom slutenvården och därmed för de övergripande kostnaderna inom hälso- och sjukvården.

Sedan 1600-talet har det varit stipulerat att provinsialläkaren ska förestå hospitalet, och i modernare tid har det alltid funnits sjukstugor i glesbygden. I Värmland fanns till exempel 1880 sex sjukstugor [1]. Vårdens innehåll må ha varierat över tid och landsända, men själva konceptet att generalisterna på orten haft ansvar för vården har varit givet.

Engelska motsvarigheten "community hospital" (CH) har en mer än 100-årig historia [2]. Antalet har varierat, men 2001 fanns det 471 CH med nästan 19 000 bäddar, men bara ca 3 % var till för akut inläggning. CH's finns ibland annat i USA, Kanada, Australien och Nederländerna. I Finland uppges det finnas över 270 vårdinrättningar som är allmänläkar drivna. Ändamålen och utrustningen varierar naturligtvis, från äldreboende till akutenheter där distriktsläkaren inte får jobb om hen inte kan göra akuta kejsarsnitt. Variationen mellan länder gör vårdformen svår att utvärdera.

"Huvuddelen av de patienter som vårdas inneliggande är äldre och multisjuka, kanske med tillägg av en specifik ny komplikation. Varför då inte låta flertalet vårdplatser och vårdavdelningar vara bemannade med generalister, både läkare och sjuksköterskor?"

I en norsk avhandling från 2016 [2] presenteras en randomiserad studie där man jämförde inläggning av patienter enligt strikta kriterier på antingen Hallindahl sjukstugu eller på Ringerike Hospital, ett normallasarett ungefär 15 mil och två timmars bilresa bort. Först hade man problem med att få etiskt tillstånd att vårda patienterna på "sjukestuge" trots att man gjort det före studien i många år, sedan fick man problem med "power" då de flesta patienter som lottades till Ringerike Hospital helt enkelt vägrade åka! Genom att kombinera kvantitativ metodik med kvalitativ kunde studien ändå nå akademisk kvalitet. Sammanfattningsvis fann man att för lämpliga patientgrupper var vården likvärdig rent medicinskt, samhällsekonomiskt billigare och de som vårdades hemmavid angav "en högre patientupplevd kvalitet".

Sjukstugorna i norr

I norra Sverige finns sjukstugor (eller "observationsavdelningar") på ett flertal ställen, minst 15 till antalet, och de är uppenbarligen mycket uppskattade av befolkningen. I Dorotea långtidsockuperade befolkningen inrättningen när politikerna ville lägga ner. Polis och sjukvårdsdirektör tillkallades men ockupanterna vann!

Sjukstugorna i Norrland utgör små sjukhusavdelningar med 2-9 vårdplatser och leds medicinskt av specialister i allmänmedicin. Några är drivna i framgångsrikt samarbete mellan landsting och kommun. Under åren 2010 till 2014 behandlades patienter på sjukstuga i Norr- och Västerbotten vid cirka 20 000 vårdtillfällen. De patienter som läggs in på sjukstugor skulle sannolikt ha hamnat på sjukhus i en urban miljö. I utländska studier har man visat att sjukstugor utgör en buffert som reducerar antalet sjukhusinläggningar och vårdtid vid sjukhus [3].

Kostnadseffektiviteten är inte närmare studerad, och jämförelser är svåra att göra, med tanke både på geografiska skillnader och olika samarbetsformer med kommunerna. Dock har det beräknats att ett vård dygn vid Storumans sjukstuga kostar mindre än hälften än ett vård dygn vid sjukhusklinik (Mante Hedman, personlig kommunikation).

Modell Östhammar

Motsvarande vård finns även "söder om Norrland", till exempel i Östhammar i Norduppland 75 km från Uppsala. Där finns 18 vårdplatser vid en närvårdsenhet som drivs av kommun och landsting gemensamt. Inläggningskriterierna är att patienterna behöver medicinsk vård som inte kan tillgodoses i hemmet men som inte är i behov av högspecialiserad vård vid Akademiska Sjukhuset (UAS). Patienterna kommer på mellanlandning vid utskrivning från UAS, eller läggs in direkt från akutmottagningen på Östhammars vårdcentrum eller från någon av de fem vårdcentralerna i kommunen. Dagarbetet leds av en geriatriker.

År 2015 hade man 526 inläggningar, varav 385 direkt från vår egen gemensamma akut eller via någon av vårdcentralerna. Medelvårdtiden var 7,5 dagar för dem som primärvården lade in och 15,5 för dem som kom från UAS. Av de inlagda behövdes endast 38 stycken (7 %) skickas in till UAS, vilket betyder att vårdnivån är adekvat. Kostnaden var 3 450 SEK per vård dygn, vilket är mindre än hälften av kostnaden för geriatrisk eller internmedicinsk vård på UAS.

Vårdformen är ovärderlig för de multisjuka äldre som varken klarar sig hemma eller orkar vänta åtta timmar på akuten i Uppsala på att man ska bestämma vilken kroppsdel som behöver mest vård. När man är van att arbeta i kontexten har man svårt förstå hur en human vård kan drivas utan den, oavsett avstånd till sjukhuset.

Generalistbemannade vårdavdelningar

Det kommer alltid att finnas behov av specialiserade och högspecialiserade vårdplatser för patienter med speciella behov. Huvuddelen av de patienter som vårdas inneliggande är äldre och multisjuka, kanske med tillägg av en specifik ny komplikation. Varför då inte låta flertalet vårdplatser och vårdavdelningar vara

bemannade med generalister, både läkare och sjuksköterskor? Specialisterna kan på konsultbas ge stöd för de åtgärder och den behandling som kräver just deras kompetens.

Mångfaldigande av konceptet med närvårdsenhet enligt Östhammar skulle innebära en stor förbättring för alla parter. Alla patienter som vårdas i hemmet skulle ha en vårdplan överenskommen med dem, deras anhöriga och primärvårdsläkaren, och vid behov en eller flera organspecialister. De skulle vid behov utnyttja vårdplatser vid en närvårdsenhet med fortsatt kontinuitet och personlig kännedom i vården. Patienten skulle slippa åka ambulans till en akutmottagning, där kontinuitet och personlig kännedom sällan kan erbjudas och där patienten flyttas mellan vårdavdelningar med delvis fel kompetens och på en alltför hög vårdnivå.

Referenser

1. Landstingets historia: Sjukstugor, sinnesslöskolor, filmotek. Landstinget i Värmland personaltidning nr 3, 2013. <http://docplayer.se/7450329-Landstingets-historia-sjukstugor-sinnessloskolor-filmotek.html>.
2. Lappegard Ø. Acute admissions at Hallingdal sjukestugu. Can and should local medical centres play a role in Norwegian healthcare services for acute admissions of a specified group of patients? . Oslo, Norway 2016.
3. Aaraas I, Forde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. J Epidemiol Community Health; 1998; 52:243-6.



Lars Agréus
Ordf., Svensk Förening för Glesbygdsmedicin
Öregrunds vårdcentral,
Praktikertjänst AB
Professor, Sektionen för Allmänmedicin, KI
lars.agreus@ki.se



Mante Hedman
Storumans Sjukstuga/
Glesbygdsmedicinskt
Centrum Storuman
Doktorand,
adjungerad adjunkt
allmänmedicin, Umeå



Stig Hyddmark
Specialistläkare
i geriatrik
Närvårdsenheten,
Östhammar



Stefan Lindgren
Ordförande, SLS
Prof., Institutionen
för medicin,
Skånes
Universitetssjukhus

Annons

Ultraljud i primärvård – glesbygden går före

Ny patientnära teknik kommer att förändra diagnostiken. För ultraljud går utvecklingen snabbt. Vi ställs inför nya frågor om kompetens och etik.

Det var inflyttade tyska läkare som aktualiserade behovet i Norrbotten. De var vana vid ultraljud och saknade apparaterna i glesbygden. I Jokkmokk var vi ambivalenta till investeringen. Men det fattades ett centralt beslut och vips hade vi maskinen. Det var nog också centrala medel tillskjutna.

Kostnader för olika utrustning blir tydligare när man är sin egen, liksom ersättning för undersökningen. Begagnat har marknad för rimlig teknisk nivå

Från tjänstgöring på Grönland vid milennieskiftet hade jag själv erfarenhet av en äldre apparat som var enkel att använda, utan upplärning, för graviditetskontroller men även annat. Som ett bättre stetoskop.

I facebookgruppen "Ultraljud i Norrländsk Glesbygd" samlar vi användbara länkar och information om kurser. Det finns nördiga självinstruerande kurser på nätet, där förkortningarna är lika många som i det militära. Motsvarande norska nätverk utbyter bilder, ofta på muskuloskelettala besvär. Det danska har valt en viss basal kurs för praktiker.

De svenska glesbygdarna har valt en hög nivå för certifiering med ett visst antal handledda dokumenterade undersökningar, detta för att bemöta kritik från röntgenologer. Nya tekniker medför alltid diskussion om revir. Det finns tillämpningar inom många specialiteter som reuma, fysioterapi, ortopedi, narkos, akutvård liksom i ambulanser mm. Röntgenologerna får nog se sin roll förändrad.

Förmågan att lära tekniken varierar. Själv saknar jag fallenhet och försöker få kollegerna att bli flinka. Jag har svårt med det visuospatials, heller ingen bra bilförare. För att bli bra måste man använda ofta. Apparaten bör vara lätt tillgänglig. Vår tar några minuter att starta upp och det begränsar.



Foto: Peter Olsson

Slående är det magiska och mystiska med själva undersökningen. Den taktila beröringen och det fantastiska att se in i andras kroppar i realtid. Det kan verka lugnande. 3D-tekniken ger förunderliga bilder av foster under graviditeten, men det är inget vi har tillgång till.

Ett problem är underdiagnostik. Det är viktigt att inte slå sig till ro med en undermålig svårtolkad undersökning. Remiss till röntgenolog för bekräftelse kan bli resultatet.

Å andra sidan verkar det inte finnas någon eftertanke vad gäller överdiagnostik, åtminstone inte bland de fantastiskt erfarna lärarna på den kurs jag gick. Flera landsting inför screening av bukaorta trots bristande underlag och värdering av negativa effekter [1]. Man har sett dåliga resultat av behandling av cystor hittade med ultraljud på ovarier [2]. Thyroideacancer är i Sydkorea en katastrofal iatrogen epidemi där ultraljud varit den viktigaste faktorn [3].

Den tekniska utvecklingen går fort och går inte stoppa. Redan nu finns små adaptrar som trådlöst sänder till telefon eller padda. Indikationer men även

kontraindikationer måste klargöras. Vi får själva ta moraliskt ansvar för att vi kommer att hitta avvikelser, cystor och knutor.



Peter Olsson
Hälsocentralen
Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Jäv saknas.

Referenser

1. Johansson M, Juhl Jørgensen K, Marklund B, Hansson A, Brodersen J. Bristfällig rapport om screening för bukaortaaneurysm – gör om! Läkartidningen 2016;113:DU6S.
2. Buys SS, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. JAMA 2011 Jun 8;305(22):2295-303.
3. Vaccarella S et al. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. N Engl J Med 2016; 375:614-617.

”Resan hit var hemsk, men för den som kommer från Afghanistan var den ingenting”

Rapport om hälsoundersökning av ensamkommande flyktingbarn

I denna rapport redovisas resultat från hälsoundersökningar av ensamkommande asylsökande barn hösten 2015. De flesta var fysiskt friska men några hade resttillstånd efter misshandel och många hade sömnproblem. Barnen hade olika strategier att hantera sina upplevelser före och under flykten till Sverige. Mest av allt gällde oron osäkerhet i asylprocessen och i de flesta fall avsaknad av möjligheter till familjeåterförening.

Alltfler av dessa barn hotas nu av utvisning, vilket kommer att ske då barnet fyller 18 år. Ett återvändande ter sig många gånger omöjligt och är dessutom förenat med livsfara. De ensamkommande barnen borde undantas från den nya lagen och beredas permanent uppehållstillstånd i Sverige. Ett sådant beslut skulle drastiskt förbättra den psykiska ohälsa som nu sprider sig i denna grupp och som sjukvården har små möjligheter att påverka.

Flyktingmedicinsk Mottagning, Närhälsan, Göteborg, har tre huvuduppgifter. På remiss från Arbetsförmedlingen (AF) träffar vi nyanlända som har hälsoproblem under etableringsfasen. Vi gör också hälsoundersökningar på asylsökande (HUA) och organiserar en hälsoskola för nyanlända i AF:s regi.

På grund av den kraftiga ökningen av antalet ensamkommande barn utförde vi under november – december 2015 68 HUA via en mobil klinik på två asylboenden i Göteborgs-regionen (tabell 1). Forskning i Sverige i detta ämne är bristfällig. Någon svensk rapport eller undersökning har inte gått att finna.

I en hälsoundersökning, som är frivillig, ingår ett hälsosamtal, en kroppsundersökning och provtagning. Upplägget varierar över landet. Syftet är att få en uppfattning av den asylsökandes hälsosituation och upptäcka behandlingsbara eller smittsamma sjukdomar. Den asylsökande får också möjlighet att berätta om

händelser i hemlandet och om upplevelser under flykten som kan ha påverkat hälsan.

Metod

Den mobila kliniken var aktiv en dag i veckan under knappt två månader. På en dag utfördes i medeltal åtta hälsoundersökningar. Samtliga barn befann sig mitt i asylprocessen och hade varit i Sverige i genomsnitt sex månader. I teamet ingick en undersköterska som tog blodprover, en läkare (specialist i allmänmedicin) och två sjuksköterskor som jobbade växelvis. Undersköterskan var närvarande vid samtliga tillfällen.

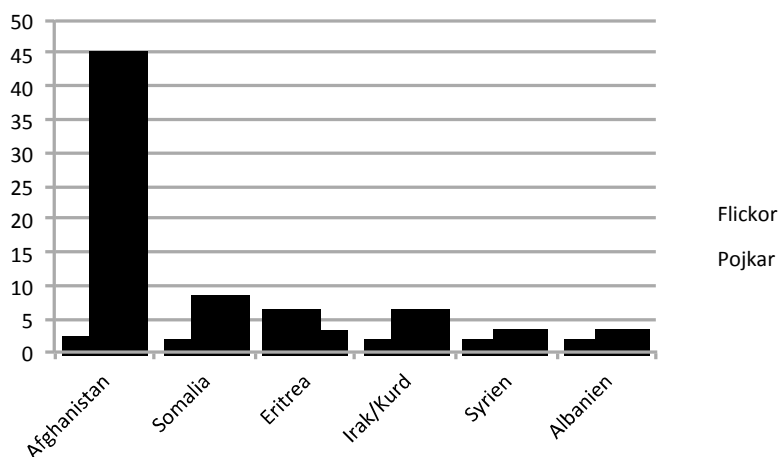
Varje hälsoundersökning tog c:a en timme. Professionell tolk fanns närvarande under samtliga möten.

Sjuksköterskan inledde med ett hälösamtal enligt den mall för hälsoundersökningar av barn som utarbetats i Västra

Götalandsregionen [1]. Samtalet berörde tidigare och aktuell hälsa, familjesituation samt upplevelser i hemlandet och under flykten. Sjuksköterskan anpassade frågeformuläret i mallen till varje individ, då inte alla ville berätta om sina upplevelser i detalj. Samtliga tillfrågades specifikt om hur de sov på natten. Samtalet varade mellan tjugo och trettio minuter och kommunicerades sedan till läkaren som utförde en kroppsundersökning och gavs möjligheter att komplettera anamnesen.

Sist togs blodprover. Provtagningen omfattade Hb, SR, blodsocker, serologi avseende Hepatit B och C och HIV, antikroppar mot hepatit B och tetanus, IGRA (Quantiferon, ett immuntest som mäter reaktionen på latent tuberkulos) och på flickor rubellaserologi. Journalkopia skickades sedan till skolhälsovården

	Afghan	Somal	Eritrea	Irak/ Kurd	Syrien	Alb
Pojkar	44	7	2	5	2	2
Flickor	1	0	5	0	0	0



Hälsoundersökningar, 68 ensamkommande barn, 6 flickor, 62 pojkar, nov-dec 2015. Mobil klinik, Flyktingmedicinsk Mottagning, Närhälsan, Göteborg. Medelålder 17 år.

(de flesta barnen gick, sex månader efter ankomsten till Sverige, i skola) för information om barnets hälsotillstånd och som underlag för kompletterande vaccinering.

RESULTAT

Samtalet

Majoriteten av barnen var tonåriga pojkar från Afghanistan. Beroende på situationen i hemlandet hade många tidigare flytt till Iran med sina familjer. De flesta beskrev sin tidigare hälsa som god.

Berättelser om övergrepp av polis och militär var vanliga och de afghanska barnen fick inte gå i skola i Iran. Många hade jobbat på olika byggen och i fabriker och vittnesmål om arbetsplatsolyckor var vanliga. Många hade endast en förälder – oftast modern – kvar i livet. Släktkonflikter och dödshot från talibanerna var också motiv att fly hemlandet eller Iran. Den enda flickan med afghansk bakgrund var sexton år och hade flytt undan hot om sexuellt våld i Iran.

De flesta berättade om svåra upplevelser på resan mot Europa, särskilt på gränsen mellan Turkiet och Iran. Barnen blev ofta beskjutna av iransk militär och många tappade kontakten med reskamrater och släktingar som var med på färden. De flesta som berättade något om resan hade blivit slagna och misshandlade av smugglare. Båtfärden mellan Turkiet och Grekland var för många en skräckfylld upplevelse. Det var vanligt med diarréer och buksmärtor under resan. Som förklaring angavs att man ofta tvingades dricka dåligt vatten.

"Vad vi bar med oss efter dessa möten var en beundran av barnens mod, en sorg över vad de fått utärda, och trots allt en känsla av hopp."

Som en pojke uttryckte det: "Resan hit var hemsk, men för den som kommer från Afghanistan var det ingenting".

Barnen från Somalia berättade om hot och våld från milisgruppen Al Shabab. Flickor kan välja att fly för att undvika att

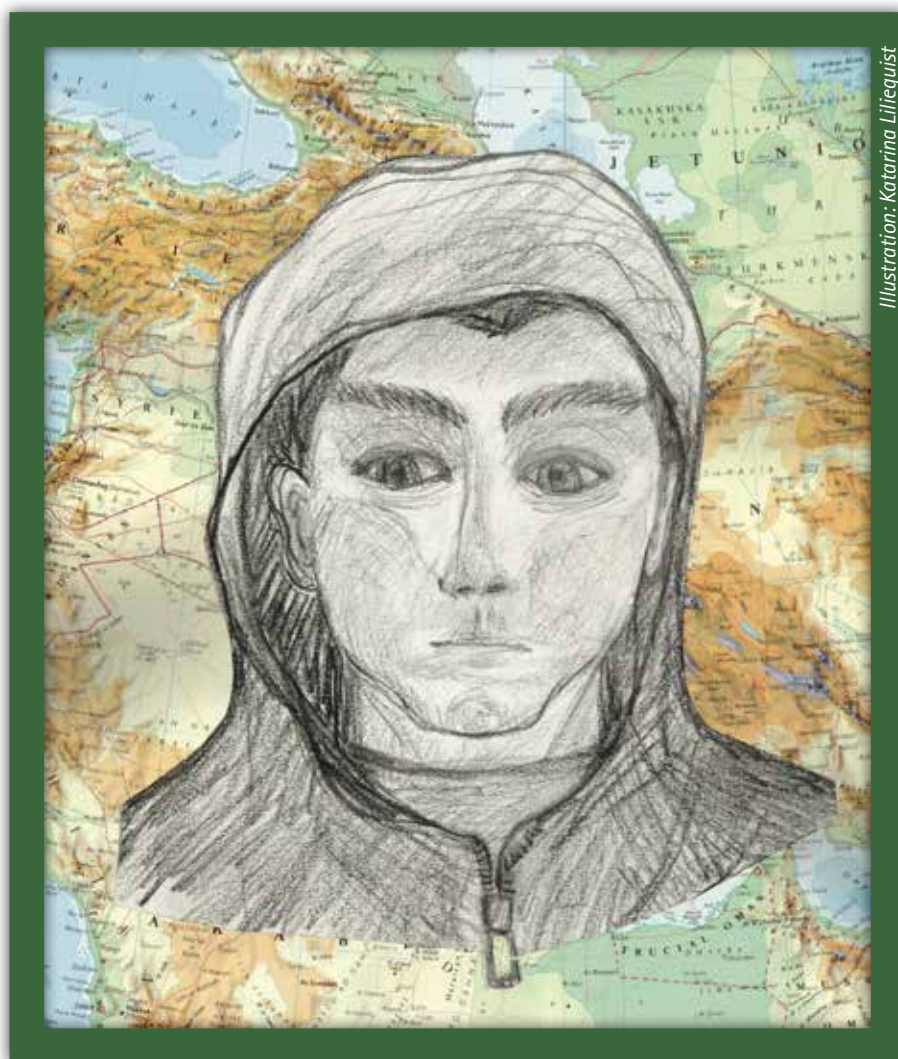


Illustration: Katarina Liliequist

bli bortgifta. En av flickorna från Eritrea berättade att hon flytt av rädsla för att bli inkallad till den långa militärtjänsten, de övriga ville inte berätta.

Psykisk hälsa

47 barn uppgav sen insomning, uppvaknanden och/eller mardrömmar. Av dessa remitterades åtta barn till BUP-mottagning eller vårdcentral för samtalskontakt och åtta barn diskuterades med kontaktperson på boendet för att få särskilda insatser. Om de övriga gjordes speciella notat i journalen för information till skolhälsovården. Vi hade också direktkontakt med barnets kontaktperson på boendet. Som orsak till sömnbesvären angav de flesta tankar på familjen i hemlandet och upplevelser under flykten. Då detta kom på tal var det inte ovanligt att de blev ledsna och grät.

Fysisk träning i grupp – fotboll, simning och olika kampsporter – hade en

viktig funktion i att avleda tankarna. De flesta såg positivt på skolarbetet men uppgav att de var trötta.

Fysisk hälsa

Ett fåtal hade besvär av olika skador som följd av misshandel och tortyr, bl.a. öronvärk och trumhinneperforation, resttillstånd efter frakturer och hudsjukdomar, främst skabb, samt brännmärken. En pojke uppvisade tre 5x5 cm blåroda sår på buken. Detta var trycksår av hans midjebälte, då han tvingats sitta framåtlutad i tre dygn i ett trångt bagageutrymme.

Undersökningen

Majoriteten uppvisade inga allvarliga avvikelser vid kroppsundersökningen. Dock hade de flesta läkta ärr här och var på kroppen. Vissa förklarade dessa med sviter efter misshandel, andra ville inte berätta. I tio fall sågs rester av en långdragen utläkt misstänkt skabbinfek-

tion. Många av de afghanska pojkarna såg muskulösa och vältränade ut. Då vi frågade dem varför berättade de att de hade styrketräning i hemlandet eller haft ett tungt kroppsarbete i Iran. Vårt intryck var att den uppgivna åldern hos den absoluta majoriteten av barnen verkade stämma.

De som hade besvär eller funktionshinder efter tidigare skador remitterades vidare för behandling. Hos två somaliska pojkar gällde detta trumhinneperforation efter misshandel och sviter efter brännskada som följd av tortyr. En afghansk pojke hade ena handen gravt stympad efter en explosion och remitterades till handkirurg.

Pojkarna var lättillgängliga i undersökningen, kanske för att den skedde på "hemmaplan".

"Jag ser dessa barn som i grunden friska tonåringar som ofta har gått igenom hemska saker. Vad de behöver är trygghet."

Provtagning

Totalt nio hade positivt Quantiferon. Dessa remitterades till barnmottagning för vidare utredning på misstanke om latent tuberkulos. De var alla symptomfria, åtminstone avseende lungtuberkulos. En uppvisade positiv HBsAg, troligen kronisk hepatit B och remitterades för utredning, liksom en flicka från Eritrea som hade en grav järnbristanemi. Serologiskt saknade majoriteten skydd mot HBV och hade dåligt skydd mot stelkramp. Samtliga flickor var immuna mot rubella. Övriga prover var normala.

Barnens tidigare vaccinationshistoria var okänd. De flesta pekade dock på ena axeln, där man kunde se ett misstänkt BCG-ärr.

Diskussion

Flyktmotiven för dessa barn varierar. Förföljelse och hot i hemlandet dominerar. Bland afghanerna är de flesta hazarer, en shiamuslimsk folkgrupp som förföljs och dödas av talibanerna. Familjerna har ofta

tidigare flytt till Iran, där situationen är riskfylld och barnen saknar basala mänskliga rättigheter. I Iran hotas de afghanska pojkarna också att skickas som barnsoldater till Syrien. Via olika smuggelnätverk ordnar familjerna eller barnen själva pengar för den farliga resan till Europa. Denna sker ibland i samråd med familjen, som hoppas att barnen ska skaffa sig en bättre framtid i Europa, kanske bidra ekonomiskt eller helt enkelt komma i säkerhet [2,4,5].

Flyktvägen från Östafrika till Europa är extremt farlig. Ligor kidnappar barn från smugglarna och pressar pengar från släktingar. I Libyen fångas barnen ofta och utsätts för olika former av övergrepp. Många blir slagna och brända med olika föremål och flickor riskerar att våldtas.

Barnen är oftast fysiskt friska. Detta är inte konstigt, då de annars inte skulle klarat av påfrestningarna under flykten.

Bland de psykiska symtomen dominerade sömnbesvären. Man oroar sig för familjen, för kraven i det nya landet och även ibland från familjerna i hemlandet eller i Iran. Osäkerheten i asylprocessen bidrar också till stor oro.

Barnens berättelser blir ofta fragmenterade. Detta kan bero på en tvekan att berätta om hemska upplevelser men det kan också finnas en bristande tilltro till den som lyssnar. Varför ska jag berätta något för den här personen? Kan jag lita på honom? Hur ska hon kunna förstå vad jag gått igenom? Resan har ofta varit så kaotisk att man heller inte vet var man ska börja. Toleransnivån kan vara olika. En pojke sade: "Jag blev ofta slagen, men det är inget att tala om, det är så det är". Eller: "I Ungern blev jag rånad på allt jag hade och fick sova i skogen i flera nätter". Barnen har också olika strategier att hantera sina upplevelser. En pojke sade: "Jag kan koncentrera mig jättebra i skolan, bara ingen frågar mig vad jag varit med om!" Andra nappar på erbjudande om en samtalskontakt.

En hälsoundersökning kan aldrig ge en fullständig bild av en persons hälsa och bakgrund. Resultaten måste därför tas för vad de är: ett nedslag som riskerar att förmedla en ytlig bild. Även om samtalet i detta fall sker med hjälp av en professionell tolk går mycket information förlorad. Någon uppföljning av barnens hälsotillstånd har inte gjorts.

Mötet med dessa barn väcker starka känslor. Vi diskuterade detta tillsammans

efter mötena. Dessutom hade alla tillgång till regelbunden professionell handledning. Vad vi bar med oss efter dessa möten var en beundran av barnens mod, en sorg över vad de fått uthärda, och trots allt en känsla av hopp.

En socionom med mångårig erfarenhet på boendet sade en dag till oss: "Jag ser dessa barn som i grunden friska tonåringar som oftast har gått igenom hemska saker. Vad de behöver är trygghet och möjlighet att känna tillit".

De flesta av dessa barn planerar att utbilda sig, speciellt till advokat, läkare eller ingenjör ("ALI"). En fotbollskarriär är lockande, liksom olika konstnärliga yrken.

En förutsättning för att barnen ska lyckas förverkliga sina drömmar är att mottagandet här i landet fungerar. Oro för brister i detta har framkommit i en intervjuundersökning med ensamkommande barn som Barnombudsmannen utfört [4]. En fungerande skolplacering med trygga lärare, en tillitsfull god man/kvinna och engagerad personal på boendet är avgörande för hur det ska gå för dessa barn [5].



Kristian Svenberg

Flyktingmedicinsk mottagning
Närhälsan, Göteborg
Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet,
Avdelningen för Allmänmedicin
kristian.svenberg@vgregion.se

Jäv saknas.

Referenser

1. Hälsoundersökningsmall – Barn. Rev 15-12-11. Enheten Asyl- och flyktingfrågor i Hälso- och sjukvården, Västra Götalandsregionen.
2. "Trees only move in the wind". A study of unaccompanied Afghan children in Europe. UNHCR, 2010
3. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency. Acta Ped. 2013;102(7):666-8
4. Barn på Flykt. Barns och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. Barnombudsmannen, januari 2016
5. Ensamkommande flyktingbarn och unga. Socialmedicinsk tidskrift 2016;93(1)

Vård som inte kan anstå – ett odefinierat begrepp med allvarliga individuella följder

Tillgänglighet till sjukvård begränsas för asylsökande till vård utifrån ett svårdefinierat och ofta misstolkat begrepp i form av "vård som inte kan anstå". Trots att begreppet möter stor kritik från vårdprofessioner och inte är förenligt med etiska vårdprinciper fortlever en sjukvårdskultur där asylsökande förvägras vård trots ett stort behov.

Enligt svensk hälso och sjukvårdslag har alla samma rätt till sjukvård utifrån behov. Detta innebär att det är det medicinska behovet som ska styra och att det är vårdprofessionerna som definierar hur stort behovet är. En jämlik vård till alla oberoende var man bor i landet har också varit i fokus i sjukvårdsdebatten den senaste tiden. Den grupp som däremot inte omsluts av detta är vuxna asylsökande, vilkas rätt till sjukvård begränsas av det svårtolkade begreppet "vård som inte kan anstå". Vuxna asylsökande och papperslösa har denna begränsning medan asylsökande barn (*under 18 år*) har samma rätt till sjukvård som barn med uppehållstillstånd i Sverige.

"Det är en grov missuppfattning att 'vård som inte kan anstå' begränsas till akut sjukvård och det är allvarligt att den missuppfattningen har reproducerats inom sjukvården till att ha blivit en allmän bild av asylsökandes rätt till sjukvård."

I mitt arbete inom flyktinghälsovård skapar detta problem framförallt i samband med remisser som avvisas med argumentet att patientens åkomma inte kräver akut sjukvård. Det är en grov missuppfattning att "vård som inte kan anstå" begränsas till akut sjukvård och det är allvarligt att den missuppfattningen har reproducerats inom sjukvården till att ha blivit en allmän bild av asylsökandes rätt till sjukvård.

Jag tänker här problematisera begreppet och vilka konsekvenser det får utifrån hur det tolkas. Har den irakiska mannen med ischemisk hjärtsjukdom som nyligen vårdats inläggande i samband med en hjärtinfarkt rätt till gängse kontroller och deltagande i hjärtviktsgrupp? Har den eritrianska kvinnan med posttraumatiskt stressyndrom, efter att hon förlorat barn och vänner när båten över medelhavet sjönk i samband med flykten, rätt till specialistsjukvård? Har den tjetjenska mannen som låramputerats efter en granatexplosion rätt till en protes och den rehabilitering som krävs för att kunna gå med den?

"Vård som inte kan anstå" och vårdens etiska plattform

Riksdagen beslutade 1997 om en etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvård som ska utgå från de tre grundläggande principerna människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna ska följa denna rangordning och i prioriteringar ska allas lika värde sättas främst, varefter behovet för den enskilda ska vara överordnat kostnadseffektivitet. Följaktligen har alla rätt till samma sjukvård där behovet ska styra och kostnadsaspekter ska vägas in i sista hand. Det anses vara oförenligt med dessa principer att personliga egenskaper såsom ålder, kön eller ekonomiska förhållanden ska påverka personens rätt enligt sina behov.

Frågan är då om den generella bild av "vård som inte kan anstå" som används för att begränsa tillgången till sjukvård för asylsökande är förenlig med den övergripande etiska plattformen. Begränsningen baseras ju i allra högsta grad på en personlig egenskap i form av juridisk status.

Begreppet "vård som inte kan anstå" har en lång historia och har använts under olika omständigheter över tid. Begreppet började användas för att reglera vilken vård en svensk medborgare ska få när de befinner sig på en annan ort än där de bor. En person skulle då få akut sjukvård i den region de råkar finna sig men uppföljande vård skulle ges på personens hemort. Begreppet användes också i slutet av 80-talet ur ett rent ekonomiskt perspektiv kring vilken vård migrationsverket skulle betala landstingen för.

Socialstyrelsen bedömde då att begreppet inte var användbart för att begränsa vård generellt för asylsökande eftersom man som asylsökande inte kan hänvisas till ett annat landsting, inte heller till ett annat land för den vård som skulle kunna anstå en tid [1]. Begreppet växte dock sedan in i socialstyrelsens rekommendationer och 1996 användes det i en överenskommelse mellan staten och landstingen om vilken vård landstingen var skyldiga att ge till asylsökande. Sedan 2008 finns begreppet inskrivet i lagtext men utan att man definierat vad "vård som kan anstå" egentligen innebär [2].

Hur definierar man begreppet?

Socialstyrelsen har vid ett antal tillfällen fått i uppdrag att uttala sig om och definiera "vård som inte kan anstå". Det har i det arbetet förekommit diskussioner kring om prioriteringar enligt diagnoser kan vara ett sätt att skapa en definition. Den idén övergavs snabbt eftersom majoriteten av medicinska diagnoser har en stor spridning i allvarlighetsgrad mellan individer. När socialstyrelsen fick uppdraget att definiera begreppet efter att det blivit inskrivet i lag kom man fram till att det är upp till den enskilda vårdgivaren att definiera vad "vård som inte kan anstå" är eftersom man ansåg att det inte går att ge en generaliserad bild av innebörden. Man gav dock

vissa riktlinjer för vilken vård asylsökande bör ha rätt till:

- Akutsjukvård
- Vård där en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder
- Vård som kan motverka ett mer allvarligt tillstånd
- Vård som kan undvika framtida mer omfattande vård
- Vård som kan minska användningen av mer resurskrävande behandlingar
- Mödravård och preventivmedel
- Hjälpmedel till funktionshindrade

Begreppet har således reproducerats från en grupp och ett sammanhang som överenskommer vem som ska göra vad inom sjukvården i Sverige till att sluta med en begränsning kring vilken vård som ska ges till personer utifrån deras juridiska status.

"Läkare tenderar att sätta sina vård-etiska principer i första hand och det är svårbegripligt att man i detta sammanhang lutar sig mot ett svårdefinierat, kritiserat och ofta feltolkat begrepp."

Kritik mot begreppet

Prioriteringscentrum har skrivit en kritisk rapport om begreppet "vård som inte kan anstå" och dess förenlighet med etiska aspekter och den nationella modellen för öppna prioriteringar [3]. Prioriteringscentrum kommer till slutsatsen att om man inte ger sjukvård även om svårighetsgraden på tillståndet talar för det eller en fördröjning av en behandling ger en försämring av tillståndet eller ökade kostnader bryter man mot människorättsprincipen. Man menar att begreppet inte är anpassat till att tillämpas inom sjukvården eftersom det är svårt att göra individuella risk och effektbedömningar.

Såväl läkarförbundet som vårdförbundet kommer till liknande slutsatser kring att begreppet inte är användbart i medicinsk praxis och att frånga generella prioriteringsprinciper kring vilken sjukvård som ska ges på basen av något annat än vårdbehov är oetiskt. Vårdprofessionerna rekommenderar helt enkelt att begreppet "vård som inte kan anstå" inte bör användas alls.

Det förefaller således självklart att begreppet inte är förenligt med etiska principer kring sjukvård. Hur kan det då komma sig att det används så brett och oreflekterat i Sverige och framförallt att det skapats en felaktig och generell bild av att "vård som inte kan anstå" enbart ska innefatta akut sjukvård? Läkare tenderar att sätta sina vårdetiska principer i första hand och det är svårbegripligt att man i detta sammanhang lutar sig mot ett svårdefinierat, kritiserat och ofta feltolkat begrepp.

Om man utgår från socialstyrelsens rekommendationer är det faktiskt svårt att tänka sig så många medicinska tillstånd av någon sorts valör som skulle kvala in under "vård som inte kan anstå". Rimligen handlar den praktiska användningen om ekonomiska resurser för kliniker och regioner. Det finns förstås

tillfällen där det är direkt olämpligt att ge sjukvård till personer där det är oklart om man kommer att ha möjlighet att göra medicinska uppföljningar som är livsnödvändiga. Men besluten att avstå från behandling i de fallen sker helt på medicinska grunder och medför inget etiskt problem.

Den irakiska mannen, den eritrianska kvinnan och den tjetjenska mannen har förstås rätt till sjukvård utifrån den etiska plattformen och också om man tillämpar socialstyrelsens rekommendationer kring begreppet "vård som inte kan anstå". Utifrån den slentrianmässiga föreställningen inom sjukvården att de enbart är berättigade till akut sjukvård togs de inte emot inom slutenvården. Det är inte värdigt för ett sjukvårdssystem som beskriver sig kämpa för att alla ska ha samma rätt till sjukvård efter behov.

Mattias Rööst

Med.dr. i internationell hälsa
Alvesta vårdcentral
Allmänmedicinskt kunskapscentrum (AMK),
Region Kronoberg
mattias.roost@kronoberg.se



Jäv saknas.

Referenser

1. Hälsovård för flyktingar och asylsökande. Socialstyrelsens författningssamling 1988:8.
2. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Svensk författningssamling 2008:344.
3. Sandman L, Broqvist M, Gustavsson E, Arvidsson E, Ekerstad N, Carlsson P. Vård som inte kan anstå – Tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna jämförelser. Linköpings Universitet: Prioriteringscentrums rapportserie 2014:1.

Vad händer med En Värdefull Vård?



Svenska
Läkaresällskapet

SLS projekt En Värdefull Vård initierades efter Maciej Zarembas kritiska artikelserie i DN. En arbetsgrupp tog fram förslag för en förändring av hälso- och sjukvården förenlig med såväl grundläggande mål för svensk hälso- och sjukvård som läkarkårens etiska yrkesregler.

SLS kommer att arbeta vidare med förslagen om:

- Stärka läkarens ansvar och renodla styrningen i hälso- och sjukvården genom aktivt påverkansarbete.
- Fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens för alla invånare.
- Kvalitetsutveckling genom professionell granskning och klinisk revision.
- Obligatorisk fortbildning för alla specialistläkare och definierade kunskapskrav och kontroll för inträde i läkarprofessionen samt att uppnå specialistkompetens.

Från SLS Aktuellt 4-2016

Annons

Vad och vem har styrt mitt läkarliv?

Nu när mitt läkarliv strax är slut är det ju på tiden att fråga sig vad det är som har styrt mig. Jag måste erkänna att jag under årtionden inte reflekterade över saken.

Jag arbetade naturligtvis utifrån vetenskap, evidensbaserad medicin, alltid lege artis. Bara då och då rämnade min världsbild, när det jag lärt mig vara det rätta visade sig vara totalt fel. Plötsligt var 70-talets absoluta kontraindikation mot att ge nitroglycerin vid hjärtinfarkt borta. Nu skulle omedelbart en nitrooblat under tungan ges till patienten med bröstsmärta.

Och jag upptäckte att de läkemedel som sjukhusen pytsade ut och industrin försökte få mig att förskriva med båda händerna, ofta med vinklade budskap och stimulans av smaklöken, inte var prövade på de patienter jag hade. Patienter med symtom utan definierad diagnos, annorlunda sjuka än de som inkluderats i kliniska prövningar, och äldre med många farmaka som sällan fick vara med i kliniska studier. Och en radda skandaler från SMON¹ till Vioxx övertygade mig om att den dagsfärska kunskapen i sig var högst bedräglig i att styra mitt medicinska handlande.

Kunskapsstyrning och resurser

Skulle jag alls tro på så kallad professionell kunskapsstyrning? Ett gäng experter med fina titlar samlades på myndigheternas mysiga internat och talade sedan om för mig hur tillstånd i primärvården, i en verklighet de inte känner, ska behandlas. Allmänläkarrepresentationen har förvisso blivit något bättre med åren men fortfarande anordnar Läkartidningen många symposier om sjukdomar i primärvården utan en enda allmänläkare.

Jag har under åren kunnat se att min vardag sällan ligger till grund för rekommendationerna, att det bara finns evidens för korta behandlingstider och att experternas bindningar till industrin är omfattande.

Glappet mellan teoretiska förslag om optimal handläggning och primärvårdens verklighet är avgrundsdypt! Hur kan man sitta i Stockholm och förorda omfattande insatser, register och kontroller i min anorektiska verksamhet utan att tillföra resurser? Detta när allmänläkartätheten bara är hälften av vad andra utvecklade länder har och vården är fylld av vakanser och hyrläkare. Samtidigt som politiker med pekuniära incitament prioriterar tillgänglighet och vårdkonsumtion för det banala och självläkande.

Sådan kunskapsstyrning fyller mig bara med dåligt samvete och gör att jag krokmar i min ambition att vara en god läkare. Tala åtminstone om för mig vilka icke evidensbaserade åtgärder jag ska slänga ut när allt nytt ska in!

Kontinuitet och konsultationskonst som kvalitet

Varför ska kunskapsstyrning bara ske utifrån enskilda sjukdomstillstånd? Det finns kunskap om att kontinuitet är kvalitetshöjande och att bra konsultationsteknik ger god följsam-

het till ordinationer. Det ger mycket större effekter än senaste upphäussade läkemedelsvarianten. Allmänläkare i första linjen istället för subspecialister minskar sjuklighet och dödlighet enligt internationella studier. Varför får sådan kunskap så lite genomslag i vårdens utformning?

Det är annat än akademisk medicinsk kunskap som styr vården. Faktiskt var det för många i min generation i sent 70-tal den politiska viljan att skapa en ny basvård som fångade oss. Det var redan då omodernt att tala om läkarkall, men det fanns en motivation, en inre styrning att bygga upp en vård som såg hela människan, familjen och samhället; inte bara som universitetets kikarsikten i så hög utsträckning lärt oss, att se diagnosen och sjukdomen avskalad sin mänskliga komplexitet.

"... jag lyssnar förundrat på dem som tror att ojämlikhet i vården är en fråga om bristande tillgång till kunskap – när grunden för jämlik vård är nära tillgång till en egen, fast läkare över tid."

Och är det inte detta som efterlyses idag, lite mer kall? Detta när NPM, New Public Management, nästan gjort läkare till homo economicus. Eller i varje fall så upptagna av att uppfylla registermål och surrogatvariabler att ansvaret för helheten, den långvariga patientrelationen, förståelsen av det icke mätbara, det personliga engagemanget och den goda konsultationens läkande kraft så ofta ligger på någon annan.

Professionell styrning inte oproblematisht

Jag är en aning skeptisk till dagens fagra tal om välsignelsen av professionell styrning av vården. Makthierarkierna inom läkar-skrået är inte att leka med och discipliner som allmänmedicin, geriatrik och psykiatri kan inte ta professionell förståelse för given när det i slutändan kommer till kronor och ören. På 70- och 80-talen var det politikerna som var mina vänner. Flertalet sjukhusläkare och Läkarförbundet var avvaktande eller negativa till en expansion av allmänmedicinen.

Och fortfarande idag går gränsen för förbundets engagemang vid sjukhusporten. Man säger sig stödja allmänläkarna men är inte beredd att snabbt omfördela en del doktorer till primärvården. Fastän detta är enda sättet att på kort sikt rädda primärvården från ett fullständigt haveri och med det ett haveri av hela vårdssystemet.

Minns jag fel från 80-talets chefsår, då jag försökte fylla visionen om primärvården med innehåll? Är det en illusion att jag var fri, inte var styrd uppifrån, utan hade ett i stort sett fritt mandat under rambudget att, tillsammans med medarbetare,

¹ Subakut myelo-optisk neuropati orsakad av oxikolin, beskrivet av den svenske läkaren Olle Hansson.

utforma Olofströms primärvård på bästa sätt? Jag tror inte det, och kontrasten till dagens avprofessionaliserade ledarskap är stor.

Vilka är våra drivkrafter?

Varje läkare har sina djuppsykologiska, ofta omedvetna drivkrafter. Men det finns ingen anledning att förakta sina neurotiska sidor. De kan göra mycket gott för andra människor och syns till exempel tydligt i det akademiska hävdelsebehovet. Det är bara när de får alltför oreglerat spelrum som de blir farliga. Och det gällde inte bara Macchiarini och Karolinskas kultur. Etik och självkontroll är inte professionens starka gren och läkaren blir livsfarlig när ekonomi knyts till den enskilde patienten. Det sker i vissa av dagens register, i vårdvalsersättningar och i organisatoriska moden som Värdebaserad Vård. Sådant slapp man att tänka på under 80-talet.

"Jag sätter mitt hopp till Läkaresällskapet som med sin utredning 'En värdefull vård' erbjuder ett alternativ med rambudget och professionell styrning. Det borde prövas i fullskala som ett pilotprojekt. Det skulle bli första gången i svensk sjukvårdshistoria som en stor organisationsförändring, innan den införs, är evidensbaserad."

Vattendelaren för mig var Ädelreformen. Med den slogs vår hemsjukvård sönder av en politisk tro. Ett antal ytterligare oprövade så kallade reformer har kavrats ut över Sverige i mitt yrkesliv, till exempel husläkare och vårdval. I dess förarbeten fanns inte ens en seriös diskussion om riskerna med att göra sjukvården till en marknad och patienten till kund.

Glesbygden förlorare

Som glesbygdsläkare är jag förstås förlorare. Jag vill verkligen styras av vårdens jämlikhetsideal, men geografisk och soci-

al rättvisa i utbudet är oförenligt med en sjukvårdsmarknad. Nya vårdcentraler och apotek dyker upp i större städer, nya allmänläkare, i den mån de finns, köps eller fångas in där, och jag lyssnar förundrat på dem som tror att ojämlikhet i vården är en fråga om bristande tillgång till kunskap – när grunden för jämlik vård är nära tillgång till en egen, fast läkare över tid. Det är motbudande när industrin använder jämlikhetsargumentet för att maximalt prängla ut sina dåligt dokumenterade piller. Låg förskrivning i ett område kan lika väl vara ett kvalitetsmått på kritiskt tänkande och insikt om läkemedels bristande dokumentation.

Även som glesbygdsläkare har jag idag att navigera mellan stolliga interndebiteringar som lockar mig att remittera på icke medicinska grunder, register som belönar icke evidensbaserade kvalitetsmål, och ett ersättningssystem ACG, där min vårdcentral blir utkonkurrerad av andra enheter med rymligare samveten genom glidningar i diagnossättning och remittering av kostnadskrävande patienter till sjukhus.

"En värdefull vård" ger hopp om framtiden

Ekonomistyrningen under senare decennier – inom en växande landstingsbyråkrati, med NPM-ideologi, dokumentationshysteri och förtryck av mitt professionella, självständiga medicinska och etiska ansvar – har gjort att mina gamla vänner i den politiskt-administrativa överbyggnaden blivit mina mäktiga motståndare. I okunskap om styrningens konsekvenser motarbetar de vad jag anser vara god och patientnära vård. Jag mår illa bara jag hör ordet "controller".

Jag sätter mitt hopp till Läkaresällskapet som med sin utredning "En värdefull vård" erbjuder ett alternativ med rambudget och professionell styrning. Det borde prövas i fullskala som ett pilotprojekt. Det skulle bli första gången i svensk sjukvårdshistoria som en stor organisationsförändring, innan den införs, är evidensbaserad.

Bengt Järhult

Distriktsläkare i Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com



Inget jäv uppgivet.

Om primärvården som arbetsplats

Ylva Wendle Sundbom, distriktssköterska och inspektör på Inspektionen för vård och omsorg (IVO), har skrivit sin masteruppsats över ämnet allmänläkarnas arbetssituation [1]. Hon gjorde en kvalitativ intervju med sex allmänläkare, varav två hade lämnat sitt fasta arbete i primärvården.

Viktiga faktorer för att allmänläkare ska stanna kvar inom primärvården och söka sig till den i framtiden var ett avgränsat och tydligt uppdrag, tillräckliga resurser, en god samverkan, en bra arbetsmiljö med ett utvecklat teamarbete samt tid för lärande och reflektion.

I en annan studie konstaterar forskaren Thomas Andersson att ledningen måste få med sig läkarna om ett förändringsarbete inom sjukvården ska lyckas [2]. Läkarna är nyckelpersoner och har nästan veto. Goda relationer på arbetsplatsen är centralt. "Det är inte så att chefen bestämmer över läkarna, utan snarare så att läkarna låter chefen vara med och bestämma."

1. Wendle Sundbom, Y. Primärvården som arbetsplats: en studie över distriktsläkarnas nuvarande arbetssituation och deras tankar om framtidens vård. Examensarbete för magisterexamen i Medical management. Karolinska institutet: Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik 2016. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45239>
2. "Läkarna har nästan veto". Läkartidningen. 2016;113:EFDA

"Fetmauppropet" sätter fokus på ett stort folkhälsoproblem



© World Obesity

Lagom till jul släpptes "fetmauppropet" för att uppmärksamma fetma som folkhälsoproblem och påverka beslutsfattare att stävja fetmaepidemin på samhällsnivå. Initiativtagare är Helena Dreber, allmänläkare, Anna Gunnerbeck ST-läkare i pediatrik, Lars Jerdén, allmänläkare, och Erik Hemmingsson, fetmaforskare.

Bakgrunden var besvikelse över det extrema individfokus som gäller fetmabehandling och -prevention. Trots att fetma är ett komplext tillstånd med stark koppling till socioekonomi saknas en åtgärdsplan på samhällsnivå. I stället hanteras fetma med den förenklade bilden att individer med fetma får "skylla sig själva" och att tillståndet botas genom att äta mindre och röra sig mer. "Personer som inte lyckas saknar tillräcklig motivation" är ett vanligt inlägg i debatten. "Orsakerna till orsakerna", som individuell sårbarhet för hur vi tar emot reklambudskap och hur vår miljö uppmuntrar till matintag och fysisk aktivitet, diskuteras i mindre utsträckning.

Vår förhoppning är att fetma ska ses som den multifaktoriella sjukdom den är och som ett folkhälsoproblem som löses på flera nivåer med politiska beslut.

Hälsoproblem har tidigare lösts på samhällsnivå. I början av 1900-talet vändes infektionshärjningarna av förbättrad sanitet, och i arbetet mot tobak har oönskade lagändringar följts av mindre rökning.

Hitintills har uppropet nått och stötts av en ansevärd del av Sveriges fetmaforskare och -kliniker.

Uppropet berör fem punkter:

- **Näringsrik mat som främjar hälsa måste bli det enkla och naturliga valet.** Inför läskskatt och sockerskatt. Begränsa marknadsföring av skräpmat.
- **Öka preventionen inom hälso- och sjukvården.** Prioritera följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer för åtgärder mot fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor.

- **Bygg bort fysisk inaktivitet.** Vi behöver förbättrad infrastruktur för fysisk aktivitet i vardagen.
- **Alla barn ska stödjas i att etablera en livsstil som främjar hälsa.** I förskolor och skolor ska serveras näringsriktig mat och alla barn skall ha möjlighet till minst en halvtimmes daglig fysisk aktivitet i skolan.
- **Personer med fetma behöver ökad förståelse och stöd, inte ytterligare skuld- och skambeläggande.** Hälso- och sjukvård liksom skola måste arbeta aktivt för att stävja den diskriminering som personer med fetma utsätts för.

Bakgrundsevidens kring varje punkt samt länk till uppropet finns på vår hemsida (<https://fetmainitiativet.wordpress.com/>).

Jag har svårt att hitta en patientgrupp som är så stor (15 % av Sveriges befolkning) och som drabbar barn såväl som vuxna med så allvarliga följder där det inte tas ett helhetsgrepp.

Sjukvården saknar resurser att följa upp fetma, och kliniker som är specialiserade på fetma är få. Liksom för annan behandling avtar effekten om den inte ges, dvs. fetma inte följs upp. Med tanke på den stora andel av Sveriges befolkning som har eller riskerar att drabbas av följsjukdomar till fetma torde utökad fetmaprevention, inklusive på samhällsnivå, vara oundvikligt.

Helena Dreber

Doktorand

Vårdcentralen Hökarängen

Överviktscentrum, Karolinska Universitetssjukhuset

helenadreber@yahoo.com

"28-punktsprogram" för primärvården

– för att minska beroendet av hyrläkare

SKL m.fl. har tagit fram ett 60-punktsprogram för att minska beroendet av hyrläkare inom psykiatri. Landsting och regioner ska nu använda det för att vara oberoende av inhyrd personal i sjukvården senast 1 januari 2019.

Distriktsläkarföreningen har gjort en "översättning" av listan. Åtgärdspunkterna har delats in i olika områden: attraktiv arbetsplats, dimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor, nya arbetssätt och samarbete inom/mellan landsting/regioner. Inom varje område finns en rad checkpunkter på åtgärder att genomföra. Ansvaret för åtgärderna ligger ibland på landstings/regionnivå och ibland på arbetsgivarnivå. Listan borde vara till god hjälp i lokala diskussioner.

Norsk fastlegeordning – utmärkt reform men flera frågetecken

I augusti 2016 fyllde Norsk fastlegeordning 15 år. Under en konferens i Tromsø diskuterades erfarenheterna av reformen. Intrycket är att införandet av fastlegeordningen blivit något av en succé i Norge, men att det också finns utmaningar. Samarbetet med kommunerna kan bli bättre. Förväntningarna på fastlegene är skyhöga, arbetsbelastningen ökar och det finns fastleger som överväger att sluta. Någon ändring av systemet blir det inte.

Norsk fastlegeordning har rönt stor uppmärksamhet i Sverige [1]. Hur ser då reformen ut med norska ögon? Bland konferensgästerna kunde man se fastleger, ST-läkare, myndighetsföreträdare, forskare, mediafolk och, inte minst, vår egen Carl Edvard Rudebeck.

De flesta föredragshållare talade om fastlegeordningen som en succé, även om många menade att det finns en del olösta problem och utmaningar. Bättre kontinuitet, helhetssyn och ett tydligare ansvar hör till det positiva, men fastlegenes oberoende ställning gör att de hamnar utanför det övriga sjukvårdssystemet. Priset för att vara "ensamvarg" är att fastlegernes kompetens och tjänster inte helt tas tillvara.

Bra reform, men kommunsamarbetet sviktar

Nina Tangnaes Grønvold, kommunchef i Fredrikstad, kunde intyga att reformen fungerat bra och att det är lätt att rekrytera fastleger. Men hon efterlyser bättre kontakt med fastlegene. Väl medveten om att de drunknar i arbetsuppgifter tycker hon ändå att kommunens behov borde gå före.

– Kommunen är ju den viktigaste samarbetspartnern, men vi får inte alltid svar på förfrågningar. Fastlegen borde "äga" sin patient hela vägen i vårdssystemet, säger hon.

Hon tog också upp de höga förväntningarna på fastlegen, inte minst från befolkningen.

– Fastlegen skall kunna allt, befinna sig överallt, remittera allt.



Men många läkare upplever sig numera mer som patientens advokat än som grindvakt.

Skyhöga förväntningar

Kari Sollien, ordförande för Allmennlegeforeningen, är inte nöjd och vill se fler läkarstuderande i primärvården, fler vidareutbildningsplatser och bättre sociala rättigheter för näringssidkande fastlege.

– Fastlegereformen är den mest lyckade reform vi haft inom norsk sjukvård. Men kanske dynamiken kräver en ny reform vart femtonde år?

Hon anser att den personliga relationen och listan är styrkan i fastlegeordningen, men att det råder obalans mellan höga förväntningar och befintliga resurser och att tillgänglighet nu prioriteras så högt att övrigt samarbete blir lidande.

– Det vore bra om vi en gång för alla klarade ut vilka av alla förväntningar som ska infrias. Skall fastlegen samarbeta mer, så krävs det fler fastleger.

Effekter efter införandet av fastlegeordningen

- Genomsnittlig arbetstid för fastleger i Norge är 46,5 timmar/vecka. Sjukfrånvaron är mycket låg.
- Fastlegene trivs bättre än sjukhusläkare med arbetet.
- Uppgifter som fastleger upplever mest meningsfulla är vardagliga tillstånd, uppföljning av kroniskt sjuka, terminalvård, riskbedömningar, jourtjänstgöring.
- Läkare utan specialistkompetens och läkare med fast lön remitterar fler patienter.
- Näringsidkande fastleger sjukskriver mer.
- Specialister i allmänmedicin sjukskriver oftare än icke-specialister, men kortare tid.
- Befolkningen tar hänsyn till läkarens sjukskrivningspolicy när de väljer fastlege
- Tillgängligheten har ökat och det har blivit lättare för patienter att få läkartid.
- Tillgängligheten för patienter med stora vårdbehov har inte ökat.
- Det saknas pålitliga data om inverkan på kontinuitet och medicinsk kvalitet.

Norge kommer till Sverige

Vill du diskutera för- och nackdelar med fastlegeordningen? Kom till SFAM:s kongress och workshopen "Allmänläkare så in i Norden – är fastlegereformen ljuset från väster?" med Björn Nilsson, Helen Brandstorp, Anette Fosse, Peder Halvorssen, Anders Svensson och Roland Olofsson-Dolk. Se www.sfam.se.

Idag tillkommer det 400 nya fastleger per år. De flesta tar över efter pensionerade kollegor. Ökningen håller jämna steg med befolkningsökningen, kanske något därutöver, men samtidigt läggs nya uppgifter till.

– De flesta fastleger har en stor arbetsbörda och tycker att 1 500 personer på listan är för mycket. Men det är omöjligt att få myndigheterna att minska liststorleken, säger Kari Sollien.

Hög arbetsbörda

Ane Emaus är fastlege i Alta och snart klar med sin ST. Hon tycker fastlegeordningen fungerar bra, men upplever ett allt tyngre ansvar: uppdatera kunskaper, förbättra kvaliteten, förkorta väntetiden, dokumentera, förebygga, samverka och gå jour.

– Snart rinner bägaren över! Jag har 17-20 patientbesök varje dag. Kaffepauser är sällsynta och jag skriver journalanteckningar medan jag äter medhavd lunch på rummet. Likadant är det för mina kollegor. De som har större listor än jag sköter pappersarbetet på kvällen.

Att vara dessutom vara ST-läkare innebär mycket frånvaro, vilket skapar problem.

– Väntelistan blir lång, pappersarbete hopar sig och inkomsterna minskar när jag går min sidoutbildning. Att få tag på en långtidsvikarie är jättesvårt, jag har haft tio vikarier under lika många månader.

Ane Emaus säger sig trivas som fastlege. Men arbetsmängden har nu blivit så stor att hon överväger att sluta som fastlege.

– Man vill ju ha tid med familjen också, och det är tungt att alltid känna sig otillräcklig, säger hon.

Utbildningstjänster saknas

Annette Fosse, fastlege och sjukhemsläkare i Rana, pekar också på behovet av att definiera fastlegenes uppdrag. Hon anser att det fokuseras alldeles för mycket på sekundärvården.

– Staten äger sjukhusen. Det är klart att de bryr sig mest om sånt som de själva äger. Men vi måste få fasta utbildningstjänster, ersatt tid och ekonomiska resurser för att kunna forska i primärvården.

Senaste kartläggning av fastlegtäthet oroar henne.

– 59 små kommuner saknar fastlege! Det var ju just sådant som reformen skulle råda bot på. Men varken staten eller kommunerna verkar bry sig.

Tom Willy Christiansen fanns på Helse- og omsorgsdepartementet då fastlegeordningen infördes 2001. Han följer utvecklingen och uppskattar att det skulle behövas ytterligare 600 - 800 fastlege.

– Antalet äldre och kroniskt sjuka ökar och det kommer till

nya uppgifter utan fler fastleger. Här har varken Läkarförbundet eller staten gjort sitt jobb. Det som läkarna befarade var ju just en övermäktig arbetsbelastning. Tar man inte tag i detta, så har vi ingen fastlegeordning om fem år.

Fastlegeordningen står fast

Vad säger man då på Helse- og omsorgsdepartementet? *Petter Øgar*, som arbetar på myndigheten, säger:

– Systemet ligger fast, både vad gäller finansiering och antal fastlege. Däremot måste vi klargöra förväntningarna, eftersom regeringen ser ett behov av att integrera fastlegen i övrig hälso- och sjukvård.

Carl Edvard Rudebeck från Sverige tog tillfället i akt att beskriva fundamentet för allmänmedicinen.

– Fastlegeordningens storhet ligger i att den är så enkel. Ansikte mot ansikte med sin patient är det inte bara diagnoser som rör sig i läkarens huvud. Läkaren får tillsammans med sin patient det medicinska att ta plats i det mänskliga. Förstår lagstiftarna det här? undrade Carl Edvard Rudebeck avslutningsvis.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Referens

- 1 Agerberg M. Fastlegeordningen – reformen som alla är nöjda med. *Läkartidningen* 2016;113:D3DY.

WMA uttalar sig om klimatet

World Medical Association hoppades i sitt nyårsbrev att världens ledare skall mångdubbla sina ansträngningar att bekämpa effekterna av klimatförändringarna.

Presidenten dr. Ketan Desai sade att en av de viktigaste uppgifterna på det nya året är att förmå sjukvårdsorganisationer över världen att flytta sina investeringar från företag som förlitar sig på fossila bränslen till sådana som producerar energi från förnybara källor. Han hoppades att regeringarna kommer att stärka folkhälsosystemen för att förbättra samhällets anpassning till klimatförändringarna.

Desai påpekade också att antalet döda och skadade läkare och sjukvårdspersonal är en tragisk påminnelse om den sjunkande respekten för internationella lagar och konventioner.



Stora skillnader i primärvårdsläkarnas nöjdhet med de elektroniska journalsystemen

Endast drygt en tredjedel av svenska primärvårdsläkare är nöjda eller mycket nöjda med de elektroniska journalsystem som de använder i sitt arbete. Andelen är mindre än i andra länder som USA, Australien, Storbritannien och Tyskland. Dessutom är skillnaderna i nöjdhet mellan olika landsting och regioner inom landet anmärkningsvärt stora. I exempelvis Kronoberg är 78 % av primärvårdsläkarna nöjda med systemen, medan motsvarande siffra i Blekinge bara är 10 %.

Resultaten härrör från en internationell undersökning som inkluderade drygt 2 900 svenska primärvårdsläkare och som Vårdanalys genomförde 2015 i samarbete med den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund (figur 1 och 2) [1].

De stora skillnaderna i nöjdhet som iakttocks väcker frågor om vad som påverkar läkarnas uppfattningar om journalsystemen och hur de kan göras mer användbara. Vi har i en uppföljande studie [2] funnit att följande funktioner bör finnas på plats för att journalsystemen ska fungera ändamålsenligt:

Vårdinformationen är tillgänglig för läkaren i mötet med patienten

En faktor med stark koppling till primärvårdsläkarnas nöjdhet med journalsystemen är om den behandlande läkaren har tillgång till journalen eller motsvarande relevant klinisk information i mötet med patienten.

Att informationen finns tillgänglig är en förutsättning för att läkaren ska känna till patientens medicinska historia och utifrån det vidta ändamålsenliga åtgärder. I Kronoberg, som är den region där nöjdheten med journalsystemen är högst, svarade 66 % att informationen fanns tillgänglig. Det kan jämföras med exempelvis Västra Götaland där motsvarande siffra i stället var 18 %.

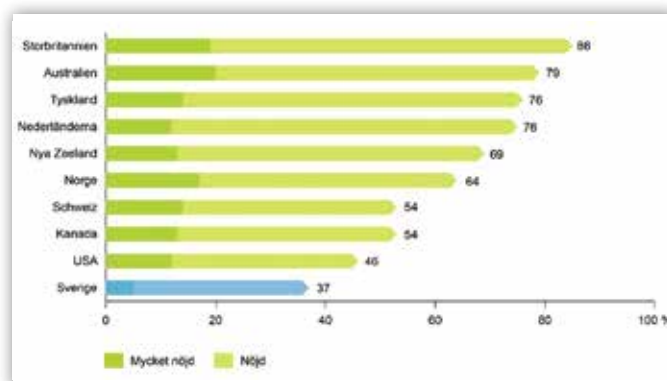
Informationen i systemen kan delas med behörig vårdpersonal

Likaså påverkas läkarnas nöjdhet med journalsystemen av om de har möjlighet att effektivt och säkert dela vårdinformation med annan behörig vårdpersonal i primär- och specialistsjukvård eller mellan landsting, region och kommun.

Specifika funktioner som inverkar är om läkaren kan samordna vården, om de kan utbyta anamnes eller testresultat med läkare utanför vårdcentralen och om läkaren kan få återkoppling med information från specialistsjukvården. I Blekinge, den region där nöjdheten med journalsystemen är lägst, får bara 32 % av primärvårdsläkarna återkoppling när deras patienter har träffat en läkare i specialistsjukvården. I Kronoberg, där nöjdheten är störst, svarade i stället mer än dubbelt så många, 71 %, att de får återkoppling.

Journalsystemen stödjer läkaren i det kliniska arbetet

En annan faktor som påverkar om journalsystemen fungerar



Figur 1: Andel primärvårdsläkare som är nöjda eller mycket nöjda med det elektroniska journalsystem som de använder på sin vårdcentral eller motsvarande. Jämförelse mellan länder.

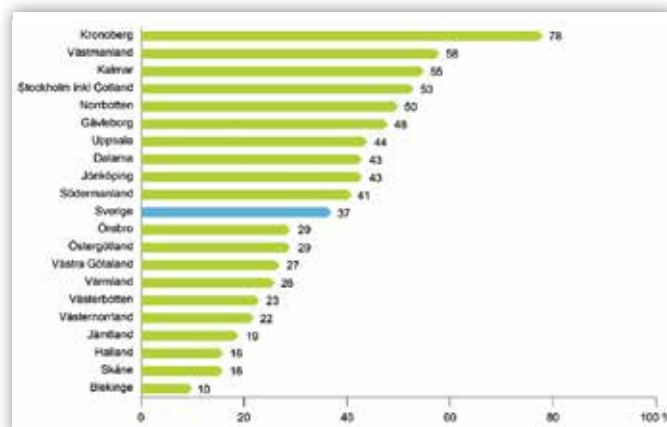
ändamålsenligt är om systemen har automatiserade funktioner som kan stödja läkaren i det kliniska arbetet.

Användaren avlastas när systemen fungerar som aktiva processstöd och utför uppgifter som annars måste skötas manuellt, som exempelvis att sammanställa information i listor eller automatiskt skicka kallelser till patienter. Det efterfrågas också att systemen automatiskt ska kunna ge läkaren påminnelser och uppmaningar eller varna om ett potentiellt problem med dosering eller läkemedelsinteraktion.

Läkarna ges förutsättningar att förstå och utnyttja journalsystemens möjligheter

Ytterligare en faktor som inverkar på journalsystemens ändamålsenlighet är att tillräckligt med tid och resurser avsätts vid införandet av ett nytt system och att användarna ges utbildning och stöd att förstå och utnyttja systemens möjligheter.

Vår analys har visat att användarstöd ofta finns tillgänglig



Figur 2: Andel primärvårdsläkare som är nöjda eller mycket nöjda med det elektroniska journalsystem som de använder på sin vårdcentral eller motsvarande. Jämförelse mellan landsting och regioner.

för läkarna, men att det inte alltid uppfattas som tillräckligt i förhållande till behoven. Det lokala och centrala användarstödet för hantering av journalsystemen behöver därför utvecklas så att det finns tillgängligt när och där det behövs.

Det är känt att informationsteknik (IT) på många sätt bidrar till att öka effektiviteten och förbättra säkerheten i hälso- och sjukvården. Men mycket talar för att digitaliseringen inte har haft samma genomslag som i andra branscher, och utmaningar i form av föråldrade IT-system är en del av vardagen för vårdens professioner. Det finns en stor förbättringspotential i många landsting och regioner när det gäller arbetet med de elektroniska journalsystemen.

Samtidigt finns också mycket positivt att lära från dem som har varit mer framgångsrika och tagit tillvara på de möjligheter som finns att få till stånd effektiva och samtidigt säkra system. Varje landsting och region har olika förutsättningar att driva förbättringsarbete, men alla har stora vinster att göra, både för

de professioner som använder systemen i sitt arbete och för patienterna som behöver informationen i dem för att kunna vara delaktiga i sin egen vård.

Mimi Westerlund

Utredare

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
(Vårdanalys)

mimi.westerlund@vardanalys.se



Referenser

1. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv - en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Vårdanalys, Rapport 2015:9.
2. Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar utifrån läkarnas perspektiv. Vårdanalys, PM 2016:7.

Att tolka provsvar vid alkoholkonsumtion

De vanliga leverproverna och blodstatus ingår i många olika utredningar. På köpet får vi indikatorer som kan användas för bedömning av alkoholkonsumtionen, även när provsvaret är inom referensintervall. Här har vi en värdefull informationskälla som vi kan utnyttja betydligt oftare, t.ex. för att inleda samtal om alkohol. Det är särskilt värdefullt att följa provsvaren över tid, då de förändras vid ändrad alkoholkonsumtion. Relevanta prover är framför allt GT (gamma glutamyltransferas), ASAT (aspartat aminotransferas) och ALAT (alanin aminotransferas) samt MCV (erytrocytens medelvolum).

Levermarkörer

Referensvärdena på levermarkörer är fastställda för att hitta sjukdom i levern. Cirka 80 procent av svenskarna dricker alkohol och cirka 15 procent har ett riskbruk. Att dricka mycket alkohol är ingen sjukdom och referensvärdena är också fastställda så att detta inte ska ge patologiska värden [1]. Det är först vid en kraftigare inflammation (alkoholhepatit) som proven stiger över referensvärden. Då ökar celldöd och cellomsättning varvid enzymerna läcker till blodbanan.

Det är emellertid stor individuell variation på hur stor konsumtion som krävs för att ge inflammation i levern, och där-

för har levermarkörerna dålig sensitivitet för att detektera högkonsumtion. Därtill är specificiteten dålig då andra tillstånd, vanligast fettlever, också kan ge inflammation. Man brukar räkna med att sensitivitet och specificitet för riskbrukskonsumtion är mindre än 50 procent.

Till och med personer som läggs in för alkoholavgiftning har ofta GT-värden inom referensintervall (41 procent av kvinnor och 33 procent av män) [2]. Naturligtvis är proven än mindre relevanta för att diagnostisera alkoholberoende. Där måste man fråga patienten angående de diagnostiska kriterierna. Ett levervärde inom referensintervallet kan således inte ligga till grund för "frikänna" någon från leverpåverkan, högkonsumtion eller alkoholproblem.

Däremot är det så att levermarkörerna regelmässigt stiger vid alkoholkonsumtion, även vid relativt måttlig konsumtion. Detta är ett uttryck för att levern får jobba på lite mer vid alkoholnedbrytningen. Då bildas acetaldehyd som är en toxisk och oxidativ substans och därför elimineras snabbt av kroppen. Eliminationen sker långsammare hos japaner och sydkineser, som får typiska symtom på förgiftning när de dricker alkohol (de får också högre levervärden och mer cancer av alkohol).

Acetaldehydkoncentrationen är som högst i leverceller vilket leder till att

främst dessa skadas och dör, cellomsättningen ökar. Resultatet blir att ökade mängder av ASAT, ALAT och GT läcker ut i blodbanan, och en förhöjd koncentration kan detekteras efter någon veckas regelbunden konsumtion.

Studier visar att såväl på individnivå som på gruppnivå ökar GT och transaminaser tämligen linjärt beroende på konsumtionen [3]. Den individuella variationen är dock stor, en del individer får snabb ökning, andra knappt märkbart. GT är den markör som visar tydligast samband med alkoholkonsumtionen, följt av ASAT och sist ALAT, vilken däremot reagerar mer vid t.ex. läkemedelsbiverkan. Det är därför ASAT/ALAT-kvoten är intressant, en kvot över 1,5 har nästan alltid alkoholorsak.

Benmärksmarkör

Även röda blodkroppens MCV (Mean Corpuscular Volume) stiger regelmässigt vid alkoholkonsumtion. Orsakerna är delvis kända. Bland annat ger en regelbunden alkoholkonsumtion ett sämre upptag av B-vitaminer från tunntarm, och alkohol ökar därtill njurens utsöndring av tiamin. Detta ger bara sällan kliniska symtom, men erytropoesen påverkas desto oftare i megaloblastisk riktning. Ytterligare en faktor är att alkohol löses i cellmembran (samt i organellernas membran) där den stör lipoproteinernas

ordnade struktur så att membranet förjockas, upp till fem procent.

Dessutom får vi en ökad lipidinlagring i cellmembranet vid hög alkoholkonsumtion. Precis som leverproverna har MCV dålig sensitivitet men däremot en rätt bra specificitet för hög alkoholkonsumtion, faktiskt bättre än GT [4]. Precis som för levermarkörerna avspeglar sig en förändrad alkoholkonsumtion regelmässigt i MCV, även vid låga MCV värden. En röd blodkropp lever normalt cirka tre månader, men den alkoholphäverade blodkroppen har något kortare livslängd, så en inledd nykterhet kan märkas redan efter någon månad, med fortsatt förbättring ytterligare ett par månader.

Från teori till praktik

Det största pedagogiska värdet ligger i att följa markörerna över tid. Har man t.ex. haft ett samtal om alkohol kan man tydligt visa för patienten att de förändrade värdena återspeglas i levervärdet.

Även enstaka mätning kan ge misstanke på hälsopåverkan av alkohol i de fall man ser värden i mitten eller övre halvan av

referensintervallet. I mycket hög frekvens är dessa värden ett resultat av hög alkoholkonsumtion. Vi vet inte säkert hur det ligger till, annan leversjukdom kan finnas, eller bara en mer känslig lever som reagerar på mer måttliga mängder alkohol.

Situationen, och den inneboende osäkerheten, kan dock utgöra en utmärkt utgångspunkt för ett samtal om hur alkohol kan påverka levervärden och MCV, men att individuell variation i känslighet är stor. Tillsammans med patienten kan vi utreda saken med det så kallade halveringstestet. Detta innebär att vi ber patienten minst halvera sin alkoholkonsumtion under t.ex. fyra veckor. Tydligt resultat fås om ingen alkohol dricks, men minst halvering rekommenderas. Vid en uppföljning värderas förändringen av provsvaren. Ge patienten utskrift av provsvaren som svart på vitt visar förbättringen.

En fördel med halveringstestet är att man inte behöver känna till konsumtionens omfattning noga. Det kan vara svårt att anamnastiskt värdera dryckesvanor. Det är ett känsligt område då

patienten inte vill bli utsatt för att doktorn ska tycka man dricker för mycket. Vad doktorn tycker är för mycket kan ju ingen patient veta. Provsvarerna kan vara en genväg då de kan visa om tecken på hälsopåverkan finns.

Det kan vara relevant att diskutera alkohol vid de flesta sjukdomstillstånd, då det knappt finns någon sjukdom som alkohol inte kan påverka [6]. Alkohol är sällan ensam orsak till sjukdom, men "lägger sten på bördan" desto oftare. Känsligheten för alkohol varierar stort mellan individer, vilket gör att även en måttlig konsumtion ibland kan bidra till t.ex. ett förhöjt blodtryck. Räkna med att 15 procent av dina patienter har ett riskbruk och drygt fyra procent ett alkoholberoende, men bara 2,5 procent har förhöjda levervärden.

Halveringstestet är ytterst användbart i utredning av många olika hälsobesvär såsom sömnstörning, stress, ångest, hudsjukdomar, värtillstånd mm. Vanligaste användningen är nog hypertoni, där man kan räkna med en mycket hög frekvens av positiva utfall.

En fallbeskrivning (utgår från autentiskt fall)

Magnus 44 år arbetar i reklambranschen och har högt blodtryck, acceptabelt reglerat med två läkemedel. Han har fått frågan av sin doktor hur mycket han dricker och svarat att det inte är så mycket, men att han haft kompisar med problem som han stöttat. Doktorn tyckte nog detta lät betryggande. Magnus nämnde dock inte att han egentligen har börjat bli lite missnöjd med sina dryckesvanor, tycker att han dricker för mycket. Han blir mest trött och känner sig osund. Han har ibland dragit ner, men faller tillbaka i gamla dryckesrutiner. Har AW (after work) med sina arbetskamrater onsdag eller fredag, då det alltför ofta blir tre öl i stället för en som han föresatt sig. På fredag och lördag dricker han vin med frun. Man börjar tidigt när man lagar mat tillsammans, och fortsätter hela kvällen. Två flaskor kan gå åt numera. Oftast är han trött nästa dag och får inte så mycket gjort som han skulle vilja. Han brukade träna mer tidigare och är inte så aktiv pappa som förr.

Vid en blodtryckskontroll med provtagning är GT 0,89, ASAT 0,45 och ALAT 0,54 (se figur). Magnus får beskedet: "Såväl GT som övriga värden tyder inte på allvarlig leversjukdom, men värdena brukar ligga lägre hos de flesta. Kanske är din lever är

något ansträngd? Trots att du inte dricker så mycket, så kan det vara så eftersom våra lever kan vara olika känsliga." Magnus undrar om det inte är blodtrycksmedicinen. Han erbjuds en utredning med halveringstestet, vilket passade särskilt bra här, då man fick skäl att även utvärdera om blodtrycket höjdes av alkohol hos Magnus.

Efter en knapp månad kommer Magnus tillbaka, han har drygt halverat sin konsumtion, vilket inte var så svårt då han egentligen ville minska. De påtagligt förbättrade proverna med halverat GT-värde överraskade honom och det aningen bättre blodtrycket var hoppfullt. En undran väcktes hur det skulle bli om han inte drack något alls under en period. En uppföljning efter 1½ månad visade ännu lägre levervärden. Magnus fick utskrift på provresultat med sig hem och visade stolt upp det för hustrun som också hade minskat sin konsumtion. Hans minskade alkoholkonsumtion kändes nu lätt att vidmakthålla eftersom han inte ville riskera sin hälsa på sikt.

	14-08-28	14-09-22	14-11-14
	15:09	14:51	11:06
P-ALAT	0,54	0,34	0,25
P-ASAT	0,45	0,37	<0,22
P-GT	0,89	0,47	0,12

Hur låga ska värdena då vara?

De flesta friska individer med låg - måttlig alkoholkonsumtion ligger i nedre tredjedelen av referensintervallet på leverproverna, särskilt GT. Men eftersom den individuella variationen är stor så är det enda rimliga att låta patienten vara sin egen referens och att följa individens värden över tid. Tabell 1 ger en bild av vad man kan förvänta sig för värden vid olika konsumtionsnivåer i ett befolkningsmaterial.

Andra orsaker till förhöjda levervärden

Andra vanliga orsaker till förhöjda levervärden är fettlever, vissa läkemedel och andra leversjukdomar. Fettlever uppstår vid en metabol obalans, såsom vid övervikt och diabetes. Av läkemedel kan statiner, paracetamol, ASA, NSAID och metotrexat nämnas som exempel. Bland sjukdomar som inte får missas finns hepatiter, hemokromatos och malignitet. I dessa fall är en ALAT-höjning mer framträdande och ASAT/ALATkvoten är således låg. GT brukar heller inte stiga så mycket.

Flera leverbelastande faktorer får en synergistisk effekt. Man kan räkna med att en person med bukfetma eller oreglerad typ 2-diabetes (och således trolig fettlever) får en större höjning av sina levervärden vid alkoholkonsumtion. Vill man utesluta andra orsaker till höjda leverprov ska provtagningen förstås utökas. Levervärdena varierar inte så mycket efter 30 års ålder; GT kan stiga 10-20 procent för att nå max vid 50-60 års ålder. Kvinnor ligger cirka 30 procent lägre än män.

Alkoholmarkörerna CDT (kolhydratfattigt transferrin) och PEth (fosfatidyletanol) behandlas inte här, men dessa har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vårt syfte är att

	Referensintervall (man/kv 42 år Sverige)	<1 glas/d	1-2 glas/d	>2 glas/d (riskbruk)
ALAT	<1,1/0,75 µkat/L	0,29	0,31	0,38
ASAT	<0,76/0,60 µkat/L	0,35	0,38	0,43
GT	<2,0/1,2 µkat/L	0,43	0,58	0,79
MCV	82-98 fL	90,2	91,5	92,3

Provresultat vid undersökning av 8 708 personer med genomsnittsalder 42 år. Källa: U.S. Nat Health Nutrition Examination Survey 1988-1994 [4]. Observera att även den grupp som har riskbrukskonsumtion har låga värden.

identifiera högkonsumtion hos en patient [5]. De används ibland, förutom i körkortsärenden, som en del i ett provpaket vid nyupptäckt hypertoni, eller vid oklara symtom eller långvariga sjukskrivningar.



Sven Wählin

Överläkare, specialist i allmänmedicin
Riddargatan 1 Mottagningen för alkohol och hälsa,
Beroendecentrum Stockholm
sven.wahlin@sll.se

Referenser

1. NORIP – Nordic Reference Interval Project <http://nyenga.net/norip/index.htm>.
2. Helander A, Voltaire Carlsson A, Borg S. Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl-transferase: complementary markers of alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism*. 1996;31:191-107.
3. Niemelä O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2016;13:166. doi:10.3390/ijerph13020166.
4. Liangpunsakul S, et al. Relationship Between Alcohol Drinking and Aspartate Aminotransferase: Alanine Aminotransferase (AST:ALT) Ratio, Mean Corpuscular Volume (MCV), Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGT), and Apolipoprotein A1 and B in the U.S. Population. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2010;71(2):249-252.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2015. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
6. Wählin S. Alkohol – en fråga för oss i värden, 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2015.

Denna artikel är ett komplement till Rolf Svenssons artikel "Att tolka leverprover", *AllmänMedicin* 2016;3:16-18.



Mötas – lära – utvecklas: Kliniska möten i fokus

Workshops och föreläsningar om Balintgrupper i Stockholm 5-6 maj 2017

Läkare behöver faktakunskaper. Läkare behöver också förstå hur patienter fungerar och relaterar liksom hur de själva fungerar med patienter, anhöriga och medarbetare. Balintgruppen är en väl beprövad metod för sådant lärande.

Konferensen riktar sig till alla som är kliniskt verksamma och intresserade av att bli introducerade eller lära sig mer om Balintgruppen som fortbildningsmetod.

Information och anmälan via Svensk förening för medicinsk psykologi www.sfmp.se.



Annons



Uppmärksamhetschocken

– tankar kring en konferens om Narrativ medicin

Att lyssna och svara på berättelser har alltid varit centralt i läkarens arbete. Det har varit grunden för diagnostisk och terapi genom århundraden. Men med den vetenskapliga medicinen hamnade det exakta mätandet i mitten och berättelsen förpassades ut i periferin. I min egen invärtesmedicinska lärobok från tidigt 70-tal uppmanades vi studenter att avbryta patienten på lämpliga ställen eftersom de ofta tenderade att bli onödigt långgrandiga. Diagnosen kunde fördröjas av allt ovidkommande prat!

Men berättandet har levt vidare på alla nivåer inom medicinen, även där teknik och naturvetenskap har haft avgörande betydelse, eftersom lyssnande och berättande är kärnområden i mänskligt liv. Inga mätetal kan befria oss från detta faktum. Även den mest inbitne vetenskapstroende vet att det är så. Och kanske håller berättelsen långsamt på att sippra in mot medicinens centrum igen?

Berättelsens återkomst?

Ett uttryck för detta är tillkomsten av fenomenet *narrativ medicin* som nu har funnits under flera decennier. Det kan betraktas som en del av det större *medical humanities* (medicinens humaniora) som är en del av curriculum vid flera av de stora medicinska universiteten i världen. Men man vänder sig inte bara till läkare. Många yrkesgrupper inom vården, inte minst sjuksköterskor, omfattas av programmen.

Mycket förenklat vill man inom medicinens humaniora försöka väva samman den framgångsrika medicinska vetenskapen med humanistiska vetenskaper som filosofi, litteraturvetenskap och historia. Tolkning är ett nyckelbegrepp i sammanhanget. Företrädare för medicinens humaniora menar att förmågan att tolka litterära texter och konst kan vara till stor hjälp för att tolka patienters berättelser.

En av de främsta företrädarna för narrativ medicin i världen idag finns vid Columbia University i New York. Hon är professor i medicin och disputerad litteraturvetare. Hennes namn är Rita Charon. I slutet av november 2016 besökte hon Sverige och höll flera föreläsningar och seminarier, bl.a. på SFAMs kvalitetsdagar i Stockholm. Själv deltog och medverkade jag i en heldagskonferens på Karolinska sjukhuset i Solna med Rita Charon som huvudperson.

Rubriken på Charons keynote-föreläsning "The Chock of Attention" säger mycket om föreläsningens inriktning. *Attention* (uppmärksamhet) är ett av grundorden hos Charon, en förutsättning för att konsultationen ska kunna leda till ett kreativt synliggörande av patientens minnen, föreställningar och sjukdomsupplevelser. Detta kan ta form i berättande och skrivande, det kan tända hopp och skapa gemenskap. "The writing renders the doctor audible, the patient visible and the treatment a healing conversation between them".

Från uppmärksamhet till anknytning

Denna djupa anknytning (affiliation) mellan doktor och pa-

tient är den narrativa konsultationens mål. Det handlar inte om någon mystisk sammansmältning av identiteter utan om att ta steget från att vara åskådare till att bli aktivt vittne som kan absorbera och tolka berättelser om sjukdom, död och livets gränser: "More practically the care of the sick requires the analyst's creativity in inhabiting without colonializing the lived experience of the sufferer."

Charons föreläsning var varken esoterisk flykt in i en ideal vårdverklighet eller en tröttnande begreppsanalys. Med hjälp av knivskarpa fotografier, konstbilder och egna patientfall gjorde hon världen i och utanför konsultationsrummet synlig. Hon talade mycket om hälsoklyftor i världen, om rakbladsvassa stängsel mellan nationer för att stänga ute, men också om att öppna gränser och försök att överbrygga klyftor med hjälp av förtroenden och partnerskap.

Hon talade om de "upplyfta ögonblicken" i konsultationen och om konsten att göra dem synliga i skrivande, målning och gemensamma berättelser. Detta arbete måste göras med hjälp av fantasin, inte med algoritmiska procedurer. Hon ställde den begränsande "checklistan" mot en öppen sökande hållning, där patienten själv får berätta om sitt liv. Vi behöver checklistor, men utan det fria berättandet är vi förlorade i ofructbara återvändsgränder.



Professor Rita Charon och Lars Midbøe från SKL, en av huvudansvariga för konferensen. Båda förkroppsligar de konferensens huvudbudskap om uppmärksamhet och anknytning.



Illustration: Katarina Liliequist

Efter Charons föreläsning deltog jag tillsammans med Charon själv och två andra kollegor, en litteraturvetare och en patientrepresentant i ett panelsamtal om narrativitet under ledning av teologen Ola Sigurdsson, chef för nätverket *Kultur och Hälsa* vid Göteborgs Universitet.

Parallella seminarier och förkroppsligade budskap

Eftermiddagen ägnades åt parallella seminarier där jag själv tillsammans med Valdemar Erling, Astrid Seeberger och Katarina Bernhardsson talade om det narrativa i den kliniska praktiken. Övriga paralleller handlade om berättelsens betydelse för patientsäkerhet, e-hälsa och vårddokumentation.

Under konferensen fick jag tillfälle att samtala informellt med Rita Charon ett par gånger. De samtalen blev något av "upphöjda ögonblick". Sällan har jag upplevt en person som så genuint har förkroppsligat sitt budskap. Rita Charon var sinnebilden av en uppmärksam lyssnare, som gav gensvar på ett sätt som gjorde att jag själv lyfte. Är det inte sådana samtalspartners vi borde unna våra patienter?!

Konferensen organiserades av Svensk Förening för Medicinsk Informatik, Svenska Läkaresällskapets Etikdelegation och Språkkommitté samt Magisterprogrammet för Medical Informatics vid KI i samarbete med nybildade Svensk Förening för Narrativ Medicin. Flera av de medverkande drog vidare till västkusten och Kungälv för fortsatta workshops på samma tema under ytterligare två dagar (se sid 53).



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Narrativ medicin – nytt ämne i Sverige

Vi är åtta personer i ett litet grupprum. De flesta av oss har inte träffats förut. Vi har skrivit texter och läst texter för att sedan diskutera. Tonen är öppen och nyfiken.

Alla får komma till tals och vi får höra berättelser om att byta land i kampen för ett bättre liv. Om att fortfarande efter många år få frågan var man egentligen kommer ifrån och hur det känns när det blir kallt här i Sverige. Vi får ta del av uppväxter som

kunde gått snett men som vändes till något vackert på grund av att någon såg personen.

Vi pratar om blickens historia i våra liv. Om tillfällena när vi blivit sedda och hur viktigt det varit för oss. Vi vågar även prata om tillfällena när vi inte har sett eller inte velat se. Vi pratar om hur blicken är ett användbart verktyg i vårt arbete. Vi ömsom skrattar och ömsom gråter en smula.

Det känns stort. Att få dela detta. Att det är på riktigt. Vi enas



Rita Charon.

Foto: Hannes Ojensa



Foto: Khim Efraimsson



Slut för idag!

Foto Khim Efraimsson

om att detta är en nödvändig motvikt till New Public Management som vill bestämma vad som händer i rummet mellan patient och vårdpersonal.

En kollega beskriver hur han kämpar för att inte bli en mationett och hur han strider mot alla dekret ovanifrån. Han vill freda rummet. Rummet mellan patient och läkare. Han vill kunna se patienten. Vi skrattar åt hans kroppsspråk när han visar hur han dinglar i trådar ovanifrån.

Men det är inte roligt egentligen. Det är livsviktigt. Det vi ägnar oss åt. Att vårda människor som är i behov av att bli sedda. Hur ska man lyckas se alla patienter? Hur ska man lyckas orka ett helt yrkesliv? Hur bevarar man sin empati?

Vi lämnar det trånga grupprummet och går mot kaffet. Lite upplyfta men med frågan på läpparna som vi alla ställt oss dessa dagar: Hur ska vi lyckas med detta i detta ständiga flöde av människor och patienter som vi kallar vardag?

Ny förening ordnade workshop

Nybildade Svensk förening för narrativ medicin har hållit sin första workshop på Kungälv's sjukhus i två dagar, 25-26 november 2016. Drygt 60 personer har samlats för att under två dagar utforska detta för Sverige nya ämnesområde. Auktoriteten på området, professor Rita Charon, från Columbia University i New York, är med och föreläser.

Valle Erling är hematolog på Kungälv's sjukhus och initiativtagare till "Andra rondan" eller personcentrerad rond. Det är ett annorlunda sätt att runda där man samlar alla inblandade samtidigt och patienten får berätta sin historia en gång istället för hundra. Valle intresserade sig för narrativ medicin och har gått introduktionskursen på Columbia. Väl hemma igen samlade han andra intresserade och startade Svensk förening för narrativ medicin.

Valle Erling inledde med en kort introduktion och understryker att ingen här sitter inne med sanningen och att vi under dessa dagar tillsammans ska utforska ämnet. Katarina Bern-

hardsson är litteraturvetare och arbetar med läkarutbildningen i Lund. Hon pratade om skildringar av sjukdom i litteraturen. Ola Sigurdsson är professor i tros- och livsåskådningsvetenskap och pratade om narrativ etik. Därefter talade Rita Charon utifrån sin bok "Honoring the stories of illness". På kvällen fick vi se en monolog om Sonja Åkessons liv på Teater Uno.

Andra dagen pratade Astrid Seeberger, professor i njurmedicin som varit ansvarig för programmet i professionell utveckling på läkarutbildningen på Karolinska institutet. Hon talade om berättelsen som verktyg i den professionella utvecklingen. Sedan intervjuade hon Annika Koldenius som skrivit en bok om sin svårt sjuka son, "Vi var alltid beredda".

Några av de saker som togs upp var hur man på engelska skiljer på "illness", patientens upplevelse och lidande, och "disease", läkarens tolkning ledande till en diagnos – en viktig distinktion. Rita Charon pratade om vikten av att vara närvarande och nyfiken, att lyssna icke-värderande för att kunna ta tillvara på patientens berättelse. Genom berättelsen når vi varandra. Astrid Seeberger berättade att det finns forskning som visar att empatiska läkare inte bara får bättre resultat utan även har en lägre grad av utmattning och stress.

Inom allmänmedicinen har vi länge arbetat på att bevara och förbättra vår empati. Vi har konsultationskurser på Kalymnos, Balintgrupper och inte minst handledning. Narrativ medicin är en ny vinkel som går över specialitets- och yrkesgränser. Astrid Seeberger uttryckte att det finns en hunger inom vården att få se och vårda patienten.

Svensk förening för narrativ medicin hoppas kunna samla många olika människor som inte vill vara ett flyttbart objekt på en administratörs papper utan hellre vill förbli ett subjekt.

Marcel Aponno

Allmänläkare, författare och medlem i arrangörskommittén
Vårdcentralen Läkarhuset, Göteborg
marcelaponno@hotmail.com



Svensk förening för narrativ medicin är öppen för alla intresserade i ämnet och hittas på Narrativmedicin.se. Det första årsmötet ägde rum i januari 2017 i Göteborg.

Se även: Getz L, Hvas L. Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken. *AllmänMedicin* 2015;1:15-17 (del 1) och 2015;2:42-45 (del 2).



Fortbildningssamordnare viktiga för lokal fortbildning

Fortbildningssamordnare kallas de allmänläkare som organiserar lokal fortbildning för kollegor, till exempel allmänläkardagar. Förutsättningarna skiljer sig markant mellan landets regioner och landsting. I artikeln presenteras en färsk undersökning av fortbildningssamordnarnas uppgifter, arbete och förutsättningar.

I Sverige finns ett trettiotal fortbildningssamordnare med uppgift att organisera lokal fortbildning för specialister i allmänmedicin. Ett nätverk bildades 2014 med fysiska möten några gånger om året. Fortbildningssamordnarnas arbete för fortbildningen kan liknas vid studierektorernas för vidareutbildningen med den skillnaden att studierektorernas ansvar är reglerat i föreskrifter från Socialstyrelsen.

Under hösten 2016 genomfördes en kartläggning om vad som ingår i fortbildningssamordnarnas arbete och vilka förutsättningar de har att organisera fortbildning. Undersökningen ingår i SFAM:s projekt för utveckling av lokal fortbildning (ULF).

En webbenkät skickades i november 2016 till 37 personer, tidigare identifierade som fortbildningssamordnare. Antalet inkomna enkätsvar var 21, motsvarande en svarsfrekvens på knappt 60 procent.

Intresset varierar

På de flesta håll arrangerar fortbildningssamordnare utbild-

nings- och allmänläkardagar, oftast dubblerade (tabell 1). I vissa områden riktar sig fortbildningstillfällena endast till offentligt anställda läkare. Närvaron brukar variera mellan 50 och 70 procent, men undantag förekommer. Exempelvis brukar en tredjedel av allmänläkarna i Nordvästra Stockholms sjukvårdsområde delta, medan fortbildningstillfällena för offentlig anställda läkare i TioHundra (Norrtälje) är obligatoriska och schemalagda.

"Ett observandum är svårigheterna att genomföra fortbildning tillsammans med sjukhusspecialister med bibehållet fokus på allmänmedicin."

Det finns läkare som aldrig dyker upp på lokala fortbildningsdagar, men någon påtaglig skillnad i närvaro mellan offentligt och privat anställda läkare har inte noterats.

Att bibehålla ett allmänmedicinskt fokus tycks ibland vara svårt när sjukhusspecialister medverkar. Flera samordnare angav problem med att genomföra fortbildning som följer principen "av, med och för allmänläkare".

Finansiering

Finansieringen av den lokala fortbildningen ligger antingen på beställarnivå eller på ett akademiskt primärvårdscentrum, kompetenscentrum eller motsvarande. Det förekommer också riktade projektmedel.

Tio av arton samordnare har en skriftlig uppdragsbeskrivning och skillnaderna är stora vad gäller uppdragets omfattning, alltifrån ett tjugotal läkare upp till 500. De ekonomiska ramarna varierar från noll upp till 900 000 kronor per år.

Elva av sjutton samordnare anger att de har tillräckligt med tid för uppdraget, fyra att de lägger ner mer tid än uppdraget tillåter. En fjärdedel saknar administrativt stöd i form av sekreterarhjälp.

Sparsamt med FQ-grupper

Utbildningsplaner förekommer i de flesta områden, dock sporadiskt och utan att nämnvärt påverka utformningen av den lokala fortbildningen.

Åtta av tretton anger att FQ- och Balintgrupper förekommer, men att de inte är så många till antalet. Tre av tolv samordnare uppger sig ha ett uppdrag att stödja dessa grupper.

Några frågor gällde vilket stöd man önskar från SFAM. Många nämner fortbildningsmaterial av typen studiebrev och SWAMP, webbaserad fortbildning och allmänmedicinska typfall. An-

Tabell 1. Antal lokala allmänmedicinska fortbildningsdagar per år för områden där frågan besvarats.

Område/region	
Norrbottnen	4 dubblerade heldagar
Västerbotten	9 halvdagar + 2 heldagar vartannat år
Jämtland/Härjedalen	5
Gävleborg	6 halvdagar + 2 dubbla tvådagars internat
Dalarna	4 länsövergripande dagar
Västmanland	4
Uppsala	6 dubblerade dagar
Stockholm Nordväst	10
Stockholm Nordost	1 dag (hela Stockholm), 10 eget område
Stockholm Sydväst	10
Norrtälje	10 halvdagar
Gotland	10
Västra Götaland	3 dagar 2 ggr/år
Östergötland	4x2 dagar
Blekinge	5 dubbla halvdagar
Halland	0



dra önskemål var tips på framgångsrika fortbildningsupplägg, bra föreläsare, aktuella ämnesområden och programidéer för fortbildningsdagar samt en förteckning över innehållet i olika fortbildningssamordnaruppdrag.

"Det är tydligt att ansvaret, budgeten, uppgifterna och förutsättningarna för fortbildningssamordnarna varierar betydligt mellan olika områden. Här finns behov av en nationell överenskommelse om hur uppdraget bör se ut."

Nationell riktlinje behövs

Den uppgift som tycks förena samordnarna är ansvaret för lokala fortbildningsdagar. Andra sätt att stärka den lokala fortbildningen, till exempel stöd till FQ-grupper och utbildningsplaner,

tycks endast ingå i ett fåtal av uppdragen. Ett observandum är svårigheterna att genomföra fortbildning tillsammans med sjukhusspecialister med bibehållet fokus på allmänmedicin.

Det är tydligt att ansvaret, budgeten, uppgifterna och förutsättningarna för fortbildningssamordnarna varierar betydligt mellan olika områden. Här finns behov av en nationell överenskommelse om hur uppdraget bör se ut.

Helen Magnusson
Nättraby vårdcentral
Fortbildningssamordnare,
Primärvårdsförvaltningen
Blekinge
helen.magnusson@me.com



Gösta Eliasson
Facklig sekreterare
SFAM

Den fullständiga rapporten kan laddas ner på SFAM:s webbsida
www.sfam.se.

Nationella kvalitetsdagen för primärvården 2016

För 13:e gången anordnade SFAM Q (rådet för kvalitet och patientsäkerhet) kvalitetsdagen den 24 november i Svenska Läkaresällskapets lokaler. Nära 150 personer samlades, nätverkade och lyssnade på projekt om hur man kan förbättra primärvården och på intressanta föreläsningar. Ringla.nu var där och filmade korta intervjuer som finns samlade på deras hemsida.

Åtta kvalitetsprojekt från olika håll i landet presenterades och två av projekten fick dela på utmärkelsen "Bästa kvalitetsprojekt 2016".

"Många läkemedel – bara när det behövs" med Angela Eckerby och Ann-Charlotte Mattsson från Jönköping var det ena. Motivering: "Fördjupad läkemedelsgenomgång med apotekare på distans i nära samverkan med distriktsläkare på plats, en ny metod som ni med verktyget klassisk journalgenomgång tydligt visat halvera läkemedelsrelaterade problem och samtidigt avlasta en redan tidspressad distriktsläkarkår." I projektet visade de att fördjupade läkemedelsgenomgångar av apotekare istället för läkare halverade antalet läkemedelsrelaterade problem,



Irina Al, Angela Eckerby och Ann-Charlotte Mattsson.



SFAM Q. Eva Arvidsson, Hans Hagnerud, Rita Fernholm, Annika Braman Eriksson, Lennart Holmquist, Stina Gäre Arvidsson, Ulrika Elmroth, Hans Brandström.
Alla foto: Ingrid Eckerman



Niran El Kouni, Sara Rehndal och lilla Stina.



Andreas Erlandsson, Fedra Amorin och Pierre Bergensand.



En glad Sven Engström vid dagens slut.



Rita Charon.

reducerade polyfarmaci och gav tidsbesparing för läkare, i synnerhet om läkemedelsgenomgången gjordes i relativt nära anslutning till ett läkarbesök. Projektet föll så väl ut att samtliga vårdcentraler i landstingets egen regi ämnar deltidanställa apotekare.

"Vad bestämde vi idag?" med Irina Al från Östergötland handlade om fördelarna med att komplettera informationen till patienterna med en skriftlig kortversion. Motivering: "Att i läkarmötet förmedla patientinformation som bevarar, främjar och förbättrar hälsa är en svag vårdlänk som du med stark randomiserad, kontrollerad metod visat att ett litet pappersverktyg, 'Vad bestämde vi idag?' storligen kan stärka". "Kom-ihåg-lappen" med fasta rubriker ökade ytterligare känslan av att vara informerad och införs nu som standard på vårdcentralen.

Bland föreläsarna fanns bland annat Rita Charon från Columbia University, författare till Narrative

Medicine: Honoring the Stories of Illness. Hon berättade på ett gripande sätt om narrativ medicin och dess fördelar.

Cristin Lind från QRC, Kvalitetsregistercentrum Stockholm, pratade om hur patienter kan göras delaktiga i kvalitetsarbeten och vilka fördelar det har.

Olof Norin och Sara Tunheden från SKL gav insikt i Flippen och Innovationsmodellen där behoven hos patienterna får stå i centrum för utformningen av lösningarna.

Boel Andersson-Gäre från Jönköping Academy och Rita Fernholm, ordförande SFAM Q, gav tips och råd för uppstart av förbättringsarbeten med såväl teori som verktygslåda.

F.d. ordförande i SFAM Q Sven Engström berättade humoristiskt och klokt om förbättringsarbeten inom primärvården under sin karriär.

IVO gästade dagen och pratade om primärvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete och Linus Johnsson, med. dr. i bioetik, gjorde oss uppmärksamma på hur viktigt det är att vi är kritiska i vår granskning av information, speciellt den som kommer från industrin.

Ulrika Elmroth, Stina Gäre-Arvidsson och Eva Arvidsson från SKL berättade om PrimärvårdsKvalitet och dess införande över landet och på vilket sätt detta kan stödja lokala förbättringsarbeten.

Under dagen fick vi även veta mer om Nationellt kliniskt kunskapsstöd av Therese Eklöv och Stina Gäre-Arvidsson SKL.

Rita Fernholm
Ordförande SFAM Q
Boo vårdcentral, Nacka
rita.fernholm@gmail.com

Stina Gäre Arvidsson
V. ordförande SFAM Q
ST-läkare
Sundbyberg

Hans Brandström
Primärvårdschef
Gotland

Alla abstrakt och mer om dagen kan du läsa på www.sfam.se/foreningen/rad/kvalitetsdagar-2007-2015-nationella-kvalitetsdagen-2016.

Filmade korta intervjuer kan du hitta på www.ringla.nu Sök på "kvalitetsdag".

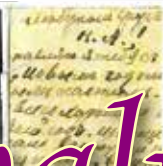
SFAM Q <http://www.sfam.se/foreningen/rad/kvalitets-och-patientsakerhetsradet-sfam-q>



Skicka ditt bidrag till kvalitetsdagen 2017!

Bidrag till XIV:e nationella kvalitetsdagen för primärvården 5 oktober 2017 ska vara inne senast 16 maj. Temat är "Säker primärvård med hög kvalitet – utmaningar och lösningar".

Mer info på sfam.se.



Kultur-spalten

Bland levande och döda

Numera går mina morgonpromenader ofta över en närbelägen, vacker kyrkogård, där träden växer höga och fåglarna sjunger starkt om våren. Idag råder januari's glesa gråljus och vinden driver torra snöflingor mellan hukande gravstenar.

Kanske har det med åldern att göra att jag gärna söker mig hit. Här vilar många av mina gamla patienter. Väckända namn på gravstenarna väcker goda och såriga minnen. Jag påminner mig ett cyniskt, kollegialt skämt: "Du är ingen riktig doktor förrän du fyllt en kyrkogård". Så långt kommer jag aldrig att nå, men på just denna kyrkogård får skämtet en viss tyngd genom att den kollega, som först delade det med mig, vilar här sedan många år.

Cynismen som grundhållning

När jag står vid hans grav idag är det som om den grå stenen ännu berättar om den bitterhet som följde Lars Bergström (vi kallar honom så) i graven. Allt gick honom emot. Patienterna avskydde honom och avskyn var ömsesidig. Under några månader lyckades han göra sig till fiende med en stor del av patienterna på min vårdcentral. På Konsum i samhället talade man om alla dumma, cyniska råd han gav. Vår sjuksköterska hörde en gubbe säga till en annan: "Jag sökte Bergström för mina dåliga ben. Han tyckte att jag skulle säga av dem bägge två".

Det gick så långt att ett dövtstumt syskonpar bröt sin mångåriga tystnad efter ett besök hos doktor Bergström. Den dagen kände de sig så till den grad förödmjukade att de rusade ut ur hans undersökningsrum med hesa, ordlösa skrik. Det var kusligt!

Bergström tillhörde en generation som ännu inte hade myndigförklarat patienten. Han hade jobbat många år under extremt hård belastning med ständigt överfulla väntrum. Han fick allt svårare att se sjukdom och lidande bakom allt onödigt vård-sökande. Han var aldrig sjukskriven, men utbränd var han i den gamla klassiska meningen: cynisk inför allt och alla. Patienterna var en samling hypokondriker, som inte hade i sjukvården att göra. Mammor och pappor var otåliga kverulanter när de kom dragande med sina förkylda barn och gamlingarna var av samma skrot och korn, när de sökte bot för sina obotbara åkommor.

Bergström saknade respekt för sig själv och sin egen yrkesroll. Som allmänläkare ansåg han sig okunnig om det mesta. Det var bara specialisternas ord som gällde. Allt han inte riktigt begrep motade han bort eller remitterade vidare.

Humorn som räddning?

Men han hade humor. Jag tänkte flera gånger att hans humor borde ha räddat honom. Vid ett tillfälle deltog han i en större internationell konferens. Den handlade om hyperten-



Foto: Christer Petersson

ni och hjärtsjukdomar och landets främsta experter var där som föreläsare. I frågestunden efter en föreläsning ställde sig Bergström upp och frågade på knackig engelska vilken plats blodiglar kunde tänkas få i den terapeutiska arsenalen framöver. Specialisterna bleknade. Kollegorna i bänkarna rodnade innan någon insåg det komiska i frågan och skrattet bröt lös i den bildade församlingen.

Det var inte enda gången han ställde den typen av frågor. Han ville retas och provocera. Han var den typ av människa som krävde motstånd, men han gick ett steg för långt när patienterna blev offer för hans provokationer. Det förstod han aldrig. Därför dog han som en bitter man utan professionell värdighet.

Bergström var extrem, men nog kunde jag känna en fläkt av förståelse för hans cynismer i mitt eget yrkesliv, när väntrummen var överfulla, tiden knapp och de administrativa uppgifterna alltför många. Jag kunde ha varit som han, tänker jag framför gravstenen idag.

Villkorens betydelse

Mitt lyckligare öde kan inte bara tillskrivas skillnader i personlighet, utan minst lika mycket olikheter i villkor. Bergström levde i en tid när den gamla provinsialläkaren höll på att dö ut och den nya allmänläkaren knappt var född. En olycklig mellantid av lågstatus och identitetsproblem. Det finns likheter med situationen idag, men ännu större skillnader: Allmänmedicinens kärnbudskap om kontinuitet och en personlig vård i mötet med myndiga patienter är numera, åtminstone teoretiskt, en självklarhet inom alla delar av vården. Vi har all anledning att vara stolta över dagens allmänläkarroll, men vi väntar på att bli tillräckligt många för att fullt ut kunna förverkliga den.

Under perioder när jag själv har sviktat har litteraturen och konsten betytt mycket. Därför låter jag Tomas Tranströmer få sista ordet med några ofta citerade rader:

*Det händer men sällan
att en av oss verkligen ser den andre:
ett ögonblick visar sig en människa
som på ett fotografi men klarare
och i bakgrunden
någonting som är större än hans skugga.*

I de raderna finns människan, blicken och mötet i ett ögonblick

som lyser. Men vad är det som är ”större än hans skugga”? Det får vi inte veta. Det tillhör hemligheten som gör dikten stor och som gör mötet med andra människor stort. Vi kommer aldrig att få veta allt om någon, men att försöka förstå räcker långt.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Paul Kalanithi. När andetagen blir luft.
Norstedts förlag 2016. 250 s. ISBN: 978-91-1-307491-7.



Stålman och poet in i döden

Strax efter avslutad specialistutbildning i neurokirurgi måste den talangfulle unge kirurgen Paul Kalanithi lägga handskena på hyllan. Något år tidigare hade han drabbats av en elak, metastaserande lungcancer. Nu exploderar den på nytt och den sista tiden blir en plågsam kamp mot sjukdomen. Kalanithi var förutspådd en lysande framtid som neurokirurg och forskare, men dör knappt ett år senare, drygt 35 år gammal. Hans framtid är förintad, men tidsfristen är lång nog för att han ska hinna skriva en bok om sitt yrkesliv och sin sjukdom.

Boken blir en patografi där den döende doktorn för pennan väl medveten om sitt öde. Men bokens första halva handlar om ett liv i ”fullständig hälsa”. Här möter vi den unge, lidelsefulla sanningssökaren Paul som vill veta allt om världen och sin egen roll i den. Han börjar i skönlitteraturen och biologin för att senare hörsamma den inre kallelsen att bli neurokirurg och därmed rent bokstavligt få tillfällen att dyka djupt i hjärnans och medvetandets mysterier.

Kalanithi använder själv begreppet *kallelse* och som läsare tvivlar man inte på äktheten. Han är målmedveten och ambitiös över alla gränser, söker perfektion på alla plan även om han vet att den onåbar. Men, skriver han: ”vi kan tro på en asymptot mot vilken vi oavbrutet strävar”. Denna kämpande trosvisshet genomsyrar boken. Vi möter en mycket kompetent,

känslomässigt rik människa med förbluffande livsvisdom trots sina unga år. En människa som aldrig ger upp!

Ända in i döden bibehåller han sin värdighet. Den älskade hustrun finns hela tiden vid hans sida och beskriver i ett fint efterord Pauls allra sista tid i livet. Familjen betyder mycket. Paul har privilegiet att få leva i en varm känslösfär, där alla stöttar varandra.

Texten är som helhet är laddad av energi, ibland med poetisk kraft och med många trådar in i skönlitteratur och filosofi. Poesiläsning betyder mycket både i hans liv som frisk och sjuk.

Det finns dock en brist i denna berättelse om ett framgångsrikt liv och en alltför tidig död: Allt är lite för perfekt! Paul Kalanithi är en stålman till kropp och själ. Han kan vända sårbarhet och svaghet till styrka och handling. Hans nästan övermänskliga heroism är både upplyftande och skrämmande, storartad och omänsklig. Jag tänker till slut: Finns det sådana människor? Kanske?

Men hur som helst kan jag utan vidare rekommendera boken till både läkare och andra. Hustruns efterord har ett lägre tonläge. Det bekräftar i stort Pauls självbild, men mjukar upp och gör honom lite mera mänsklig.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Allmän-
Medicin
informerar

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





Minnesord över Staffan Lindeberg

(1950–2016)

Under julhelgen 2016 nåddes vi av beskedet att vår kollega och vän, allmänläkaren Staffan Lindeberg, Lund, gått bort efter en kort tids sjukdom. Detta vållar förstämning och saknad bland oss som uppskattade Staffan för hans värdefulla egenskaper, inte minst det stora intresset och kunnandet gällande kostens betydelse för hälsa och sjukdom.

I sin originella avhandling från 1994, *Apparent absence of cerebro-cardiovascular disease in Melanesians: risk factors and nutritional considerations: the Kitava study*, baserad på studier från forskningsresor till Kitava, en av Trobriandöarna i närheten av Papua Nya Guinea, kunde Staffan visa att stroke och kärlkramp inte är oundvikliga ålderssjukdomar.



Staffan Lindeberg



Han menade att kosten på Kitava var en nyckel till att förstå avsaknaden av kardiovaskulär sjukdom. Den bestod av frukt, nötter, rötter, fisk och ibland kött, en så kallad paleolitisk kost ("stenålderskost"), som människan ätit under miljontals år före uppkomsten av jordbruket för 10 000 år sedan. Den borde ur ett evolutionsperspektiv vara hälsosam eftersom vår biologi och metabolism troligtvis är mer anpassad till den

än till dagens jordbruksbaserade och industritillverkade kost.

Följaktligen, menade Staffan, borde vi undvika komjölk- och spannmålsbaserad föda. Dessa synpunkter vann insteg i en bredare debatt såväl inom som utanför landet. Många lekmän började tala om "paleo" eller stenålderskost, vilket massmedia lyfte fram. Hans studier inom området bekräftade Staffan som en av de internationellt största vetenskapliga auktoriteterna inom paleolitisk kost.

Staffans banbrytande forskargärning fortsatte med världens första kontrollerade studier av effekter av paleolitisk kost hos såväl försöksdjur som människa. Hans internationella nätverk

föranledde resor, möten och föredrag utomlands, ofta i sällskap med frun Eva. Inte sällan var paret gästfria värdar åt utländska och inhemska besökare i hemmet i Lund där atmosfären präglades av nyfiken vänlighet, humanism och musikalitet.

Staffan var en sann vetenskapsman som ifrågasatte egna och andras förutfattade meningar och som ville läsa in vilka studier som låg bakom olika uppfattningar. Staffan blev kunnig inom evidensbaserad medicin vilket ledde till uppdrag från bl.a. LäkeMedelsverket och Region Skåne. Han var ofta anlitad vetenskaplig granskare av artiklar och uppskattad lärare på läkarprogrammet i Lund.

Staffan var en duktig kliniskt arbetande allmänläkare, på senare år på vårdcentralen Sankt Lars i Lund. Han var koordinator på vårdcentralens allmänmedicinska kunskapscenter och blev en länk till CPF och en inspiratör och handledare för många oerfarna forskare och ST-läkare.

Staffan framhöll vikten av att kombinera forskning med klinisk tjänstgöring, till exempel vid ett föredrag på Royal Society of Medicine i London november 2015 [1]. Han hade nyligen påbörjat ett nytt forskningsprojekt, delvis inom vårdcentralens ram, där han jämförde olika kost för patienter med diabetes.

Staffan var som läkare generös, effektiv och avhållen av patienter och personal. Hans närvaro i läkarkollegiet lyfte diskussionerna. Med intensivt engagemang kunde han förklara komplicerade sammanhang på ett pedagogiskt sätt. I diskussionerna framkom Staffans humanism med ogillande av makthunger, fusk, profitjakt, orättvisor och ojämlikheter. Lika påtaglig var hans prestigelöshet. Han insåg begränsningarna med traditionellt kunskapssökande, och han var alltid beredd att följa med i halsbrytande alternativa tankebanor som lockade till befriande skritt.

Staffan var en duktig musiker. Vid högtidsdagar och personalfester förhöjde hans finurliga egenkomponerade visor stämningen. Han har framfört sin "Husläkarblues" vid bejublade framträdanden i SFAM-sammanhang. Staffans ständiga medföljare var datorn och gitarren.

Staffan efterlämnar ett stort tomrum men vi är tacksamma över att få ha delat en del av livsresan med honom – en unik människa, med fötterna i den allmänmedicinska vardagen, med evolutionära och globala tankar i huvudet, och i hjärtat varmt engagemang och vänskap.

Referens:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=iIIA8Aa6x3M>

Ingrid Gustafsson
St. Lars vårdcentral
Lund

Tommy Jönsson
Måsens vårdcentral
Lund

Peter M. Nilsson
överläkare på Klinisk forskningsenhet, VO Internmedicin, SUS, Malmö
peter.nilsson@med.lu.se

Christina Westerdahl
chef, St. Lars vårdcentral
Lund



Primärvårdsvännen Arne Melander borta

Arne Melander har gått ur tiden, 76 år. Han var en stor vän av primärvården och allmänmedicinsk forskning. Han publicerade med ett stort antal distriktsläkare vetenskapliga artiklar och var den kanske främste företrädaren i Sverige för rationell läkemedelsanvändning, under senare år som chef för NEPI.

Han kom som forskare från farmakologin och behöll sitt intresse för grundvetenskap hela livet. Men han upptäckte tidigt, bl.a. genom sin anknytning till dåvarande allmänmedicinska institutionen i Dalby, att för god läkemedelsbehandling är pillret bara en del. Det måste ses i ett vård- och samhällsperspektiv och han insåg att där är primärvården den stora aktören. Hans intresse vidgades till läkemedelsanvändning i stort, till epidemiologi och den svåra avvägningen mellan nytta och risker, särskilt i preventiv farmakoterapi.

Hans solidaritet med allmänmedicinen tror jag var ett ställningstagande för den svaga parten i sjukvårdssystemet. Han hade i universitetsmiljön scannat av en akademisk självtillräcklighet i läkemedelsfrågor och märkt att okunskapen om allmänläkarnas roll var stor. Han uppmärksammade att samtidigt som ÖNH-läkarna på universitetet lärde ut att V-penicillin var förstahandsmedel var de själva storförskrivare av bredspektrumantibiotika. Inte helt populärt att lyfta fram! Han visste att de stora förbättringarna i farmakoterapi måste ske genom kunskapssökande, klinisk forskning och utbildning vid vårdcentralerna.

Denna hans inställning sammanföll med hans samhällsengagemang för jämlik offentlig vård, där han lyfte fram underprivilegerade grupper, engagerade sig i beroendefrågor och gav sitt stöd till kontroversiella patientsammanslutningar som Kilen. Han slog alltid uppåt och var en fruktad debattör genom sin saklighet och sin polemiska talang. Inte minst läkemedelsindustrin fick sina intressen granskade, dels kritik mot all osaklig marknadsföring, dels hans ställningstaganden mot nya, dyra,



Arne Melander

dåligt kända eller dokumenterade preparat. 2013 skrev han i Läkartidningen om att det billiga klortalidon borde vara hypertoni-vårdens förstahandsmedel.

Arne var inte till salu som så många andra forskare, återigen visat 2016 när SvD granskade Läkemedelsverkets experter. Trots sina mångåriga kontakter med myndigheten upprördes han över att industrin nu finansierar Läkemedelsverket. 2015 kritiserade han i SvD verkets negativa inställning till generisk förskrivning/substitution som han själv krävt redan för 35 år sedan.

Hans vana vid bläst startade med avslöjandet att en grupp privatpraktiker i Malmö på 70-talet stod för en överförskrivning av starka sömnmedel, vilket ledde till ett stort antal suicid konstaterade av rättsmedicinare. Det blev ett fruktansvärt bråk men ledde till att bolagen tvingades avregistrera barbituraterna.

De flesta allmänmedicinare känner Arne som föreläsare i hans omfattande engagemang att göra primärvården till spjutspets för rationell läkemedelsanvändning. Som gammal spexare myntade han oförglömliga sentenser. När de nya snabbverkande insomningstabletterna kom varnade han för beroendepotentialen. "Tillslagseffekten var så snabb, så om man åkte nattåg och tog pillret med vatten ur flaskan i det trekantiga skåpet, hann man inte klättra upp på stegen till överslaven innan man somnade." Han såg också sambandet mellan dålig bemanning, bristande organisation eller läkarlättja och överförskrivning av beroendeframkallande medel: det tar två minuter att skriva ett recept på Valium men trettio minuter att förklara att det inte behövs.

På 80-talet när Läkartidningen för första gången i en samlad serie beskrev farmakologi i primärvården var Arne det tyngsta namnet. Han medverkade i Läkemedelsboken under många år och var redaktör eller skribent i många böcker riktade till allmänläkare, den sista "Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning" (2014). Han deltog också i arbetet om läkemedel och miljö, bland annat med Läkare för Miljön.

Arne var en folkbildare och var under 10 år med i "Fråga Lund", han skrev och talade för patientföreningar. Han engagerade sig så sent som förr året i "KOLL på läkemedel", en sajt driven av PRO, SPF och Apoteket, där han efterträdde sin parhäst, Lars G Nilsson, som tragiskt omkommit.

Bengt Järhult

Distriktsläkare i Ryd

bengt_jarhult@hotmail.com

SFAM informerar

Vem vinner medlemstävlingen 2017?

Vilken förening kan skicka någon till kongressen i Norrköping 2018?

SFAM informerar

Uppdatera din e-adress!

Missa inte någon information från SFAM.

Meddela din aktuella e-adress till: kansli@sfam.se!





Årets handledare i Stockholm

Ann-Marie Holmen utsågs till årets handledare i Stockholm 2016 efter nominering av ST-läkare Leif Stille. Denna gång var det ovanligt många nomineringar och alla nominerade handledare uppmärksammades med stråkkvartett och middag vid SFAM Stockholms årliga glöggmingel i december.



Leif Stille och Ann-Marie Holmen.



Årets handledare i Gävleborg

Olof Agner, Hamrånge Din hälsocentral, blev årets handledare i Region Gävleborg. Han får priset för sina kunskaper, sitt tålamod och sin förmåga att ge information och autonomi på rätt nivå för den enskilda underläkaren. Läkarna som nominerat honom vill särskilt lyfta fram Olofs insatser för utlandsutbildade läkare som utöver ordinarie handledning också inbegriper språkpraktik och introduktion i det svenska sjukvårdssystemet.



Ur *Läkartidningen* 48-49/2016.



Vård till flyktingar prisas

Organisationen Fysioterapeuternas kvalitetspris 2016 går till Cityhälsan Söder i Norrköping. Priset delas ut varje år för att uppmärksamma dem som med enkla medel hittat nya vägar att ge kvalitativ vård på lika villkor.

Ur *motiveringen*: Man bedriver en personcentrerad, hälsofrämjande och kostnadseffektiv behandling för ofrivilligt migrerade.

Till min handledare Ann-Marie Holmen

Våra första trevande steg var, obekväma. Jag var hetsig, arrogant och kanske även nonchalant. Du var neurotisk, självsäker och rigid. Hade vi träffats på en social tillställning hade vi förmodligen inte valt att umgås mer. Som tur var hade vi inte den möjligheten. Jag var AT-läkare och du var min handledare, så var det bara.

Med tiden förändras människor. Barn lär ut tålamod. Motgångar lär ut ödmjukhet. Jag återvänder efter några år och finner då att du nu är min ST-handledare. Känslorna är blandade. Minnet av den obekväma starten blandas med en tillfredsställelse i att vi faktiskt fick det att fungera, bra. Vi skiljer oss mycket, du och jag, men det som gjort att vi fortsatt att arbeta bra ihop är enligt mig en rak och öppen kommunikation. Vi insåg snabbt att vi måste ge stort utrymme för varandras olikheter. Med tiden har denna kommunikation och just våra skillnader lett till ett mycket spännande och utvecklande samarbete. Allra tydligast blir det när vi berör de riktigt svåra frågorna som patientmöten, svåra besked och konflikter.

Sen ska vi ju inte glömma våra likheter. Att kunna avrunda våra träffar med att prata om musik eller träning blir ett utmärkt sätt att släppa på trycket. Vi har till och med tillbringat några handledarmöten med fiol och flöjt, något jag inte hade kunnat föreställa mig innan vi träffades.

Du ger tålmodigt och frikostigt av din tid. Du lyssnar lyhört och anpassar dina råd efter mottagarens behov. Du är i mina ögon en mycket begåvad och engagerad handledare. Tack!

Bästa hälsningar Leif Stille

Funäsdalen nominerad till Guldskalpellen



Funäsdalens hälsocentral nominerades till Dagens Medicins Guldskalpellen för öppen mottagning och triage i primärvården.

Motivering: Personalen har lyckats utveckla verksamheten på ett sätt som fått effekter på förbättringsklimatet, arbetsglädjen, patientsäkerheten och tillgängligheten till sjukvård på en liten ort med extremt långt till sjukhus. Utgångspunkten har varit att "kraften finns i gruppen" och förbättringsarbeten har skett utifrån kompetensen i personalgruppen. Öppen mottagning har medfört att telefonbelastningen sjunkit cirka 30 procent. Patienter blir nöjda när de får undersökas även om det resulterar i rådgivning från sjuksköterska. Endast de som är i behov av läkarvård kommer till läkare vilket har minskat trycket. Dessutom är patienten bättre förberedd med vitalparametrar och vissa prover vilket gör att den effektiva läkartiden förbättrats. Arbetssättet skulle kunna öka tillgängligheten till sjukvård i glesbygd.

Hämtat från *DagensMedicin.se*

Fysioterapeuternas insatser är inriktade på att ge deltagarna verktyg för att förbättra sin psykosociala hälsa samt att stimulera till ökad fysisk aktivitet.

Hämtat från *DagensMedicin.se*

Se även "Hälsogrupper för ofrivilligt migrerade", *AllmänMedicin* 2016;3:34-35.

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
Rita Fernholm
rita.fernholm@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
Andrea Tyburski
andrea.tyburski@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@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.sfamnv.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

Annika Andén
annika.anden@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.

2017

April

SFAM:s kongress
26-28.4 Karlstad

Maj

Balintkonferens
5-6.5 Stockholm

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
14-16.6 Reykjavik

22nd WONCA Europe conference
28.6-1.7 Prag

September

ST-dagar i allmänmedicin, SFAM
13-15.9 Åre

Oktober

Kvalitetsdagen, SFAM Q
5.10 Stockholm

November

Framtidens medicin och hälsa, SLS
14-15.11 Stockholm

2018

April

SFAM:s kongress
18-20.4 Norrköping

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 2017

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
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

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.

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialistförening i Sveriges läkarförbund.

Annonser