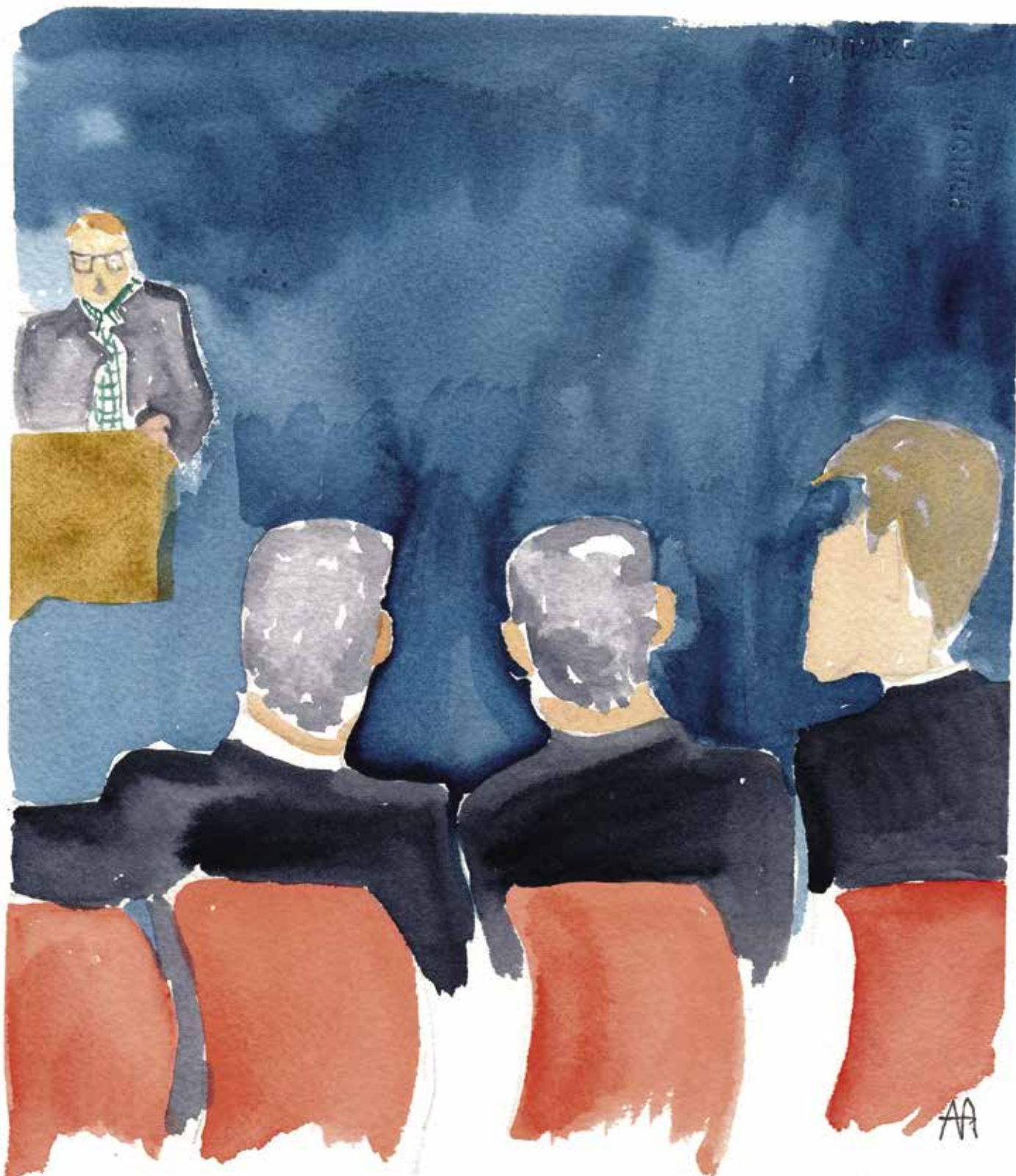


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2017 ÅRGÅNG 38



Fortbildning

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Komplexa patientmöten kräver komplex fortbildning**
Hanna Åsberg
- 3 **Att lära sig**
Ingrid Eckerman
- 4 **Rådet för hållbar diagnostik och behandling**
Minna Johansson
- 4 **1 januari: Bättre utskrivningsprocess med fast vårdkontakt på vårdcentral?**
Petra Widerkrantz
- 5 **Fortbildningsrådet**
Anders Lundqvist
- 7 **Fritt vårdval och kostnadsdrivande telemedicinsk utomlänsvård – en utmaning för SKL**
Mikael Hoffman
- 8 **Kollegial dialog på många olika sätt**
Anders Lundqvist
- 10 **Professionell utveckling förutsätter kollegial dialog**
Annika Andén
- 13 **Pedagogik för professionella**
Gösta Eliasson, Ulf Måwe, Henry Egidius och Torbjörn Ledin
- 15 **Den reflekterande praktikern**
Henry Egidius
- 17 **Vad är god och värdefull fortbildning**
Anna Beck
- 19 **ASK – att bygga fortbildning på kunskap om vad du redan kan**
Karin Lindhagen
- 21 **Omskolningsprojektet i Stockholm fick inte fortsätta**
Ingrid Eckerman
- 22 **Standardiserat utbildningsprogram för läkare från utomnordiska länder**
Gudrun Greim
- 23 **Allmänläkarkonsulter i Skåne**
Anders Lundqvist
- 24 **Lära för livet – och göra skillnad!**
Sten Tyrberg och Lena Bååth
- 26 **Den XIV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården**
Nimisha Chanduka och Rita Fernholm
- 28 **Workshop i Grekland blev allmänmedicinsk vitamininjektion**
Gösta Eliasson och Hanna Åsberg
- 31 **Vasco da Gama-nätverket**
Joana Gomes
- 32 **Balintkongressen i Oxford blev en lyckad tillställning**
Henry Jablonski, Stefan Bálint, Jacob Engellau, Sonja Holmquist och Pia Söderberg
- 34 **ST-dagarana med extra allt**
Ulrika Elmroth
- 35 **ST-dagarna 2017 i Åre: Hållbarhet ur alla möjliga aspekter**
Cornelia Orhagen Brusmark
- 37 **Ett roligt och enkelt sätt att hålla sig (lite) uppdaterad**
Mats Neumann
- 39 **General practice, 'too much medicine' and the environment**
Iona Heath, översättning Björn Nilsson och bearbetning Karin Lindhagen
- 42 **Arbetsrelaterad stress hos ST-läkare i allmänmedicin**
Karin Pokorny
- 46 **BEON – bästa effektiva omhändertagandenivån**
Förändrat arbetssätt, arbetsväxling och standardisering inom primärvården i Värmland
Anders Holm
- 47 **Om lusten att söka tillförlitlig kunskap**
Samtal om forskning och utbildning i primärvården
Christer Petersson
- 49 **En Vanlig Dag – En svensk allmänläkare i USA berättar**
Hans Duvefelt
- 51 **Etikdagen 2017: Mottagning på nätet**
Ingrid Eckerman
- 52 **Sagan om sjukvård**
Per Malm
- 54 **Tack, Katarina!**
Ingrid Eckerman
- 56 **Nya invånare – förändrat sjukdomspanorama**
Ingrid Eckerman
- 57 **Etikseminarium: Asylsökandes och nyanländas hälsa**
Ingrid Eckerman
- 59 **På Västfronten har tomrum uppstått**
Christer Petersson
- 60 **AllmänMedicin gratulerar**
- 61 **Bokrecension: EBM i verkligheten**
Anders Lundqvist
- 62 **Bokrecension: Ödmjukt, sakligt och roligt om livet som läkare**
Christer Petersson
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 4-2017

Ju längre jag kommit i min allmänläkargärning desto mindre har jag tyckt att jag fått ut av katedrala föreläsningar. Och ändå är det föreläsningar som sedan utbildningstiden stått som en symbol för utbildning.

Jag lär mig mest när jag undrar över något och får svar eller när jag talar med en eller flera kollegor.

Annika Andén
Luleå
Illustratör



Komplexa patientmöten kräver komplex fortbildning

Allmänmedicin som specialitet utmärker sig särskilt för den komplexitet som finns i mötet mellan patient och läkare, där det finns en rad andra faktorer som har stor betydelse för utfallet av vården förutom rena medicinska fakta. I en långvarig relation mellan en patient och en läkare blir dessa faktorer extra tydliga. Det är också här i kontinuiteten i den långvariga relationen som vården blir särskilt trygg för patientens del, och kostnadseffektiv för samhällets del. Ju längre vi kommer i vår allmänmedicinska läkarkarriär, desto mer vana blir vi att hantera osäkerhet i patientmötet. Vi arbetar med intuition, vilken i sin tur bygger på dold kunskap och en bank av erfarenheter som vi samlat på oss i tusentals patientmöten.

För att utveckla vår allmänmedicinska kompetens är fortbildning nödvändigt. Traditionellt sett tänker många på kurs eller konferens när de hör ordet "fortbildning". Fortbildning kan dock innefatta en rad andra aktiviteter. SFAM har nyligen antagit ett policydokument med nya riktlinjer för principer för fortbildning. En förenklad version finns på sidan 13 och den fullständiga versionen av policydokumentet finns att hämta på www.sfam.se.

Som nämns i Henry Egidius artikel på sidan 15 så har kurs och konferens begränsad betydelse i fortbildningen. För allmänläkare är den kollegiala dialogen särskilt viktig. Den kan bedrivas på olika sätt men där exempelvis FQ-grupper eller regelbundna läkarmöten med diskussion om patientfall är vanligt.

Vi vill gärna kunna mäta utfallet av fortbildningen, men det gör sig inte så lätt i ett ämnesfält som redan från början har så hög grad av komplexitet. Därför är det extra intressant att Annika Andén har studerat resultaten i en FQ-grupp. Saknar din vårdcentral kollegial dialog? Prata med din chef och dina kolleger om hur ni kan få till det.

Under en vecka i september anordnade dr Ulf Måwe med stöd av SFAM en workshop i fortbildning på ön Skopelos i Grekland (se sidan 28). Deltagarna bereddes möjlighet att utveckla och fördjupa sina egna idéer om hur deras fortbildningsprojekt kan utvecklas. Jag som ordförande fick också inspiration till några konkreta utbildnings- och fortbildningsfrågor, till exempel att SFAM bör stödja en ny kurs i OMT (ortopedisk manuell terapi) för ST-läkare.

För att fortbildningen ska fungera så måste det finnas tid.

I en hårt pressad verksamhet där våra ekonomiska ersättningsystem premierar antalet patientbesök, antal listade patienter, och diagnoskoder, blir det lätt så att fortbildningen får stå tillbaka. Läkarförbundet har gjort en undersökning som visat att under perioden 2007-2015 minskade den genomsnittliga tiden för extern fortbildning för Läkarförbundets medlemmar från 8,7 till 6 dagar per år. Dessa siffror omfattar alltså alla specialiteter och inte enbart allmänmedicin.

Allmänläkare på vårdcentraler hade i genomsnitt mindre än en timmes intern fortbildning i veckan och var sjätte läkare hade ingen fortbildning alls. Det är därför glädjande att Läkarförbundet i sin nya fortbildningspolicy vill att läkares fortbildning ska regleras i föreskrift.

I SFAM:s nya riktlinjer för fortbildning anges att intern fortbildning för allmänläkare bör utgöra minst tio procent av arbetstiden och för extern fortbildning bör det avsättas minst tio dagar per år. Kostnaderna för fortbildning ska betraktas som en del av sjukvårdens investerings- och driftskostnader, den ska granskas externt och för den enskilda läkaren ska det finnas en personlig fortbildningsplan.

Efter att ha tittat på den norska modellen med CPD-poäng försökte SFAM bygga ett liknande poängsystem för ett par år sedan. Bakgrunden var bland annat att det då talades om en reglering på nationell nivå av fortbildning med hjälp av poängsystem efter Yrkeskvalifikationsdirektivet (EU-direktiv). Någon sådan reglering kom dock inte till stånd. När SFAM prövade poängsystemet visade det sig dels att råden ifrågasatte registrering av poäng som inte efterfrågades av myndigheterna, dels att intresset bland medlemmarna var lågt. Styrelsen har därför beslutat att inte vidareutveckla poängsystemet. Om fortbildningen kan regleras i föreskrift nu så har vi kommit en bra bit på vägen för att stärka allmänläkares möjligheter till fortbildning.

Hanna Åsberg
Ordförande

hanna.asberg@sfam.se



Har du sett att SFAM finns på sociala medier?



Det är framför allt ordförande och vice ordförande som uppdaterar. Följ och gilla SFAM på Facebook och Twitter så får du ta del av aktuella händelser och diskussioner!



Att lära sig

En tillfrågad författare svarade: "Jag är inte en skrivande person". Jag är en skrivande, men inte läsande person.

Hur gör jag för att förstå helheten? Jag strävar efter att koppla ihop olika faktorer till någon sorts abstrakt helhetsbild. Det ger mig en förståelse snarare än en kunskap. Inte så praktiskt användbart när man ska vara vetenskaplig – det blir svårt med referenserna.

En test för länge sedan visade att jag lär mig framför allt genom att höra, vilket är nära kopplat till känslor, men också genom att härma. Hörsel och härmning använder man vid gehörsspel, t.ex. när man spelar folkmusik på fiol. "Genom att göra" fick låga poäng, och "genom scheman och diagram" nästintill inga – då fick jag förståelse för mina svårigheter med kemi och ackordlära.

Allt lyssna på en bra talare skapar snurr i min hjärna. När associationer och det hörda hakar i varandra uppstår någon sorts tredimensionell bild. När det gäller fakta vill jag hellre läsa för att ha möjligheten att skumma och välja.

Läser man mer i detta nummer av AllmänMedicin så förstår man att vikten av kollegiala möten och att dessa läggs in i mottagningens struktur.

Vi brukade ha en läkare och en sjuksköterska som kunde mer om diabetes. Vid diabetesronden en gång per månad meddelade de nya rön, och vi fick tillfälle att ventilera knepiga patienter. Kunskapsutvecklande! Däremot tror jag inte på "diabetesmottagning". När eldsjelen försvinner så försvinner också kompetensen.

Skrivandet är ett sätt att få ordning på snurret i skallen. Det ska struktureras ner, om inte alltid i scheman och diagram så i avgränsade stycken och rubriker. Här blir det balansgång mellan å ena sidan det distanserade och analyserande, å andra sidan känslor som rättmätig harm, ofta å andras vägnar.

När jag har skrivit och strukturerat så har jag också förstått innehållet. Det har gått från hjärnan till hjärtat. Samma sak gäller när jag läst och redigerat och åter läst och redigerat en text. Sedan sitter den i mitt hjärta.

Skriver jag något som berör om flyktingar är det en utmaning att hitta fram till en text som förmedlar fakta, samtidigt som den ska beröra känslomässigt. Om texten indirekt vänder sig till näthatare måste möjligheten att rycka ut och feltolka en beståndsdel minimeras. Det gäller att hålla kylig distans, att inte yttra sig kränkande utan i stället föregå med gott exempel.

När detta skrivs håller jag på att planera för en manifestation den 25 november – två år efter det att den tillfälliga asyl-lagen presenterades. Allt fler ungdomar ställs utan försörjning efter sina tre avslag. Allt fler blir papperslösa. Protesterna från deras stödpersoner ökar. Hårda diskussioner pågår inom regeringen. Vad ska det leda till? Migrationsverket har möjlighet att bedöma att Afghanistan är ett för farligt land att utvisa till. Kommer det att ske? Eller kommer vi att ha uppåt 10 000 pojkar på gatorna eller gömda? Som kommer att behöva "vård som inte kan anstå"?

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se



Stöd utvisningshotade ungdomar! Ge ditt bidrag till bostad, advokat, kollektivtrafik!



Stöttepelaren – stödförening för ensamkommande barn och ungdomar

Bankgiro 5228-2381
Swish 123 583 19 04
Bankkonto SEB 5368 11 065 76
<http://stottepelaren.se>

Arbetet med nya sfam.se

Styrelsen har bildat en hemsidesredaktion bestående av Hanna Åsberg och Karin Lindhagen. Redaktionens uppgift är att bygga en ny hemsida med hjälp av en IT-firma. Vi söker ytterligare minst en person till redaktionen. Om du är intresserad av detta, kontakta hanna.asberg@sfam.se. Viss ekonomisk ersättning kan utgå för arbetet. Besök gärna SFAM på Facebook (SFAM Svensk förening för allmänmedicin) och Twitter (SFAMSverige).

Hanna Åsberg

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Kan för mycket sjukvård vara skadligt? Trots syftet att göra gott kan nästan allt det vi gör i sjukvården ge negativa effekter. Medicinska tester, undersökningar, läkemedel, operationer och förebyggande åtgärder kan orsaka skada som ibland överväger nyttan. Många åtgärder har inga direkta skadeverkningar, men är till ingen, eller så liten nytta, att det är slöseri med resurser som kunde använts bättre. Alltmer av sjukvårdens resurser läggs på åtgärder till individer som inte är sjuka eller med enbart milda symtom, eller på tillstånd där åtgärder utanför sjukvården hade haft en större effekt.

Det kan vara svårt för sjukvårdspersonal och patienter att hantera osäkerhet om vad som orsakar ett symtom. Också på samhällsnivå har vi blivit ovilliga att acceptera osäkerhet. Vi tror ofta att ny diagnostisk teknologi måste vara bättre än gammal, att upptäcka sjukdom tidigt kommer att förbättra prognosen, samt att det alltid är bättre att göra något än att vänta och se. Men vissa interventioner leder i stället till överdiagnostik, med överbehandling i form av medicinering och medicinska ingrepp som följd.

Det största problemet är lidandet som detta orsakar för den enskilda individen. För mycket sjukvård leder också till undanträngningseffekter. När resurser läggs



Från vänster: Jonas Sjögren, Västerås, Staffan Svensson, Hjällbo Vårdcentral, Göteborg, Minna Johansson, Herrestads Vårdcentral, Uddevalla, Hálfván Pétursson, ST-läkare, Askim Vårdcentral, Göteborg, Malin André, Primärvården Uppsala och Hälso och Habilitering Uppsala, Ulrika Elmroth, Sveriges Kommuner och Landsting, Josabeth Hultberg, Vårdcentralen Åby, Norrköping.
Infälld: Jan Håkansson, Krokoms Hälsocentral, Östersund

Foto: privat

på en medicinsk intervention tar det alltid resurser som kunde använts till annan sjukvård, eller till insatser i andra delar av samhället såsom skola och äldreomsorg.

SFAM startade nyligen ett råd för att arbeta med dessa frågor; "Rådet för hållbar diagnostik och behandling". Syftet med rådet är att öka medvetenheten om mekanismerna bakom, och konsekven-

serna av, en alltför omfattande diagnostik och behandling. Genom att ge förslag på hur detta kan hanteras på ett rationellt sätt vill vi medverka till en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Minna Johansson
Herrestads Vårdcentral, Uddevalla
minna.johansson@vgregion.se

1 januari: Bättre utskrivningsprocess med fast vårdkontakt på vårdcentral?

Samordnad individuell planering (SIP) ska efter årsskiftet ersätta tidigare former av gemensam planering i samband med utskrivning. Det gäller alla tillfällen när patienten behöver kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst efter den slutna vården känner sig färdig. Tanken är att planeringen ska starta redan vid inskrivningen och allt vara klart för hemgång direkt när patienten också bedöms utskrivningsklar. Den fasta vårdkontakt som nu ska utses i all offentligt finansierad öppen vård (vårdcentral för de flesta) ska ansvara för både kallelser och själva SIP.

Kommuner och landsting ska gemensamt komma överens om förändrade rutiner, både för undantag om betalningsansvaret och hur instruktionerna till socialtjänst utformas. Den fasta vårdkontakten kan finnas redan, den beskrivs i patientlagen från 2015 och ska utses när patienten har särskilt behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patientlagen innefattar också att patienten ska kunna få fast läkarkontakt i primärvården men utan närmare precision vad åtagandet innebär. ➡

De punkter som påverkar vårdcentralen mest:

1. Så snart inskrivningsmeddelande dyker upp bör planeringen påbörjas.
2. Den fasta vårdkontakten måste utses före utskrivning.
3. Den fasta vårdkontakten måste skicka kallelse till SIP senast tre dagar efter utskrivning.
4. Den landstingsfinansierade öppna vården måste acceptera att tillhandahålla den öppenvård som behövs för hemgång.

Landstingen och kommunerna har nu kort om tid att informera om hur man tänker hantera dessa förändrade rutiner i ditt landsting! Ett tips är att vara uppmärksam på lokala möten och utbildningar.

1 januari är snart här ...



Petra Widerkrantz
Medicinsk rådgivare
Hälsa - och sjukvårdsavd., Region Skåne
widerkrantz@gmail.com

Referenser

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

**Betalande
annons**

Fortbildningsrådet

SFAM:s Fortbildningsråd verkar för att alla allmänläkare ska få tillgång till oberoende fortbildning i sådan mängd och med sådant innehåll att behovet av individuell professionell utveckling blir tillgodosett och att lärande i alla former stimuleras.

I uppgifterna ingår att stödja och inspirera till lokala fortbildningsinitiativ genom Nätverket för lokala fortbildningssamordnare samt stöd till kollegialt kunskaps- och erfarenhetsutbyte genom FQ- och Balintgrupper. En viktig uppgift är att samla och sprida kunskaper om fortbildningspedagogik.

Rådet fungerar som intern remissinstans till styrelsen och har nyligen deltagit i arbetet med att ta fram nya riktlinjer för allmänmedicinsk fortbildning.

Fortbildningsrådet har för närvarande åtta medlemmar: Anders Lundqvist, ordförande, samt Andreas Thörneby, Anna Beck, Eva Pulverer Marat, Gösta Eliasson, Jonas Westergren, Maria Wolf och Susanna Althini. Rådet brukar ha sex telefonmöten och ett heldagsmöte eller internat varje år.

Den som har frågor om fortbildning eller vill diskutera lokala eller nationella fortbildningsprojekt är välkommen att vända sig till fortbildningsrådet.

Anders Lundqvist
Ordförande i fortbildningsrådet
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
AKO Skåne
andlundqvist@gmail.com



Anders Lundqvist



Andreas Thörneby



Anna Beck



Eva Pulverer Marat



Gösta Eliasson



Jonas Westergren



Maria Wolf



Susanna Althini

**FORT
BILD
NING
S
RÅDET**

Allmänmedicin



Möt våren i Norrköping!

Nu är kongressen öppen för anmälan, för reducerad avgift anmäl dig före 15/2 2018. Programmet är nästan klart och du kan följa uppdateringar på www.sfam2018.se, där du även kan anmäla dig.

Våra keynotes:

"Sjukdom som berättelse; att möta människa och patient genom skönlitteraturen" med Katarina Bernhardsson.

"From Nepal through Ival Illich to 'killer bugs'" med Paul Little.

Väl mött i Norrköping på Louis de Geer!



SFAM



Fritt vårdval och kostnadsdrivande telemedicinsk utomlänsvård – en utmaning för SKL

SKL:s avtalsansvariga måste förhålla sig inte bara till kostnader utan också till det mer politiskt laddade fria vårdvalet. Därför måste det ske en diskussion om hur frågan om fritt vårdval kan hanteras vis-a-vis utomlänsvård och telemedicin. För att det ska ske måste det finnas en politisk vilja inom SKL. Tjänstemännen kommer inte driva på detta. Det bör vara uppgiften för SFAM och DLF att få en sådan politisk vilja på plats.

I över ett år har jag och andra varnat SKL för utformningen av utomlänsvårdsavtalet i samband med tillkomsten av ”digitala vårdcentraler”.

1. **Det är principiellt fel** att kalla en telemedicinsk tjänst för en vårdcentral. Telemedicin kan inte hantera en vårdcentralens uppdrag. Däremot kan man via telemedicin hantera en del enklare patientärenden som ej kräver fysisk undersökning. Men i många fall går det lika bra – eller bättre – att hantera dem via telefonkontakt med en läkare som känner patienten och har tillgång till en uppdaterad patientjournal.
2. **Det är principiellt fel** att en patient som är i hemmet och har kontakt via webbkamera med en annan läkare som kan vara i samma ort ska definieras som utomlänsvård.
3. **Det är principiellt fel** att enkla tillstånd som ej kräver kroppsundersökning, och som ofta handlar om ökad tillgänglighet snarare än sjukvårdsbehov, ska ersättas via avtal som är utformade för svårare sjukdomsfall när patienten ej är i hemmet och som ej kan vänta till hemkomst.
4. **Det är principiellt fel** att olika privata utförare som vill erbjuda telemedicin och befinner sig inom länet tvingas teckna avtal där en mellanhand i annat landsting ska skära emellan och ta en del av vinsten.
5. **Det är principiellt fel** att landstingen förbehåller sig rätten att sätta volymbegränsningar i praktiken genom att i avtal med egna utförare eller privata utförare inom länet sätta nollersättningar på marginalen för sådana tjänster som ökar tillgänglighet vid tillstånd som ej är prioriterade *samtidigt* som samma landsting fransäger sig rätten att på något sätt kunna sätta ett tak för motsvarande tjänster av utförare som kan befinna sig inom länet men tecknar avtal med mellanhand inom annat län.

6. **Det är principiellt fel** och dessutom dåligt ledarskap när ansvariga för IT-frågor och ledningsansvariga chefer beskriver sina egna medarbetare och verksamheter som tröga eller motsträviga när det gäller att ta till sig de möjligheter som e-hälsa inklusive telemedicinen erbjuder *samtidigt* som privata utförare med hjälp av kryphål i utomlänsvårdsavtalet [1], och IT-produkter som är utvecklade av tredjepart och kan inhandlas på öppen marknad, beskrivs som goda exempel.

Allt detta löses inte av att man reducerar ersättningen från 2 000 till 1 250 kr och nu till 650 kr eller sänker det ytterligare. Problemet är att det är i grunden fel att acceptera att utomlänsvårdsavtalet används på detta sätt.

Därmed inte sagt att det inte finns saker att studera och förhålla sig till i implementering av telemedicin. Jag kan till exempel tycka att Min doktors ansats med olika nivåer och verktyg inom sin tjänst är något som bygger på en djupare insikt i hur man kan effektivisera inom e-hälsa. Det är inte unikt men det är i varje fall något som man tänkt igenom.

Tänk hur mycket bra som finns utvecklat och utvärderat vetenskapligt inom offentlig vård, t.ex. Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman och försök med distansvård i flera andra landsting.

Min sorg är att e-hälsa i debatten håller på att bli synonymt med telemedicin, och telemedicin i debatten blir synonymt med de tjänster som erbjuds av privata nätläkare utan kontinuitet och med tveksamheter kring diagnosticering.

Vi borde diskutera och planera för hur vi kan använda befintliga standardverktyg inom IT på ett sätt som underlättar det vanliga arbetet och fördjupar patientmötet i stället för att bidra till upphackad vård. Helt enkelt ta makten över utvecklingen och, som det sägs i Asien, ”rida tigern” istället för alternativet som är att bli uppäten ...

Mikael Hoffmann
Specialist i infektionsmedicin
och klinisk farmakologi
Chef för NEPI
mikael.hoffmann@nepi.net



Jäv saknas.

Referens

1. Hoffmann, M. Nätläkare kan utnyttja kryphål i riksavtalet för utomlänsvård. Läkartidningen. 2017;114:EMMT.
<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/04/Natlakare-kan-utnyttja-kryphal-i-riksavtalet-for-utomlansvard/>



Kollegial dialog på många olika sätt

Den kollegiala dialogen existerar i många former, men arbetssituationen för många allmänläkare hotar att göra den till en bristvara vilket hämmar den professionella utvecklingen. Syftet med fortbildning är att vi ska bli väl rustade att lösa de arbetsuppgifter vi ställs inför som allmänläkare. Vi behöver utveckla en fortbildningskultur där lärandet ses som en integrerad del av arbetet, inte som något som pågår vid sidan om.

Lärandet är en ständigt pågående aktivitet i vardagen vare sig vi vill det eller inte. Det sker ofta på ett omedvetet sätt. Det är svårt att värja sig. Utan kollegial interaktion blir det lite som "torrsim". Får vi inte syn på lärandeprocessen är det svårt att uppleva att vi utvecklas. Tillsammans med kollegor tar lärandet fart och blir roligare. Den kollegiala dialogen är allmänmedicinens livsnerv. I den formar vi vår identitet som allmänmedicinare. Vi omvandlar kunskaper (*episteme*), färdigheter (*techne*) till praktisk visdom (*phronesis*) precis som Aristoteles beskrev det. Det är knappast en linjär process, utan beroende av kontext och många olika perspektiv. Annika Andén visar i sin artikel (s. 10) hur de interkollegiala samtalen kan gå till, och att de verkligen är effektiva för kunskapsutveckling, förståelse och problemlösning. Det är spännande läsning hon bjuder på!

"Vi behöver impregnera våra arbetsplatser med en fortbildningskultur som ser kollegial dialog som en integrerad del av det allmänmedicinska arbetet."

Utrymmet för reflektion tillsammans med kollegor är en bristvara, så det gäller att ta vara på tiden och göra den lustfylld. SFAM myntade för cirka 20 år sedan devisen *Fortbildning av, med och för allmänläkare*. Det var en reaktion på ett fortbildningsutbud styrd av andras agendor. Det fanns en önskan om ett oberoende utbud av fortbildning på allmänmedicinens villkor. Detta uteslöt inte på något sätt att vi behöll omvärldsorienteringen. Det handlade inte om navelskåderi. Vi ville bli *"kunniga allmänläkare som sänkte sjukvårdskostnaderna"*, med patientcentrering som vår kliniska metod.

Tyvärr har tiden vi allmänläkare ägnar åt fortbildningsaktiviteter stadigt minskat genom åren, och därmed också utrymmet för kollegial dialog. Detta har medfört en försvagning av allmänläkaridentiteten. Vi har blivit splittrade i vår uppfattning om vad det innebär att vara allmänläkare. Generalistkompetensen förenar oss fortfarande. För många av oss är patient-läkarrelationen oundgänglig i yrket, medan den för andra inte har lika stor betydelse. Hur ska man annars tolka hyrläkeriets dragningskraft? För att stärka sammanhållningen behövs mer kollegial dialog.

Olika former av kollegial dialog

- Interkollegiala diskussioner, ofta parvis för att diskutera patientärenden.
- Medsittning.
- Handledning – ett lärande för såväl handledare som adept.
- Läkarmöten på arbetsplatsen där man skiljer på fortbildning och innehåll av mer administrativ karaktär.
- Besök av informationsapotekare och -läkare från läkemedelsråd/kommittéer.
- Webbinarier med interaktivt deltagande (eller att man ser sändningen i efterhand). Dessa blir bränsle för interkollegiala diskussioner, och kräver just ingen förberedelse av deltagarna.
- Videotek kan fylla samma syfte, liksom föreläsningar från exempelvis YouTube, JanusInfo, sändningar från Svenska Läkaresällskapet etc.
- FQ-grupper (Fortbildnings- och kvalitetsgrupper), antingen arbetsplatsbaserade eller mixade från olika arbetsplatser. För många representerar FQ-gruppen det ultimata smågruppslärandet, särskilt om gruppdynamiken är på topp. Fokus ligger på vardagens glädjämnen och problem, med nyfikenhet på hur andra har det. Med enkla audits kan man undersöka sin egen praktik enligt devisen *Gräv där du står*.
- Balintgrupper handlar om hur läkaren handskas med problematiska relationer med patienter i sin vardag, och erbjuder interkollegialt stöd. Leds av en utbildad Balintgruppleddare.
- Lokala allmänläkarmöten i närområdet (i bästa fall producentneutrala).
- Regionala seminarier och kursaktiviteter, inklusive fortbildning från läkemedelsråd och motsvarande.
- Lokala SFAM-aktiviteter.
- Arbete i terapi/expertgrupper m.m.
- Svensk allmänmedicinsk kongress och ett nationellt mångfacetterat kursutbud.
- Internationella kongresser (Nordic Congress for General Practice, WONCA etc) och kurser/workshops.
- ASK – Allmänläkares Självvärdering i Kollegial Dialog är den erfarna allmänläkares examensprocess som blir en vägvisare in i det livslånga lärandet.

Listan över olika former av kollegial dialog (se ruta) kan förmodligen göras ännu längre, och illustrerar att det oftast inte är något fel med själva utbudet av interkollegiala aktiviteter. En arbetssituation som ständigt kräver ens närvaro väcker överlevnadsinstinkten till liv och gör att man sorterar bort sådant som inte innebär patientarbete. I sådana miljöer frodas "produktionstänk", och fortbildning blir i bästa fall en parallell process till sjukvårdsproduktionen. Vi behöver impregnera våra arbetsplatser med en fortbildningskultur som ser kollegial dialog som en integrerad del av det allmänmedicinska arbetet.

Anders Lundqvist

Ordförande i SFAM:s Fortbildningsråd
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com



Annons



Professionell utveckling förutsätter kollegial dialog

Allmänläkare arbetar med ett brett och illa definierat uppdrag. Samtidigt som man förväntas hålla sig till riktlinjer saknas såväl kunskap som riktlinjer för en stor del av de problem en allmänläkare möter. Därtill kan ett noggrant följande av riktlinjer få förödande konsekvenser till exempel i form av polyfarmaci för äldre och multisjuka. Allmänläkarens kollegiala samtal är ett viktigt verktyg för professionell kompetens och utveckling. Den här studien visar att dessa samtal är koncentrerade, effektiva och för framåt.

Forskning från olika utgångspunkter har skapat ökad förståelse för hur viktigt det är med kollektiv kunskap. Kunskap är inte bara individuell utan något som grundläggs och utvecklas tillsammans med andra. Den traditionella bilden är att lärande och utveckling bygger på individuell aktivitet. Den enskilde läkaren förväntas ha med sig en "etablerad kunskap" från utbildningen som sedan ska uppdateras genom att gå kurs eller läsa riktlinjer.

Professionell utveckling handlar inte bara om kunskap utan också om värderingar och förhållningssätt. Basen för "kunskande" och utveckling sker i dialog med andra. En grupp kollegor delar professionell kompetens, erfarenhet och social roll genom att prata med varandra i vardagens möten eller i planerade sammankomster med fler. Sådan kollegialt delad information och kunskap är interaktiv. Den formas och upprätthålls genom dialoger mellan två eller flera [1].

"Forskning från olika utgångspunkter har skapat ökad förståelse för hur viktigt det är med kollektiv kunskap."

Bakgrund

När jag intervjuade allmänläkare om vad de tänkte sig att deras konsultationer lett till beskrev de först hur det gått för patienterna. Därefter gjorde de en värdering i förhållande till vad de tänkte sig att deras kollegor skulle tycka [2]. De hade en stark relation till detta, som ett tänkt kollegialt konsensus.

Denna iakttagelse bekräftas vid sociologiska studier av hur allmänläkare arbetar. Då allmänläkare beskrev att de var måna om att utföra ett gott arbete avsåg de vad de tänkte sig att deras kollegor betraktade som ett gott arbete [3]. Freidson formulerade det som en bild av en gemensam kunskapsbank, att det finns en kunskap som varje läkare bör kunna och som utgör en bas för acceptabelt handlande. Oberoende av om resultatet av läkarbesöket blev dåligt eller inte skulle de skämmas om de bröt mot detta och de blev upprörda om kollegor gjorde så.

Man utvecklar kunskap tillsammans med sina kollegor. Kollegial dialog är en framgångsfaktor för allmänläkare. I en engelsk studie följde Gabbay och leMay allmänläkares arbete under flera år. Den allmänläkarmottagning som utmärkte sig genom att ha bäst resultat vid jämförande mätningar skilde sig från andra genom att läkarna pratade mer med varandra, både i strukturerade och informella möten [4]. De fann att läkare tog till sig kunskap, handlingsmönster och riktlinjer genom att diskutera tillsammans.

På så sätt utvecklade allmänläkarna något som forskarna kallade "*mindlines*", tankebanor. Mindlines, är internaliserade kollektivt förhandlade tankebanor, där klinisk träning, både egen och andras, sammanvägs med läsande och kunskaper om roller och motstridiga krav i det lokala sammanhanget och systemet. Det är alltså kunskap i praktiken i sin kontext.

Utveckling och förändringar av mindlines pågår hela livet. Det är en viktig process för socialisering in i läkarrollen, för kunskapsutveckling under läkares yrkesliv och för förhållningssätt gentemot andra professionella aktörer. Gemensamma mindlines fungerar som en gemensam kunskapsbank. En mindline är till skillnad från en riktlinje en interaktiv tankeprocess.

Sådana interaktiva tankeprocesser är en bas för att veta hur man ska göra men också för att ta till sej och utveckla nya/andra kunskaper. Information från forskning utbildning eller andra källor kan bli praktisk kunskap endast efter en sådan process.

Syftet med den här studien var att studera hur allmänläkare utvecklar gemensam bas för sitt arbete i form av kunskap, handlingsstrategier, värderingar och förhållningssätt. Vad händer i mötena mellan kollegor? Hur går det till då de talar med varandra?

Dialogism understryker att människor lever i en värld av andra och att deras existens, tänkande och språk är ömsesidigt beroende av andra människors existens, tänkande och språk. Utgångspunkten är inte individen utan det ömsesidiga beroendet mellan individen och andra. Dialog är en interaktion mellan deltagarna i det särskilda mötet, situationen. Hellre än att ses som en rad på varandra följande yttranden av autonoma talare ser man interaktionen som en sammansatt väv av meningsförståelse och meningsskapande. Den dialog som studeras ses som en interaktion mellan tankar, idéer och argument i den speciella situation som just då skapas av deltagarna. Intresset riktas mot hur idéer skapas och hur de utvecklas [1].



Metod

För att undersöka hur kollegialt konsensus formas ville jag studera hur en grupp läkare som var förtrogna med och litade på varandra förde professionella kollegiala samtal. Jag har följt en etablerad FQ grupp som fick olika teman att diskutera vid fyra träffar som varade 1,5 timme var.

Diskussionsteman

1. *Ont i magen.* Hur kan allmänläkare veta vad man ska göra? Var och en berättade om den senaste patient de träffat som sökt för ont i magen. Ont i magen valdes eftersom det är ett symtom som kan vara allt mellan svår sjukdom och normal förnimmelse, men där riktlinjer sällan finns.
2. *Ett svårlöst fall.* Deltagarna hade med sig var sitt svårlöst patientfall. Vid de mycket svårlösta fallen måste man resonera kliniskt och tänka brett. Riktlinjer saknas.
3. *Allmänläkarnas förändrade yrkesroll.* Deltagarna hade läst Astvik och Bejerots skrift "När patienten blir kund – nya stressorer och strategier i läkarens arbete" [5].
4. *Behov av ny kunskap.* De diskuterade sina och gruppens framtida utbildnings- och utvecklingsbehov.

Samtalen spelades in och skrevs ut ordagrant. Samspelet mellan deltagarna analyserades med hjälp av Markovics "Dialogue in focus groups" [1]. För att utforska socialt delad kunskap används ett dialogperspektiv. Det anknyter till ett teoretiskt synsätt benämnd *dialogism* [6]. Fokus i analyserna var därför hur deltagarna pratade med varandra.

Resultat

Vid samtalen talade läkarna med varandra med korta frågor och svar eller påståenden, i långa sekvenser som blev som ett blixtlås. En deltagare berättade om ett patientfall eller tog upp ett problem som de övriga följde upp med frågor som explorerade, inringade, utvidgade och formulerade problemet. I ett

"blixtlåssamtal" kan man se hur de fyller i och kompletterar varandras utsagor till en fyllig bild av ämnet. Alla håller sig koncentrerat till det ämne de pratar om.

Diskussionerna kunde delas upp i olika typer:

Hur gör de? En gemensam explorering gjordes. I de långa sekvenserna med korta frågor och svar bekräftade de och förstärkte varandra.

Vad gör de? Ibland frågade problemställaren gruppdeltagarna om synpunkter och fick då förslag till lösningar. Dessa var mycket försiktigt formulerade i form av att "Jag skulle nog ha...". Anekdoter om liknande fall användes för att illustrera eller förstärka ett yttrande. Man ser hur de hjälpte varandra, bekräftade varandra, letade likheter och accepterade olikheter. Det fanns utrymme för att berätta om osäkerhet eller tillkortakommanden. De hänvisade till en gemensam grundmoral.

Samtalen följde samma mönster oberoende av om de handlade om patientfall, läkarens yrkesroller eller utbildningsbehov. Man kunde se att de liknar dragning och utforskande av patientfall så som de sker på rondan eller i samtal mellan kollegor. Samtalen var mycket koncentrerade och effektiva.

"I ett 'blixtlåssamtal' kan man se hur de fyller i och kompletterar varandras utsagor till en fyllig bild av ämnet."

På några punkter skilde sig samtalen åt, beroende på vad som avhandlades.

I samtalen om vanliga patienter, de med ont i magen, förekom många anekdoter. Där gjordes också bekännelser om när det inte hade gått så bra eller när man kände att man inte gjort så som man tänkte sig att det hade förväntats. I samtalen om svåra patienter förekom inga anekdoter och i de samtalen ifrågasatte de aldrig varandra. Då de handlade om yrkesroll och utbildningsbehov innehöll samtalen färre frågor om problemet. De korta interageringarna var mer att de fyllde i föregående talarers påstående eller fråga med egna erfarenheter.

I alla fyra samtalen förekom episoder då de bekräftade varandra.

Ifrågasättandena var få över huvud taget. Deltagarna var vänliga och respektfulla mot varandra även när de tyckte olika. Om ett ämne inte togs väl upp i gruppen så var det ingen som tog tråden och sa emot eller förde ämnet vidare, utan det föll.

De hjälptes åt att formulera och klargöra problemen och att finna lösningar. Nya tankar och idéer uppstod i samtalen. De utvidgades och förtydligades på samma blixtlåssliknande sätt. Idéer och tankar föddes i samtalen. Det var emellertid sällan någon slutsats eller färdigt förslag formulerades.

I samtalen relaterade de till omvärldsfaktorer. I förhållandet till sjukhusspecialister handlade det om hur dessa skulle tänka och hur du skulle kunna vara till hjälp alternativt inte kunna erbjuda önskad hjälp. Beträffande riktlinjer handlade samtalet om hur man hittar dem, var man hittar vad och vilka man kan



Illustration: Annika Andén



lita på. De radade upp en mängd områden där styrning är mer eller mindre rimlig och diskuterade hur man kan förhålla sig till den. Man såg inte så lite frustration och rebellusta. I relation till patienten diskuterades vad det innebär att patienten ska betraktas som en kund. Ska patienten kunna beställa prover eller undersökningar?

"Läkare är inte medvetna om hur effektiva de interkollegiala samtalen är, både för kunskapsutveckling, förståelse och problemlösning."

Diskussion

Studien illustrerar hur allmänläkare utvecklar kunskap och professionalism genom att tala med varandra. Samtalen liknade inte vanliga samtal utan var mer strukturerade, kortfattade och förde saken framåt. De var mycket effektiva. Genom att formulera det tänkta eller uppfattade och få hjälp att formulera det vidare förstärker man sin kunskap, konsoliderar, utvidgar och fördjupar den. Genom att bekräfta varandra stärkte de tillhörigheten till gruppen.

Läkare är inte medvetna om hur effektiva de interkollegiala samtalen är, både för kunskapsutveckling, förståelse och problemlösning.

Det är en fördel med en grupp där deltagarna känner varandra. Samtidigt är det en nackdel att det bara är en grupp. Kanske går det inte till på samma sätt i andra grupper.

"Genom att formulera det tänkta eller uppfattade och få hjälp att formulera det vidare förstärker man sin kunskap, konsoliderar, utvidgar och fördjupar den."

För att jämföra med andra grupper gick jag igenom andra bandade samtal och gruppintervjuer. Vid tidigare gruppintervjuer med läkare [8] sågs samma mönster med korta repliker som koncentrerat förde problemet framåt. Vid läkarmöten på min egen vårdcentral, en större grupp där läkare under utbildning ingick, sågs mer moment av undervisning. Jag har också jämfört med sex gruppsamtal med patienter, men där är samtalen mer informerande och innehåller färre och kortare dialoger.

Då man jämför med samtalsbeskrivningar från andra typer av professioner, t.ex. domstolsförhandling, avtalsförhandling av lärares arbetstider, kommunikation mellan lokförare och trafikledning, eller middagsbordssamtal [7] utmärker sig läkarnas samtal av dessa korta repliker som tillsammans koncentrerat för framåt.

Vid fokusgruppsamtal så som de beskrivs i "Dialogue in focus Groups" [1] är replikerna betydligt längre och mångordigare än våra och inte lika blyxtlåsaktigt förande framåt. De är mer av att varje talare för fram sin linje.

I takt med att allmänmedicinens resultat beskrivs med enkelt mätbara enheter och värderas med verktyg baserade på diagnoser behövs både förståelse av vad konsultationer leder till och förståelse för hur läkare utvecklar kunskap och know-how. Enkla utvärderingsmått som väntetid eller patienters nöjdhet är viktiga men det finns många aspekter som inte fångas av sådana mått [9].

Allmänläkare arbetar med ett brett och illa definierat uppdrag. Svensk allmänmedicin har fått den otacksamma rollen att göra det som andra aktörer i sjukvården inte tycker hör till deras specialitet för att det är för simpelt, för svårbegripligt, för mångfacetterat eller för krångligt. Samtidigt som man förväntas hålla sig till riktlinjer och handlingsöverenskommelser saknas såväl kunskap som riktlinjer för en stor del av de problem en allmänläkare möter. Därtill kan ett noggrant följande av riktlinjer få förödande konsekvenser till exempel i form av polyfarmaci för äldre och multisjuka.

Att allmänläkares kollegiala samtal är ett viktigt verktyg för professionell kompetens och utveckling har alltså visats tidigare [3, 4]. Den här studien ger en insikt i hur dessa samtal kan gå till. Den gör inte anspråk på att vara fullständig. Men den visar att dessa samtal utmärker sig genom snabba korta interaktiva samspeletsyttranden som gör att de är koncentrerade och effektiva och för framåt.

Annika Andén

Allmänläkare
Specialistläkarhuset Hermelinen, Luleå
annika.anden@gmail.com



Jäv: Medlem i redaktionskommittén för läkemedelsboken.

Referenser

1. Markova I, Linell P, Grossen M, Salazar Orvig A. Dialogue in Focus Groups. Exploring Socially Shared Knowledge. London 2007. Equinox.
2. Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C E. To make a difference- how GPs conceive consultation outcomes. A phenomenographic study. BMC Fam Pract 2009, 10:4.
3. Freidson E. Doctoring together. A Study of Professional Social Control. London and Chicago 1980. The University of Chicago Press Ltd.
4. Gabbay J, le May A. Practice-based Evidence for Healthcare Clinical Mindlines. Oxon and New York 2011. Routledge.
5. Bejerot E, Astvik W. När patienten blir kund. Nya stressorer och strategier i läkarens arbete. Växjö 2009. Arbetsliv i omvandling/ Institutionen för samhällsvetenskap, Växjö universitet.
6. Pechey G, Mikhail Bakhtin. The Word in the World. Oxon and New York 2007. Routledge.
7. Linell P. Samtalskulturer Kommunikativa verksamhetstyper i samhället. Linköping 2011. Linköpings Universitet.
8. Andén A. Outcomes from GP's Consultations. Avh. Linköping 2009. LiU tryck.



Pedagogik för professionella

Den pedagogik SFAM drivit sedan tidigt 90-tal utgår från att professionella utvecklar sin kompetens genom kontinuerligt, jobbrelaterat lärande i den egna kontexten (s. 15). Man lär och reflekterar samtidigt som man arbetar. Man har då behov av att reflektera över de beslut man tagit, ensam eller i grupp, och att dra till sig de faktakunskaper man behöver, allt för att kunna lösa de uppgifter och problem man ställs inför i det praktiska arbetet. Egen reflektion och kollegial dialog med möjlighet till erfarenhetsutbyte, reflektion och inhämtande av faktakunskaper är därför den viktigaste delen i fortbildningen. ➡



SFAM:s riktlinjer för fortbildning i sammandrag

Vad är fortbildning?

Fortbildning (Continuing Professional Development) är en livslång, kontinuerlig process i syfte att vidmakthålla och utveckla de kunskaper, färdigheter, kommunikationsförmågor och förhållningssätt som enskilda läkare behöver för att tillgodose behov hos patienter och samhälle¹.

Ansvar

- Fortbildning är ett gemensamt ansvar för läkare och verksamhetsansvariga och utgör en naturlig del av den medicinska verksamheten¹.
- Ansvar för egen kompetensutveckling vilar på den enskilde läkaren medan ansvaret för att skapa förutsättningar vilar på huvudmän och verksamhetschefer².
- Ansvar för fortbildning ska återspeglas i budget, resursfördelning, arbetsmiljö och schemaläggning³.
- I ett vårdvalssystem ska det finnas riktlinjer, uppföljningssystem och en skriftlig handlingsplan för medarbetarnas fortbildning³.
- System för kvalitetssäkring av medarbetares fortbildning ska vara en förutsättning för ackreditering av vårdenheter i ett vårdvalssystem³.

Resurser

- Kostnader för fortbildning ska betraktas som en del av hälso- och sjukvårdens investerings- och driftskostnader¹.
- Varje heltidsarbetande specialist i allmänmedicin skall kunna avsätta minst tio procent av arbetstiden för intern fortbildning och minst tio dagar per år för extern fortbildning⁴.
- Inom landstinget/regionen ska finnas tillgång till läkare med övergripande ansvar för fortbildningen för specialister i allmänmedicin (fortbildningssamordnare)⁴.

Innehåll

- Fortbildningens innehåll ska vara anpassat till läkarens och till verksamhetens behov¹.

- Läkarens fortbildningsaktiviteter bör utgå från en personlig fortbildningsplan².
- Fortbildning ska öka motivationen och lusten att lära¹.

Krav på fortbildningsaktiviteter⁵

- Fortbildningsaktiviteter som vänder sig till allmänläkare ska motsvara ett behov som utgår från det allmänmedicinska vardagsarbetet.
- En specialist i allmänmedicin ska delta aktivt i planering och genomförande av den aktuella fortbildningsaktiviteten, med uppgift att lyfta fram det allmänmedicinska kunskapsinnehållet.
- Arrangör och ekonomi ska redovisas. Initiativtagare till fortbildningsaktiviteten och ansvarig kursgivare ska anges. Kursavgift och eventuell kostnad för kost och logi ska anges. Eventuella ekonomiska bidragsgivare samt jäv ska redovisas.
- Lärandemål och fortbildningsmetod ska redovisas. Kursgivarens mål och syften med fortbildningen ska vara kända av kursdeltagare, och möjliga att granska och utvärdera. Den pedagogiska metod som används ska redovisas.
- Målgrupp ska anges, liksom om inbjudan är nationell eller regional. Kriterier för urval av deltagare ska anges.
- Kursutvärdering bör genomföras och redovisas. Utvärderingsmetod ska anges.
- Produktreklam får inte förekomma under pågående fortbildningsaktivitet. Kursgivare ska följa gällande avtal angående medverkan av läkemedelsföretag och andra sponsorer, inklusive avtalet mellan Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriförbundet.

1 Enl. World Federation for Medical Education (WFME) 2016

2 Enl. Svenska Läkaresällskapet 2016

3 Enl. Golden Standard för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem. SFAM 2012

4 Enl. Fortbildningspolicy. DLF/SFAM 2015

5 Utdrag ur förslag till riktlinjer. Fortbildningsrådet SFAM 2015



SFAM har under lång tid arbetat med att ta fram dokument om fortbildning. Under 1990-talet publicerades en rad rapporter som kröntes av "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna" [1, 2, 3]. Kriterier för god fortbildning togs fram. [4]. Senare kom Golden standard för fortbildning i vårdvalssystem [5] som beskriver vilka krav på fortbildning som bör skrivas in i regionernas kravböcker samt en utredning, bland annat med förslag om hur allmänläkares fortbildning

Då ordet fortbildning är så etablerat har vi ändå valt att använda den beteckningen i förslaget men då som synonym till "fortsatt lärande".

skulle kunna registreras [6]. Även nya granskningskriterier för anordnare av utbildningar har tagits fram [6].

I de nya riktlinjerna för fortbildning [8] ligger fokus på den enskilda allmänläkares professionella utveckling utifrån yttre förutsättningar i form av tid, tillgång till fortbildningsaktiviteter och andra resurser för att ett under hela yrkeslivet fortsatt lärande ska kunna äga rum. Val av fortbildningsaktiviteter baseras på någon form av självvärdering, med analys av aktuell kompetens och bedömning av vad som behöver göras för bibehållande, utveckling och förnyelse av den egna kompetensen.

De fortbildningspedagogiska resonemang som redovisas i första delen av riktlinjerna bygger på de principer som SFAM tillämpat sedan början av 90-talet. Dessa principer har fokus

Vad är fortbildning?

Fortbildning är allt det vi gör för att bibehålla och utveckla vår allmänmedicinska kompetens.

Några viktiga former:

- Läsa artiklar och böcker.
- Lära av sina patienter.
- Medsittning av och med kollegor.
- Reflektera tillsammans i kollegial dialog till vardags informellt eller i mer organiserad form, som i ASK-projektet (sid. 19)
- FQ-grupp – några kollegor samlas regelbundet för att diskutera det professionella innehållet i arbetet – fall, teman – och gemensamt genomföra enkla kvalitetsstudier.
- Balintgrupp.
- Kurser – helst sådana som uppfyller SFAM:s kriterier för vad som är bra fortbildning för allmänläkare.
- Konferenser.
- Utvecklingsarbete och forskning.
- Undervisning för av yngre kollegor, läkarstudenter, andra personalkategorier.



<http://sfam.se/foreningen/rad/fortbildningsradet-fortbildningsradet>



på självstyrt lärande och interaktiva fortbildningsaktiviteter.

Riktlinjerna innehåller en lista med de kriterier för god fortbildning som SFAM nyligen antagit. Den utgår dels från den policy som World Federation for Medical Education (WFME) publicerade 2015, dels från WONCA:s policydokument för allmänmedicinsk fortbildning. Samtliga kriterier finns publicerade i AllmänMedicin nr 2 2017.

Ordet "fortbildning" används idag både som beteckning för det lärande som förväntas fortsätta efter specialistutbildningen och som benämning på konkreta insatser, arrangemang och aktiviteter (kurser till exempel). Detta kan ibland leda till oklarhet. En annan och mer precis beteckning vore "fortsatt lärande" som entydigt anger att det är fråga om läkarnas förvärv av kunskap, kunnande och synsätt. Då ordet fortbildning är så etablerat har vi ändå valt att använda den beteckningen i förslaget men då som synonym till "fortsatt lärande". I ordets andra betydelse använder vi uttryck som "fortbildningsaktiviteter" och mera specifikt "kurser", "seminarier", "konferenser", "FQ-grupper" och liknande.

Även om vårt förslag är framtaget för specialiteten allmänmedicin, bör tankegångarna kunna vara intressanta även för andra specialiteter.

Gösta Eliasson
facklig sekreterare SFAM:s styrelse
gosta.eliasson@sfam.se

Ulf Måwe
ordförande SFAM:s
kompetensvärderingsråd

Henry Egidius
pedagog, rådgivare

Torbjörn Ledin
professor, ordförande i SLS:s
utbildningsdelegation

Referenser

1. Sjögren Jonas, Måwe Ulf. SFAM och fortbildningen – en (l)ärorik historia. AllmänMedicin 2012;4:17-19.
2. Eckerman Ingrid. Kompetensutveckling med SFAM. AllmänMedicin 2015;4:44-45.
3. Ekberg-Karlsson, Kerstin. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna. SFAM 1995. <http://sfam.se/foreningen/rad/fortbildningsradet-dokument>.
4. SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. SFAM 2004. <http://sfam.se/artiklar/policydokument>.
5. Golden standard för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem. AllmänMedicin 2012;4:32-33.
6. Eliasson Gösta. Allmänläkares fortbildning. SFAM 2014. <http://sfam.se/artiklar/rapport-fortbildning-for-allmanlakare-2014>.
7. Kriterier för fortbildning "Granskad av SFAM". SFAM 2015. <http://www.sfam.se/artiklar/policydokument>.
8. SFAM:s riktlinjer för fortbildning. SFAM 2017. <http://www.sfam.se/foreningen/s/sfam-tycker/policydokument>.



Den reflekterande praktikern

År 1983 publicerades en bok som fick stort genomslag i debatten om professionerna, de högskoleutbildade yrkena och yrkesutövarna: *The Reflective Practitioner*, skriven av Donald Schön, känd organisationsforskare, professor vid MIT i Boston, tyvärr ofta missförstådd och felciterad.

Teknisk rationalitet

Boken skrevs under en period, då det i medierna riktades häftig kritik mot professionerna. Kritiken gällde hur akademiskt utbildade ofta tänker ensidigt rationellt. Många tillämpar sin kunskap från universitetsämnena utan att vara medvetna om den ovisshet, osäkerhet och komplexitet som råder i enskilda fall och utan att ta hänsyn till olika synsätt, värderingar och syften som människor normalt väger in i sina beslut.

Donald Schön kom fram till att vi i västerlandet sedan upplysningen på 1700-talet och ännu mer under de vetenskapliga och tekniska framstegens decennier i slutet av 1900-talet fått en alltför stor tilltro till vad som är rationellt ur vetenskaplig synpunkt och till den teknik som utvecklas inom ekonomi, samhällsplanering, medicin och ingenjörskonst.

Reflection-in-Action

Schön satte det rationella synsättet i motsats till *reflection-in-action*. Vad är då det för något? Enligt Schön är *reflection-in-action* en förmåga och en vana hos professionella att genom egna bedömningar komma fram till lämpliga åtgärder. Dessa åtgärder grundar sig på den uppgift man ställts inför. För en läkare gäller det till exempel att sätta sig in i vad som behöver göras med hänsyn till patientens unika besvär och situation och hur vidtagna åtgärder visar sig fungera.

Osäkerhet

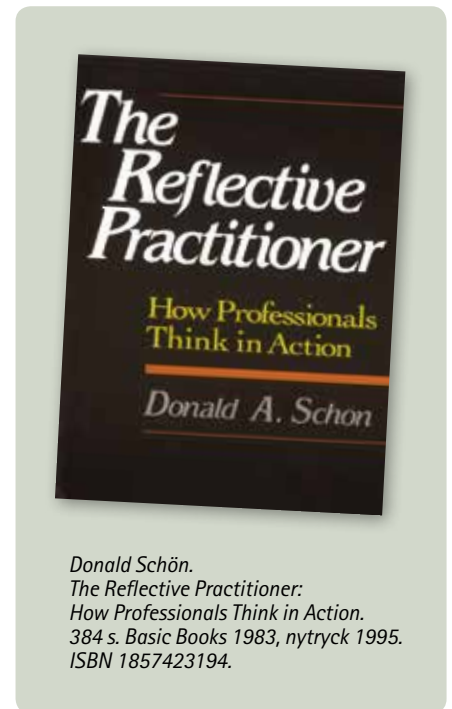
Vad som kan vara svårt, både för engelsktalande och svenskspråkiga läsare, är att ordet *reflection* hos Schön inte har den vanliga betydelsen att "ta sig en funderare". Reflekterande praktiker tar sig inte "en funderare" utan försöker förstå vad som är det speciella i den aktuella situationen, vad som är ovisst och osäkert,

vilka komplikationer som kan uppstå, vilka intressen som är involverade och hur mycket man måste lita till osäkra uppgifter, intuition och magkänsla. I många fall måste professionella hitta nya sätt att förstå och hantera ett aktuellt problem. De provar olika sätt att hantera uppgifter de ställs inför genom *reflection-in-action*.

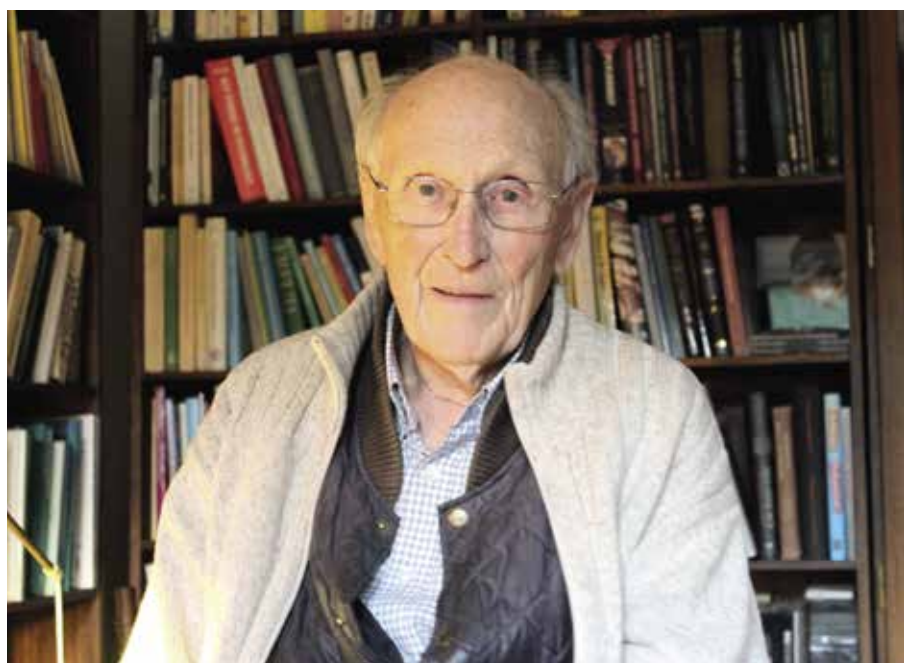
Som läkare vill man hitta förklaringar till vad det är som besvärar patienten. Genom att man tillsammans diskuterar och prövar olika möjligheter är detta en typ av forskning som läkare ständigt bedriver med varje enskild patient, "... a piece of experimental research", som Schön uttrycker det. Ställd inför patientens problem måste läkaren vara beredd att se det ur olika synvinklar och att prova olika åtgärder.

Feedback

Reflection är en term som hos Schön står för aktiviteter som *invent*, *discover* och *piece of experimental research*. Till det kommer överväganden, gissningar och osäkerhet i det man gör, liksom etiska aspekter och andra värderingar som är vägledande för en själv och andra. Eftersom varje patientfall och uppgift är "a piece of experimental research" är feedback



på vad som händer i själva förloppet och på det uppnådda resultatet en del av den professionella aktiviteten. Schön anser att det är dessa två moment – "experimental research" och feedback – som leder till ett varaktigt lärande. ➡



Henry Egidius.

Foto: Gösta Eliasson



Tyst kunnande

Hos de professionella uppstår genom upprepad *reflection-in-action* tyst kunnande vilket gör att det efterhand bildas en allt större fond av både allmän kunskap och egen erfarenhet. Det är en skicklighet som finns inbyggd i alla kommande bedömningar och beslut: ett "tyst" kunskapande (på engelska: *tacit knowing*). Det kallas tyst därför att det till stor del fungerar omedvetet men får medveten kunskap och medvetna beslut och handlingar att ta form utifrån den kunskap och erfarenhet som redan finns.

Medicinsk verksamhet ska bygga på såväl vetenskap som beprövad erfarenhet. Det är i daglig reflekterande praktik som varje enskild läkare bearbetar sin medicinska kunskap så att den kan fungera tillsammans med egen växande personlig erfarenhet.

Det tysta kunnandet tas i bruk när det är relevant för en aktuell uppgift. Samtidigt stimuleras ett nytänkande som utökar erfarenheten. Det blir ett kreativt

lärande, en effektiv form av fortbildning som utgår från något man skulle kunna kalla *jobbrelaterat lärande*.

"Reflekterande praktiker tar sig inte 'en funderare' utan försöker förstå vad som är det speciella i den aktuella situationen..."

Jobbrelaterat lärande

För att uppnå expertis och bygga in mer omfattande *know-how* i det inre krävs egen praktisk träning och verksamhet. Undervisning och kurser kan behövas, men de har ett begränsat värde. Mest effektivt blir i stället den feedback som

man själv skaffar sig i sin dagliga verksamhet, tillsammans med den återkoppling som ges av en handledare eller en mentor som ger tips och stöd, förklaringar och uppmuntran. Sådan handledning och sådant mentorskap kräver en speciell typ av relation som är både personlig och professionell.

Jobbrelaterat lärande i Donald Schöns anda ses av många som en förutsättning för utveckling av expertis, know-how och professionalism hos läkare. Det gäller i högsta grad förmågan att utveckla den typ av relation mellan läkare, patient och patientens närstående som utmärker allmänmedicinsk verksamhet.

Jäv saknas.



Henry Egidius

Medicinsk pedagog och psykolog
henry.egidius@gmail.com

Annons



Vad är god och värdefull fortbildning?

”Lets fix a National Learning Policy!” var titeln på en workshop på Svensk allmänmedicinsk kongress i Karlstad med Janet Grant (professor of Education in Medicine), under moderation och bidrag av Gösta Eliasson (SFAM:s fortbildningsråd), Torbjörn Ledin (ordförande för delegationen för utbildning, Svenska Läkaresällskapet) och Anna Beck (SFAM:s fortbildningsråd).

Fortbildning och lärande är en utveckling där poängsamling inte kan visa varken på förbättring av vårdkvalitet eller på professionalitet. Såväl den enskilde läkaren som arbetsgivaren, Socialstyrelsen och intresseföreningar har roller och uppgifter i en fungerande fortbildning.

En ansenlig skara entusiaster och intresserade doktorer samlades för att lyssna på Janet Grants forskning och sammanställning av vad professionell fortbildning är och vilken fortbildning och vilka fortbildningsformer som har visat sig vara effektiva. Efter en anslutande diskussion skissade deltagarna på en vision av hur fortbildningsriktlinjer kan bli möjliga och vilka uppgifter olika aktörer bör utöva i deras framtagning och underhåll.

Janet Grants föredrag

Hon definierade CPD (continuous professional development) som ”arbete och inläring efter specialistutbildningen”. Målet med denna fortbildning är främst att förbättra den tjänst (”the service”) som erbjuds. Detta inbegriper patientsäkerhet, vården, kostnadseffektivitet, att möta internationella standarder likväl som professionell utveckling och nöjdhet.

Det är på internationell nivå mycket vanligt att mäta fortbildningsaktivitet genom att samla poäng. Det finns ingen evidens för att antal poäng ger en förändring i praktisk handläggning/arbete. Det finns heller ingen rationell bas för poängfördelningen, dvs. koppling mellan tilldelade poäng till specifik fortbildning och dess värde för den enskilde eller arbetsplatsen. Tvärtom har man sett motsatt effekt; ju fler poäng desto sämre vårdkvalitet (möjligtvis att poängsamling kräver mycket frånvaro från arbetsplatsen).

Den uppenbara fördelen med poäng är att det ger intryck av att fortbildning är viktigt och underlättar den byråkratiska apparatens registrering av fortbildningsaktivitet.

Just hur man kan mäta fortbildningseffekter har visat sig vara svårt. Det är många interagerande variabler som spelar in, inte minst de lärande, den specifika fortbildningsaktiviteten, den förändring i den enskilde som fortbildningen åstadkommer, den förändring som sker i den professionella vardagen och de förändringarna i vårdkvaliteten.

Är det en föreläsning, att själv läsa en bok, att reflektera med kollegor under ett möte eller patientfallsdiskussioner som är bäst? Det är högst individuellt, och man har kunnat identifiera mer än fyrtio olika fortbildningsmetoder som doktorer kan lista för bra eller effektiv fortbildning.

En mycket viktig aspekt som belystes var att lärande är en process och ingen händelse.

Fortbildning och lärande ska dock ändå vara reglerat, trans-

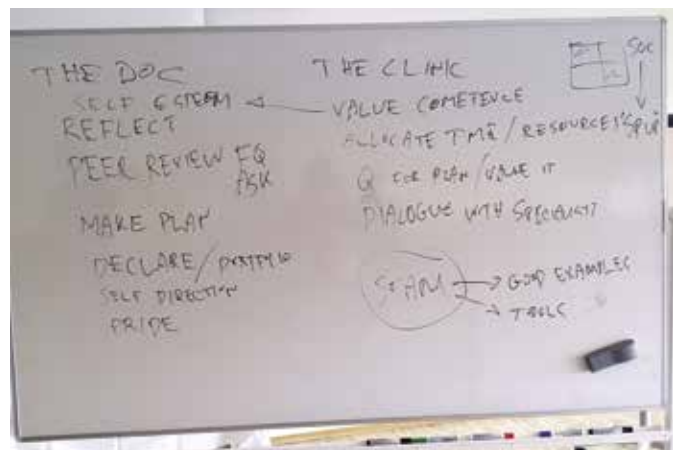


Fr.v. Anna Beck, Torbjörn Ledin, Gösta Eliasson, Janet Grant.

parent och tillförlitlig, kostnadseffektivt, baserat på effektiva inlärningsmetoder, relevant för just den arbetsplatsen och motsvara den individuella läkarens intressen.

Janets förslag var att bygga ett fyrstegssystem kring CPD processen:

1. **Vad?** Identifikation av behoven genom exempelvis reflektion med en kollega och/eller analys av behoven från arbetsplatsen (exempelvis patienters behov). Med detta tas in personliga behov, professionens utveckling och vårdsystemets behov.
2. **Hur?** Planering hur lärandet ska ske. Exempelvis genom en personlig utvecklingsplan. Här skapas ett transparent dokument för uppföljning.
3. **Att göra!** Genomföra lärandet i den mån som svarar mot behoven, individen och omständigheterna. Detta gör lärandet individuellt effektivt.
4. **Använd!** Reflektera inläring, återge till andra/arbetsplatsen, visa effekten. ➡



Deltagarnas skiss över olika aktörers uppgifter i framtagning av fortbildningsriktlinjer.



Ett föredömligt exempel som Janet nämnde var den engelske "Solicitors Regulation Authority" [1] som följer just dessa fyra steg i sina krav för den professionella kvalitetsgarantin. Janet anser att det krävs en formalisering av denna process och att den gärna ska utmynnas i en årlig självdeklaration för ackreditering eller (re)certifiering.

Diskussionen

I anslutning följde en kortare diskussion med deltagarna.

En punkt här var att fortbildning inte alls kräver frånvaro från arbetsplatsen. Däremot är tiden på arbetsplatsen en eftertraktad resurs. Här behöver cheferna prioritera tydligare för att skapa möjligheter för att fortbildning kan ske på arbetsplatsen.

Här uppmanade Janet att läkarna och speciellt allmänläkarna inte ska ta på sig fler och fler bördor och fortsätta att arbeta under oacceptabla förutsättningar.

En slutledning var att poängsystem tenderar till att infantiliserar vuxna människor som redan övertydligt har visat att de klara av att styra över sin professionella utveckling genom idel självstyrd lärande under flera års yrkesutbildning på både universitet och arbetsplats.

Reflektion

När det inte finns evidens för att antal poäng är kopplade till vare sig effekt på vårdkvalitet eller kunskapsökning är detta en viktig signal för alla som vill skapa och styra fortbildningsriktlinjerna att tänka om och inte följa internationella exempel.

Aktörer och deras roll för framtagning av nationella fortbildningsriktlinjer

Läkaren

- Läkaren behöver reflektera i en kollegial process (FQ grupp, ASK)
- Ha en värdegrund för att underhålla kompetens/ att ta kompetensfrågor på allvar (stolthet)
- Självstyrt
- Gör en plan eller självdeklaration: håller det enkelt

Arbetsgivaren

- Värderar kompetensen högt
- Sätter av tid (pengar, frånvaro från produktionen).
- Frågar efter självdeklarationen. Krav på denna kan endast infrias om tid (pengar, ledighet) ges
- Chefer, landstingsledning rapporterar tillbaka – vad har de lärt sig från doktorernas självdeklaration, vilka förändringar krävs (skapar ett självlärande system)
- Aktivt hör efter om tid eller andra resurser behövs

SFAM, Svenska Läkaresällskapet och övriga organisationer

- Står för förebilder, yrkesstolthet, empowerment
- Plattform för goda exempel
- Tar fram verktyg för att sprida nationellt stöd på lokal nivå

Socialstyrelsen

- Ordnar kvalitetsgranskning av CPD ("SPUR-inspektion")

Dessutom är det svårt att kunna mäta effekten av fortbildning generellt. Att den enskilde närvarar på en föreläsning säger inte att hen tar emot och bearbetar eller omsätter den information som ges. Olika metoder för effektmätning föreslås såsom mätningar av patientnöjdhet, kvalitetsregister, mindre studier och mätning av nöjdhet på arbetsplatsen, beroende på ämnet i fortbildningen. Men slutligen är det professionen som ska ha tolkningsföreträde för att bedöma och avgöra fortbildningens värde.

"Vad är då god fortbildning? – Framförallt att sluta slösa tid med en värdelös poängjakt och koncentrera sig på det väsentliga!"

Att lärande är en process och ingen händelse stärks av en självdeklaration där det är den enskilde som upplever ett incitament som driver inläring och förändring. Utan en inre motivation minskar chanserna för en varaktig ändring av praktiken.

CPD som ju inte bara innefattar inläring eller fortbildning utan även utveckling är en grundläggande och väsentlig beståndsdel av vår profession och sker inte separat från arbetet utan framförallt i eller under det vardagliga kliniska mötet med patienterna, teamet, kollegorna. Det är av yttersta vikt att det ges utrymme för den utvecklingen och den tillhörande reflektionen och inövning av nya färdigheter/kunskaper (helst) på arbetsplatsen. Det är då varaktig förändring kan få förtästa.

Janets exempel av en god fortbildningsprocess genom skapandet av en portfölj är något som tilltalar mig mycket. Ansvaret ligger hos den enskilde att tillsammans med en kollega belysa behovet av fortbildning, planera den, genomföra den och i anslutning reflektera över det som skett. Den dokumentationen som tillhör denna process är basen för den fortlöpande processen i det professionella arbetet. Denna dokumentation ägs då av kåren och kan användas som förutsättning för en recertifiering om så önskat. Just denna process är i princip det som tränas och övas under ST-utbildningen, här dock med ett betydligt större krav på dokumentation av förvärvat kunskap och fortskridande kompetensutveckling.

Vad är då god fortbildning? – Framförallt att sluta slösa tid med en värdelös poängjakt och koncentrera sig på det väsentliga!



Anna Beck

Örnäsets hälsocentral, Luleå
anna100175@hotmail.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Continuing competence toolkit. Solicitors Regulation Authority. Hämtat 9.11.2017. <https://www.sra.org.uk/solicitors/cpd/tool-kit/continuing-competence-toolkit.page>.
2. Grant J, The good CPD guide, 2 upplaga, Radcliffe Publishing Ltd, 2011.



ASK – att bygga fortbildning på kunskap om vad du redan kan

ASK, allmänläkares självvärdering i kollegial dialog, är ett sätt att planera din fortbildning så att den blir intressant, rolig och effektiv [1]. Du granskar själv din kompetens och dina behov av att utveckla den. Det gör du i dialog med en kollega som du själv väljer. Utifrån de tankar det väcker formulerar du en fortbildningsplan för några år framåt.

ASK bygger på de principer som ligger till grund för SFAM:s nya riktlinjer för fortbildning [2], antagna våren 2017 (s. 13). Riktlinjerna utgår från att planering av fortbildning ska baseras på någon form av självvärdering, där läkaren analyserar sin nuvarande kompetens och bedömer vad som behövs för att bibehålla, utveckla och förnya den. Till grund för riktlinjerna ligger policydokument från World Federation for Medical Education (WFME) och WONCA (allmänläkarnas världsorganisation) och de stämmer överens med de principer som SFAM har tillämpat sedan början av 1990-talet.

Innehållet i ASK

A. Din ASK-kollega ser hur du arbetar i vardagen – medsittning med återföring

ASK-kollegan sitter med under en hel eller halv arbetsdag vid patientbesök och andra arbetsuppgifter. Tid avsätts för gemensam reflektion efter varje patient och/eller samlat i slutet av dagen. Du får återföring i dialog muntligt, gärna även skriftligt, och du dokumenterar vad utbytet varit. Videoinspelning kan gärna användas som komplement.

B. Komplettera med något eller några andra moment som underlag för reflektion

Här är exempel på moment som har använts inom projektet ASK.

Dagbok: Skriv en arbetsdagbok under någon eller några dagar, och reflektera över vardagspraktiken. Låt ASK-kollegan läsa. Reflektera över vad dagboken säger om kompetens och fortbildningsbehov.

Curriculum Vitae: Du kan utgå från gamla intyg om tjänstgöringar och kurser, eller gamla tidböcker, dagböcker eller årskalendrar.

10 händelser: Beskriv tio (eller åtta eller tolv) viktiga händelser som format din allmänmedicinska yrkesidentitet.

Kvalitetsuppföljning: Använd något av de verktyg som finns, till exempel PV-Kvalitet, för att se hur du faktiskt gör i vardagspraktiken.

Medicinska kunskaper: Ett sätt är att använda det skriftliga provet i specialistexamen – hela det senaste provet eller valda

uppgifter från tidigare prov. En del tidskrifter har kunskapstest. Eller välj ut några diagnoser, skriv själv hur du brukar hantera dem, och kolla tillsammans med din ASK-kollega mot vederhäftiga källor.

C. Fortbildningsplan – resultatet av din ASK

Skriv en sammanfattning av vad du gjort i din ASK och vad du planerar att göra för att bibehålla och utveckla din kompetens. Du kan till exempel använda följande punkter:

- Dessa moment ingick.
- Detta vill jag göra för att behålla och utveckla mina starka sidor.
- Detta vill jag göra för att täcka mina luckor och utveckla min kompetens.
- Dessa utvecklingsmöjligheter vill jag utnyttja.
- Detta vill jag göra för att motverka de hinder som kan finnas för utveckling.

ASK-nätverket inom SFAM

ASK-nätverket [2] håller seminarier varje höst, där du kan få inspiration och hjälp att komma igång. Nätverket brukar också ha en poster eller ett seminarium vid SFAM:s vetenskapliga kongress på våren. Nyhetsbrev läggs på SFAM:s hemsida några gånger om året.

Kontaktperson är Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com. Hör av dig om du har frågor eller vill komma med i nätverket och dess e-postlista.

Karin Lindhagen
Uppsala
karin.lindhagen@sfam.se



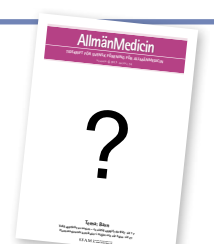
Referenser

1. ASK-nätverkets hemsida <http://www.sfam.se/foreningen/rad/kompetens-varderingsradet-ask>, hämtad 2017-10-13.
2. SFAM:s riktlinjer för fortbildning <http://www.sfam.se/foreningen/sfamytycker/policydokument>, hämtad 2017-10-13.

Omslagsbild sökes!

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

Skicka till: chefredaktor@sfam.se.



Annons



Omskolningsprojektet i Stockholm fick inte fortsätta

I spåren av den ekonomiska krisen 1990, då i stort sett alla ST-tjänster i allmänmedicin drogs in, uppstod en brist på specialister i allmänmedicin. Under åren 1999–2006 drevs i Stockholms läns landsting projektet Specialistutbildning i allmänmedicin för erfarna läkare.

Conny Svensson var, tillsammans med Annika Eklund-Grönberg och Anna-Karin Furhoff, med från början:

Målsättningen var att allmänmedicinare som redan fanns skulle trivas och stanna. Det inrättades fler ST-tjänster och förvaltningen gav medel för att starta kompletteringsutbildning för erfarna läkare, dvs. andra specialister, för att de skulle bli allmänmedicinare.

Ett utskick gick till 2000 erfarna kollegor med andra specialiteter. Som information erbjöds de ett 24-timmars seminarium "Nyfiken på allmänmedicin?" och de som ville kunde "pröva på" i tre månader på vårdcentral.

För "pröva på"-tiden var det viktigt att arbeta på en välfungerande mottagning och ha bra handledning. Lönen var bibehållen, projektet betalade de tre "pröva på"-månaderna. Varje vecka ordnades allmänmedicinska seminarier.

I slutet av "pröva på"-tiden stämde vi tillsammans med studierektor av hur en ST-plan för att bli allmänmedicinare skulle se ut. Om kollegan då var intresserad startade planerna för en dubbelspecialisttjänstgöring.

Dubbelspecialisttjänstgöringen utgick från målbeskrivningen och innehöll mycket allmänmedicin. Läkaren var anställd på vårdcentralen och hade rygg-säckspengar för sidoutbildningarna.

Sammanlagt 160 specialister deltog på Nyfiken på allmänmedicin-seminarierna. 73 stycken provade på och 48 blev specialister i allmänmedicin. Efter några år var det ca 35 som arbetade som allmänmedicinare.

Projektet avslutades i samband med hård budgetbantning 2006. Ledningen i Stockholm förlitade sig på att det skulle bli övertaliga läkare på våra universitetssjukhus i den allmänna budgetbantningen.

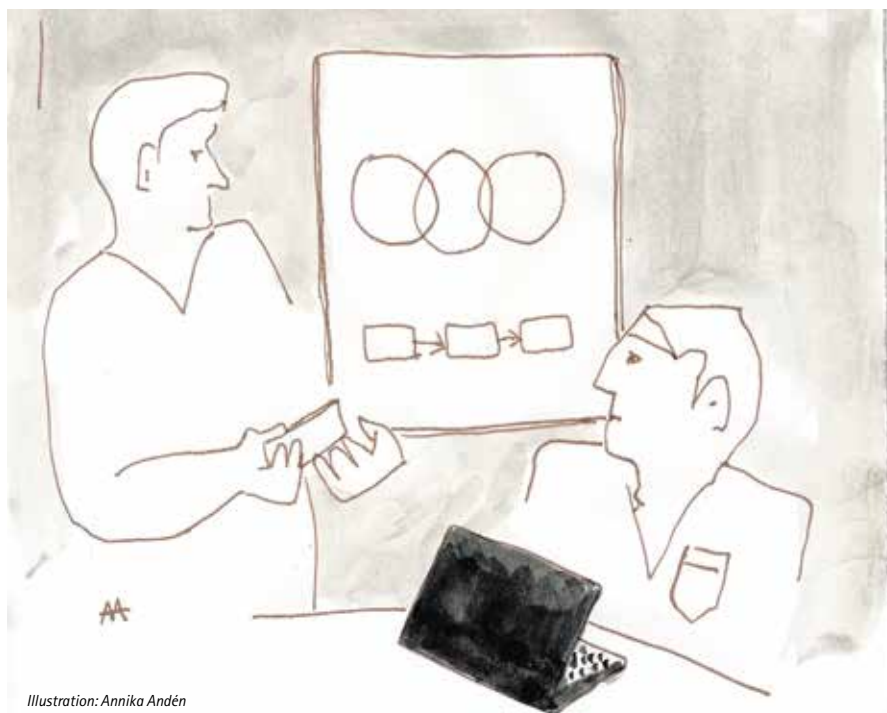


Illustration: Annika Andén

Utmaningen var att allmänmedicinaren ser samma människor med olika åkommor medan specialisten ser samma åkomma hos olika människor. Vidden och kraften i allmänmedicin blev klar för mig genom att arbeta med att utbilda andra erfarna läkare.

Eva Smitterberg var med de sista åren:

Personligen tycker jag att det var ett utomordentligt bra sätt att rekrytera allmänläkare till primärvården. De som ville prova på var specialister inom många områden och krävde olika komplettering. Vi gjorde en plan tillsammans med respektive studierektor när det gällde sidoutbildningar, kurser m.m. Huvudsakligen var det dock primärvård med bra handledning som gällde.

Övergången till att bli allmänmedicinare var nog lättast för internmedicinare och geriatriker. Vid hade många olika specialister – bl.a. infektionsläkare, labbläkare, onkologer, rättsmedicinare och en transfusionsmedicinare. Det gick bra med dem också. Centralt var att de hade

bra handledning och bibehållen lön, dvs. inte ST-lön.

Conny och jag höll i seminarierna varje vecka. Vi diskuterade specifika ämnesområden eller ett allmänmedicinskt arbetssätt.

När jag efter projektet blev studierektor stod det klart för mig hur bra detta var. Vi tillförde en massa kunskap till primärvården som vi kunde använda internt. Antalet remisser till specialister kunde minskas och vårdkedjan kortas. Vad gäller ST-läkare kunde de inhämta en hel del kunskap på vårdcentralen i stället för att sidoutbilda sig.

Det var en sorg för oss att projektet lades ner!



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Standardiserat utbildningsprogram för läkare från utomnordiska länder

Detta är en bearbetad version av abstrakt till SFAM:s kvalitetsdag 2017.

En skräddarsydd standardiserad introduktion för utlandsutbildade läkare inom allmänmedicin med praktiskt patientarbete och kontinuerlig uppföljning har visat sig vara ett framgångsrikt koncept.

Specialister i allmänmedicin (allmänläkare) saknas på många vårdcentraler, särskilt på mindre orter. I Boråsområdet rådde stor allmänläkarbrist 2012, vilket ledde till höga hyrläkarkostnader och risk för den medicinska säkerheten. Man startade ett projekt för att rekrytera allmänläkare från utomnordiska länder. För att kunna få en hög kvalitet planerades standardisering av introduktionen för utlandsutbildade läkare med målet att kunna behålla personalen och minska kostnaderna för hyrläkare på sikt.

Närhälsan Fristad vårdcentral ligger cirka en mil norr om Borås. Upptagningsområdet är drygt 10 000 invånare. Vårdcentralen har sedan många år en stabil läkarbemanning. Närhälsan är den offentligt drivna primärvården i Västra Götalandsregionen (VGR), och Fristad tillhör primärvårdsområde 7 med 15 vårdcentraler.

År 2014 skapades på Närhälsan Fristad en kvalificerad utbildningsvårdcentral med särskilt uppdrag för primärvårdsområde 7. Utbildningsvårdcentralen är ett komplement till regionens PLUS-program [1] med nära samarbete. Förutom introduktionsprogram för specialister erbjuds provtjänstgöring för läkare från tredje land (utanför EU/EES) och bedömningar av ST-läkare.

Projektet utbildningsvårdcentral har som mål att bli en fast regional institution för Västra Götalandsregionen, som kan gynna standardiserad introduktionsutbildning och valideringsarbete inom allmänmedicin.

Upplägg

Varje termin antas 5-8 läkare till programmet. Det inleds med 6-8 månaders arbete under intensiv handledning med 3-4 dagars arbete på utbildningscentrum och en dag på hemvårdcentralen, där läkaren är anställd. Varje fredag tränas praktiska färdigheter och genomförs en fördjupning i olika ämnen i seminarieform.

1. Länk till utbildningsenheten: <https://www.narhalsan.se/hitta-mottagning/boras/narhalsan-fristad-varldcentral/>
2. Länk till Facebook: <https://m.facebook.com/narhalsanutbildningsvardcentraler/>
3. Program för Lärande och Utveckling i Svensk hälso- och sjukvård för utlandsutbildad personal: <http://www.vgregion.se/jobba-i-vgr/utbildning-och-kompetens/plus/>



Erfarna distriktsläkare agerar som handledare. Efter patientbesöket går handledaren igenom diagnos, behandlingsmetod och eventuella frågor för att trygga patientsäkerheten. När handledaren bedömer att läkaren kan arbeta mer självständigt finns handledaren till hands som en resurs efter varje patientbesök och för att ge stöd vid administration.

Under introduktionsperioden sker värdering varannan månad. All personal från vårdcentralen deltar aktivt i värderingar, som genomförs enligt framtagna mallar. Patientens synpunkter är också viktiga för att utvärdera utbildningsläkarna och utbildningscentrums verksamhet.

Med en individuell studieplan efter drygt ett halvår går varje läkare vidare med tjänstgöringen på sin fasta anställningsplats. Fortsatt handledning och värdering sker på "hemvårdcentralen", eventuellt på distans via Skype om "hemvårdcentralen" saknar egen resurs.

Resultat

Kostnaderna för hyrläkare minskade från 2014 till 2016 med 31,8 miljoner. Antal specialister i området ökade under samma period med 15 stycken.

I programmet togs det in 32 specialister och 8 ST-läkare från Grekland, Polen, Frankrike och Litauen. 70 % av specialisterna var kvar i området efter två år. 20 % flyttade inom Sverige, mest pga. familjeskäl, dvs. att partnern inte har fått arbete i området. Övriga reste tillbaka till sina hemländer.

En annan viktig effekt är högre patientsäkerhet och kvalitet pga. standardiserade rutiner och bättre kontinuitet. Under 2014-2016 gjordes ingen anmälan enligt Lex maria eller vårdskada, och vi hade inget ärende i patientnämnden. Fyra avvikelser på utbildningsvårdcentralen gällde remissflöde och dokumentation.

EU-läkarna har fått sin patientstam av kroniker under dessa år. En har blivit medicinsk rådgivare och en annan är nu programledare på utbildningsvårdcentralen. Många har blivit uppskattade handledare för AT- och ST-läkare.

Gudrun Greim

Enhetschef

Specialist allmänmedicin, internmedicin,
hematologi, onkologi
Närhälsan Fristad vårdcentral
gudrun.greim@vgregion.se





Allmänläkarkonsulter i Skåne

AKO Skåne – allmänläkarkonsulter – arbetar för samverkan mellan primärvårdens Hälsoval och den specialiserade sjukvården. Vi är en enhet inom Kompetenscentrum för primärvård i Skåne som arbetar producentneutralt.

Vårt uppdrag är att som producentneutral aktör för hela Hälsovalets primärvård arbeta för Region Skånes vision gentemot våra målgrupper i

- samverkan mellan Hälsovalet och specialiserad vård,
- kunskapsstyrningsfrågor i Hälsovalet,
- kompetensutvecklingsfrågor för läkare i Hälsovalet.

Målgruppen är samtliga allmänläkare och ST-läkare inom offentlig och privat primärvård inom Region Skåne samt de aktörer som arbetar med kunskapsstyrning och samverkan inom Region Skåne.

Vi har en hemsida på Region Skånes intranät som är lättåtkomlig även för externa användare (www.skane.se/ako). Här



Cecilia Erwander, AKO-koordinator Lund-Ystad, Sten Tyrberg, teamledare och AKO-koordinator Skåne NV, Ann Frödeberg, webbredaktör, Gunilla Malm, AKO-koordinator Malmö och framtidigt i bild Lina Johansson projektsekreterare.

finns ett videotek som innehåller en stor del egenproducerade filmer, med allmänläkare i dialog med slutenvårdsspecialister kring vardagsmedicinska problem. Webbinarier direktsänds och är möjliga att de i efterhand på vår hemsida.

Fyra koordinators, en webbredaktör och en projektsekreterare under ledning av teamledare Sten Tyrberg träffas var tredje vecka på AKO Skånemöten för att hantera gemensamma frågor. Vi utgör också redaktionsråd för riktlinjearbetet. Det finns ett fyrtiotal allmänläkarkonsulter som arbetar gentemot specialistkontakter på sjukhusen. Några av dessa arbetar specifikt med att arrangera fortbildning regionalt, utforma kunskapsstöd och rutiner för remisshantering.

AKO-koordinatorerna deltar i Regional medicinsk resursgrupp Allmänmedicin inom Södra Regionvårdsnämnden som träffas fyra gånger årligen. Vi samverkar med regionens kunskapsstyrningsenhet och olika sakkunniggrupper i region Skåne.

Det senaste året har det nationella kunskapsstödet varit i fokus med den nationella konferensen i Malmö i december som kulmen. Remisshantering, utbildningsenkät, labbeställningar, standardiserade vårdförlopp, upphandling av nytt IT-system (Sammanhållen Digital Vårdmiljö) är andra områden som vi har arbetat med.

I en region där primärvården är uppsplittrad på tre förvaltningar har AKO Skåne blivit en samlande kraft. Arbetet som AKO-koordinator är stimulerande och roligt!



Anders Lundqvist
AKO-koordinator Skåne NO
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com

Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin

Måndag – onsdag 15-17 januari 2018 på Stjärnholms slott utanför Nyköping.

Anmälan senast 20 december 2017. Du hittar anmälningsblankett och mer information om kursen på SFAMs hemsida: www.sfam.se. Gå gärna via kalendarier som du når på startsidan i högerspalten.

Kursen, ett tredagars internat, ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens, särskilt under och i slutet av ST. Den bygger på aktivt deltagande, och stor del av tiden ägnas åt arbete i små grupper med praktiska övningar. Samtliga moment i specialistex-

amen går igenom: portfölj, skriftligt prov, uppsats, praktikdag. Stor del av tiden ägnas åt bedömning av konsultationer samt träning att ge återföring. Videoinspelade konsultationer används som underlag.

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

Kontaktpersoner:

Ulf Måwe (ulf@mawe.se)

Robert Svartholm (polarull.svartholm@telia.com)





Lära för livet – och göra skillnad!

Svårt att få tid till fortbildning – resultat från en enkät om specialisternas fortbildning på Hälsovalets vårdcentraler i Region Skåne

Tidsbrist är den vanligaste orsaken till utebliven fortbildning visar en enkät till alla privata och offentliga vårdcentraler inom Region Skåne. Konkreta förslag från allmänläkarna är att ändra upplägget till fortbildning och att fortbildning i olika former blir mer prioriterat. Allmänläkarna behöver i samverkan med verksamhetschefen ta mer ansvar för sin fortbildning och till exempel planera fortbildning i läkargruppen i början av varje termin.

Varför valde vi att utbilda oss till läkare? Studenterna på läkarprogrammet svarar nästan samtliga: "Jag vill lära mig nya saker hela livet och vill göra skillnad för mina medmänniskor!"

Detta gäller studenter både i början och i slutet av utbildningen. Många uppger att de gärna skulle välja specialiteten allmänmedicin som karakteriseras av ett förhållningssätt med tydlig personcentrering – ta hand om hela patienten. Patientlagen från 1 januari 2015 [1] förordar just detta.

Tiden efter specialistkompetens är den längsta i arbetslivet. EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv förordar behovet av konti-

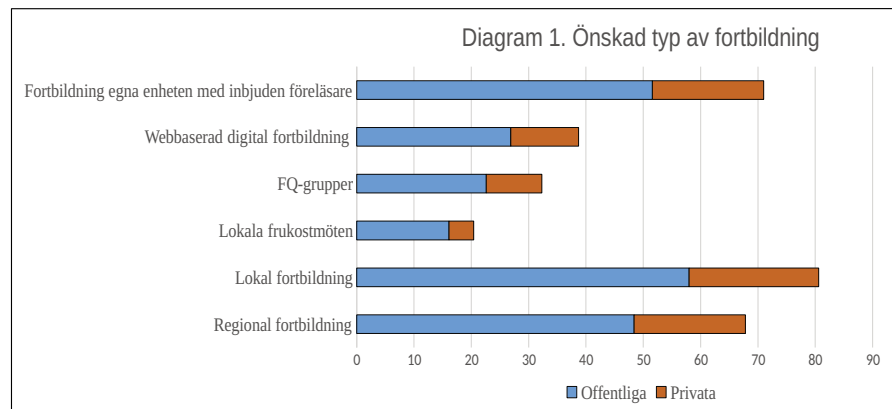


Diagram 1: Diagrammet visar procent av Hälsovalets vårdcentraler som angett önskad typ av fortbildning. Man kunde ange flera alternativ.

nuerlig professionell utveckling för alla specialister inom läkaryrket.

Det har hittills saknats en formaliserad planering för fortbildning efter specialistkompetens. Ansvar för fortbildningen ligger hos både läkaren och arbetsgivaren. I ackrediteringsvillkoren för hälsovalsenheter i Skåne [2] finns inga detaljerade krav på fortbildning.

Enkäten

Allmänläkarkonsult Skåne har ett ansvar att ge producentneutral fortbildning till läkare inom Hälsovalet, bland annat via videoteket, webinarier samt lokala och regionala fortbildningar. Många läkare

hade vittnat om svårigheter att få egen fortbildning och enheten ville undersöka orsakerna till detta.

Under januari 2017 skickades en enkät om fortbildning för specialister i allmänmedicin till alla vårdcentraler i Skåne. Enkäten gick ut till samtliga 153 hälsovalsenheter och totalt 93 svarade, varav 66 offentligt ägda och 27 privat ägda. Varje vårdcentral avgav ett gemensamt svar, man kunde ange flera orsaker i varje fråga.

Första frågan gällde orsak till att tvingas avstå från fortbildning. Tidspress och vakanta läkartjänster angavs över hela Skåne som mycket vanliga orsaker till att avstå fortbildning.

En annan fråga gällde önskad typ av fortbildning (Diagram 1). De flesta lyfte behovet av lokal (dvs. fortbildning anordnad lokalt i Skånes fyra områden Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö) och regional (dvs. Skånegemensamma ofta diagnosrelaterade fördjupningsheldagar) fortbildning. Man lyfte också fram fortbildningen på den egna enheten. Många önskade även webbaserad fortbildning via videotek och webinarier. De flesta önskade en blandning av katedrala föreläsningar och interaktiva fallbeskrivningar. Flera ämnesförslag för fortbildning kom fram varav de viktigaste var diabetes och psykisk ohälsa.

Diskussion

Det allt överskuggande hindret mot att använda de fortbildningsalternativ som finns beskrivs i termen tidspress, även

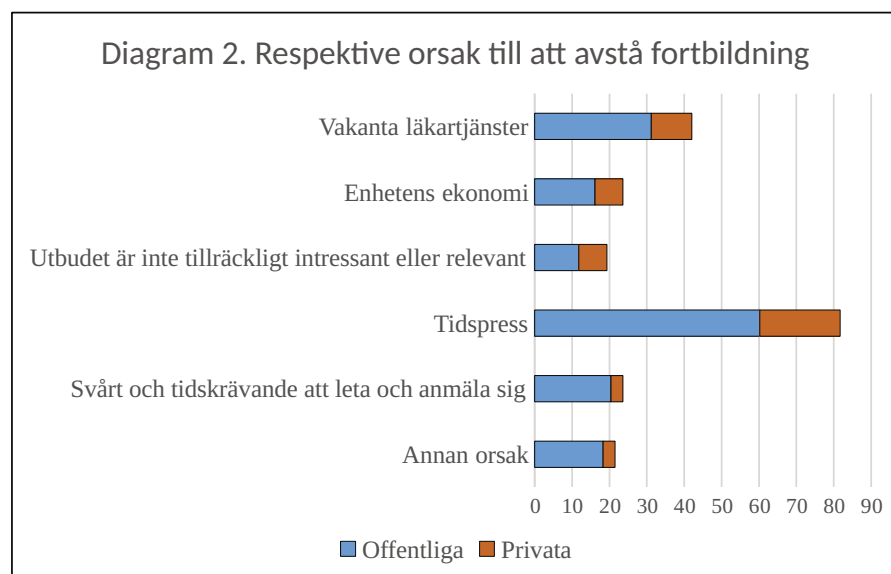


Diagram 2: Diagrammet visar procent av Hälsovalets vårdcentraler som angett respektive orsak att avstå fortbildning. Man kunde ange flera alternativ.



på vårdcentraler som inte har vakanta läkartjänster (Diagram 2). Verksamheten är inte organiserad så att läkaren känner trygghet i att kunna tillgodogöra sig fortbildning. Är man frånvarande från patientverksamheten får man ta igen dubbelt då man är tillbaka. I läkarutropet i Skåne i april 2017 menade 573 allmänläkare att arbetsmiljön blivit en riskfaktor för patientsäkerheten [3]. Brisande fortbildning är en orsak till detta.

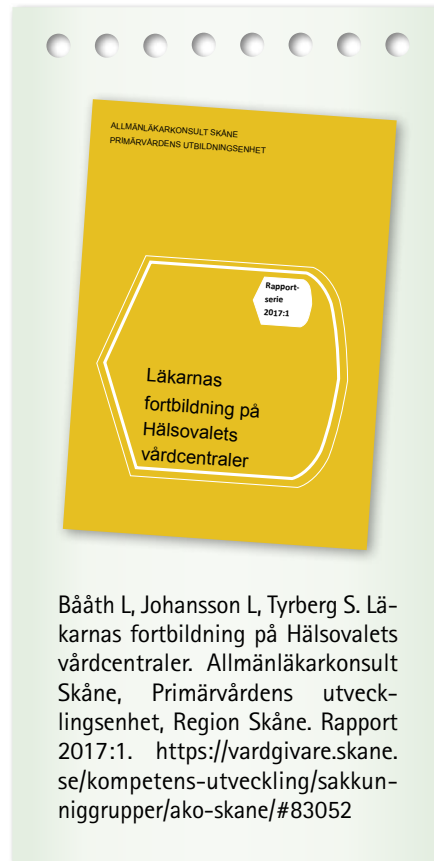
Förslag till förbättringar På den egna enheten

- Använda medarbetarsamtalet som utgångspunkt för planering av fortbildningen. Det dokumenteras och ger möjlighet till årlig uppföljning. Arbetsgivaren har en skyldighet att möjliggöra fortbildning för allmänläkaren. Se till att täcka alla områden kontinuerligt.
- Planera och fördela allmänläkarnas fortbildning i grupp inför varje termin innan mottagningstider och liknande schemaläggs.
- Schemalägg ST-läkare "hemvårdardagar" eller "-veckor" så att ST-läkarnas behov av att träna att ta mer eget ansvar kan samverka med allmänläkarnas fortbildningstillfällen.
- Schemalägg tid för läkargruppen att gemensamt ta del av videotek och webinarium.
- Schemalägg enskild kompetensutveckling.
- Ta tillvara och engagera pensionerade läkare som tillfälliga ersättare – gärna i stödjande samarbete med ST-läkare.

Förändringar som planeras inom Allmänläkarkonsult Skåne

Önskemålen om fler heltidsdagar, dubbelade tillfällen och olika pedagogiska former kommer att prövas från och med 2018. Dubbelade lokala heldagsfortbildningar planeras på samtliga fyra ställen (Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö) så att alla i läkargruppen har möjlighet att gå. Dessa ger flera kortare genomgångar av olika ämnesområden. Allmänläkarkonsult Skåne uppmuntrar dessutom mer deltagande i lokal fortbildningsdag i annan del av Skåne än där man arbetar!

Regionala heldagar (för närvarande sex per år) med fördjupning inom ett område åt gången av de stora folksjukdomarna finns redan. Konkreta primärvårdsfall ger möjlighet till multidisciplinära diskus-



Bååth L, Johansson L, Tyrberg S. Läkarnas fortbildning på Hälsovalets vårdcentraler. Allmänläkarkonsult Skåne, Primärvårdens utbildningsenhet, Region Skåne. Rapport 2017:1. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkun-niggrupper/ako-skane/#83052>

sioner med inbjudna organspecialister. Kurserna går i repris och uppdateras varje gång. Under 2018 och framåt försöker man successivt täcka relevanta områden.

Satsningarna på IT-baserad fortbildning i form av videotek och webinarier kommer att utvecklas och fortsätter under 2018.

Förslag från rapporten till Region Skåne

- Större utbud av avgiftsfri fortbildning.
- Stimulera fortbildning via Hälsovals-pengen.
- Skapa resursgrupper av pensionerade allmänläkarkollegor.
- Skapa ekonomiskt utrymme för fler ST-läkare.
- Skapa ekonomiskt utrymme så att alla vakanta allmänläkartjänster kan tillsättas.
- Renodla arbetsuppgifterna för allmänspecialisten.
- Skapa stabila IT-lösningar som reellt hjälper vid konsultationen.

Konklusioner

I sin djupa solidaritet med patienten försöker idag många allmänläkare både hinna med den personcentrerade vården och

administrativa bördor – vilket leder till "etisk stress". Läkaren är mer lojal med sina patienter än mot sig själv. Det är en mycket kortsiktig och patientosäker strategi.

Det är många olika aktörer som vill bestämma över vad och hur läkaren ska göra och vad det får kosta men det medicinska ansvaret måste läkaren ta. Otillräcklig fortbildning är ett arbetsmiljöproblem i det sammanhanget. Att vara läkare innebär mer än att läsa algoritmer och vårdprogram.

Ett personcentrerat arbetssätt är beroende av adekvat fortbildning, arbetstillfredsställelse och sammanhållning i personalgruppen på vårdcentralen. Detta ger ett relevant lärande i vardagen.

Den viktigaste fortbildningen är den som vardagen ger med kliniska falldiskussioner och medbedömningar av vissa patienter. Tidsbrist gör dock att mycket av detta sätts på undantag. Detta borde istället genomsyra vardagen.

Återupprätta respekten för konsultationen genom att omorganisera dagens sjukvård så att mötet mellan patient och läkare blir det mest centrala och har högsta prioritet. Då kommer läkare att kunna lära för livet och göra verklig skillnad.



Sten Tyrberg

Ramlösa vårdcentral
Båda Allmänläkarkonsult Skåne



Lena Bååth

Lomma vårdcentral
Båda Allmänläkarkonsult Skåne

Referenser

1. Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:821. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 Hämtat 6.11.2017.
2. Förfrågningsunderlag för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2017. Förslag till beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-11-23. Region Skåne. https://www.skane.se/Public/Protokoll/Beredningen%20f%C3%B6r%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd,%20psykiatri%20och%20tandv%C3%A5rd/2016-11-21/Ackrediteringsvillkor%20v%C3%A5rdcentral%202017/Ackrediteringsvillkor%202017%20VC_2016-11-15.pdf Hämtat 6.11.2017.
3. 573 läkare i Skåne kräver ändring i gemensamt upprop. Trygg vård 25.4.2017. <http://tryggvård.se/573-lakare-i-skane-kraver-andring-i-gemensamt-upprop/> Hämtat 6.11.2017.



Den XIV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

SFAM Q (kvalitets- och patientsäkerhetsrådet) anordnade den årliga kvalitetsdagen den 5 oktober 2017. Det samlades nästan 100 personer från hela Sverige på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm, både för att dela med sig av sina erfarenheter och för att ta del av andras goda exempel.

Årets tema var **säker primärvård med hög kvalitet – utmaningar och lösningar**. Dagen inleddes med att SFAM Q hälsade alla välkomna och Rita Fernholm, ordförande i SFAM Q, berättade om patientsäkerhet och vad detta innebär i primärvården. Till stor del handlade det om risken för att missa allvarliga diagnoser eftersom det utgör en majoritet av lex Maria-fallen i primärvården.

Under dagen genomfördes två workshops om patientsäkerhet. I den ena diskuterades autentiska lex Maria-fall för att reflektera kring hur man kan minska riskerna för att missa allvarliga diagnoser. Den andra workshopen handlade om primärvårdsindikatorer som är kopplade till patientsäkerheten och hur kan primärvården bli säkrare med hjälp av dem.

Nio förbättringsarbeten presenterades. Två av projekten fick dela på utmärkelsen "Bästa kvalitetsprojekt 2017":

"Man kanske inte behöver ha alla medicinerna?" Äldres erfarenheter av läkemedelsgenomgångar och läkemedelshandtering – en intervjustudie med Madelene Ljungars från Jönköping var det ena.

Motivering: Ett öppet sinne för patienternas upplevelser, synpunkter och behov, tillsammans med ifrågasättande av gamla sanningar, har visat värdet av att tänka mer än en gång, innan nya metoder för läkemedelsgenomgång införs.

"Standardiserat utbildningsprogram för läkare från utomnordiskt land" av Gudrun Greim från Borås var den andra. (se s. 22)

Motivering: För framtagande och genomförande av ett praktiskt, strukturerat och primärvårdsanpassat introduktionsprogram med klinisk handledning för utlandsutbildade läkare i syfte att utveckla ett allmänmedicinskt och patientcentrerat arbetssätt.



Aneez Esmail, Manchester.



Programmet studeras intensivt.

Gästföreläsare var Aneez Esmail, professor i allmänmedicin och expert inom patientsäkerhet från University of Manchester, Storbritannien, som berättade om vilka aspekter man ska ha i åtanke när man pratar om patientsäkerhet. Brist på tid, teamarbete och lågt patientengagemang påverkar patientsäkerheten negativt. Han

poängterade vidare vikten av kontinuitet för patientsäkerheten. Patientsäkerhet borde ingå i större grad redan under utbildningen av läkarstudenter och kollegor.

IVO gästade dagen och pratade om sin senaste rapport där de undersökt fenomenet hyrläkare och dess koppling till patientsäkerhet inom primärvården.



Frukostmingel.



Dataskärmar studerades intensivt.

Alla foto: Ingrid Eckerman

Rapporten går att läsa på IVO.se. Många vårdcentraler har svårt att bemanna sina verksamheter med fast anställd specialistutbildad personal. Den bristande kontinuiteten leder i sin tur till minskad effektivitet, brister i kvalitet och en ökad risk för vårdskador.

Ringla var där hela dagen och filmade,

och filmerna kommer läggas ut på ringla.nu. Sök på "kvalitetsdag". Utställningarna från SKL med bl.a. genombrott.nu och PrimärvårdsKvalitet, Collabodoc, Medrave och Doctrin var välbesökta. Dagen var full med interaktioner, diskussioner och mingel. Vi hoppas att vi ses nästa kvalitetsdag 15/11 2018!

Save the Date: 15 november 2018

Tema: Initiativet är vårt! Hur kan IT stöd stärka kvalitén i primärvården? – föreläsningar, förväntningar och farhågor.

Alla abstrakt och mer om dagen kan du läsa på <http://www.sfam.se/forening-en/rad/kvalitetsdagar-2007-2016-nationella-kvalitetsdagen-2017>.



Nimisha Chanduka
Tureberg vårdcentral
Ledamot SFAM Q
nimisha_24@hotmail.com



Rita Fernholm
Boo vårdcentral
Ordförande SFAM Q



Rita Fernholm, ordförande i SFAM Q, pristagarna Madelene Ljungars och Gudrun Greim samt kvalitetsgeneralen Lennart Holmquist.



Skopelos.

Foto: Tomas Berglund.

Workshop i Grekland blev allmänmedicinsk vitamininjektion

Under en vecka på ön Skopelos i Grekland samlades tolv deltagare och åtta lärare (varav två via distanslänk) för en intensiv och inspirerande workshop i allmänmedicinsk fortbildning. Flera av deltagarna vittnade om att de fått ny kraft och stimulans att vidmakthålla den allmänmedicinska glöden och att sprida den till kollegor.

Kursarrangör var dr Ulf Måwe med stöd av SFAM. Kursdeltagarna och lärarna kom från olika orter runt om i Sverige och hade varierande ålder. Utmärkande var deras gemensamma intresse för att arbeta med, och utveckla, allmänmedicinsk fortbildning, samt att stärka den allmänmedicinska professi-

onen. Det var tydligt under veckan att detta kan ske i många olika former. Bland deltagarnas särskilda intressen fanns bland annat ortopedisk medicin, kunskapstest, handledning och studierektorskap.

Kursledaren, Ulf Måwe, säger sig ha sett ett stort behov av gemensamma kraftsamlingar runt allmänmedicinska frågor. Sådana har förekommit tidigare, och har då bland annat lett fram till specialistexamen, mitt-i-ST, interaktiv pedagogik och problembaserat, självstyrt lärande. En förutsättning för att både orka med vardagsarbetet och delta i allmänmedicinsk utveckling är att det finns möjlighet att möta kollegor, utbyta tankar och att reflektera.

Kursledare



Ulf Måwe



Karin Lindhagen



Robert Svanholm



Gösta Eliasson



Hanna Åsberg



Torbjörn Ledin



Videokonferens med Henry Egidius och Carl-Edvard Rudebeck.

Foto: Tomas Berglund.

– De flesta av oss brinner för något, eller funderar i alla fall över någon grej man vill förverkliga. Ofta stannar det vid önskingar, eftersom vardagen tar så mycket kraft. Att kunna varva ner och ingå i en kollegial grupp gemenskap på det här viset gör att tankar och idéer blir mer konkreta och att önskingarna kan bli verklighet.

Förhoppningen är, säger Ulf Måwe, att workshopen ska fortgå och bilda ett levande kontaktnät så att den kollegiala dialogen fortsätter. SFAM:s roll skulle då vara att stödja ett nätverk för allmänmedicinsk pedagogik och lärande. Intresserade allmänläkare får i ett sådant nätverk möjlighet att genomföra en individuell lärandeprocess som leder till fördjupad kompetens inom allmänmedicinsk fortbildning, värdering och utveckling.

– Jag ser inte denna workshop som en engångshändelse, utan som början till en nationell plattform för de av oss som vill utveckla kunskaper och färdigheter inom det pedagogiska området och skapa fortbildning ”av, med och för allmänläkare”. Det fungerar som ett ”folkuniversitet” inte minst för de som även har ansvar för utbildning och fortbildning av sina kollegor.

Den anda och de idéer som kännetecknar den här workshopen kan enligt kursledaren Ulf Måwe spridas som ringar på vattnet så att fler ansluter sig till nätverket.

– Jag är övertygad om att deltagarna kommer att vilja sprida sin entusiasm och sina erfarenheter till kollegorna på jobbet och i andra sammanhang. SFAM har en jätteviktig uppgift genom att vara en nationell plattform för lärande så att pedagogiken utvecklas i enlighet med den fortbildningspolicy som föreningen nyligen antagit.

Lärare på distans var *Carl Edvard Rudebeck*, professor i allmänmedicin, och *Henry Egidius*, pedagogisk nestor. Rudebeck

talade bl.a. om ”relationister”, d.v.s. allmänläkare som är djupt intresserade av relationen mellan patienten och läkaren. Egidius är involverad i utveckling av allmänmedicinsk pedagogik och har medverkat till SFAM:s policydokument om riktlinjer för fortbildning. Trots att den grekiska kommunen i Skopelos inte alls hade hållit vad de lovat till den offentliga konferenslokalen – bl.a. snabb internetuppkoppling – lyckades kursledaren Ulf Måwe med hjälp av sin IT-tekniker ordna en fungerande kommunikation över nätet.

Kirsten Nilsson, samordnare för mitt-i-ST, och *Karin Lindhagen*, samordnare för specialistexamen, berättade om hur processerna för mitt-i-ST och specialistexamen fungerar i SFAM. Båda beskrev hur givande det är att få träffa ST-läkare och nyblivna specialister på olika vårdcentraler runtom i Sverige. De efterlyste fler värderare för mitt-i-ST respektive examinatorer för specialistexamen och bjöd in till vecka 3-kurs.

Robert Svartholm berättade om ASK-nätverket. ASK står för allmänläkares självvärdering i kollegial dialog och är ett sätt att värdera och återkoppla kompetens hos en specialist i allmänmedicin. ASK rekommenderas för den som varit specialist i ca 5 år eller längre. ➡

Vecka 3-kurs är en kurs som hålls mån-ons i vecka 3 varje år och är en utbildning för att bli värderare för mitt-i-ST eller examinator för specialistexamen, men som även utgör fördjupningskurs för studierektorer och handledare. Kursen annonseras på SFAM:s hemsida.



Målen med workshopen var

- att öka pedagogisk kompetens och kunskaper om fortbildning hos deltagarna.
- att utveckla förmågan att lägga upp, organisera, leda, genomföra och utvärdera fortbildningsaktiviteter i allmänmedicin.
- att själv kunna delta i utformning och genomförande av en eller flera alternativa modeller och/eller projekt inom fortbildningsområdet samt att kunna tillämpa dessa för allmänläkare.
- att tillägna sig metoder som kan användas för att öka kraften och snabbheten i utvecklingen mot bättre fortbildning. SFAM är en viktig plattform för detta arbete.

Gösta Eliasson, medlem i Fortbildningsrådet och facklig sekreterare i SFAM:s styrelse, berättade om CPD (continual professional development), presenterade ett tidigare föredrag av Janet Grant, professor och medicinsk pedagog från Storbritannien, samt visade SFAM:s nya riktlinjer om allmänmedicinsk fortbildning.

Hanna Åsberg, ordförande för SFAM, förklarade att SFAM kan fungera som ett stöd och ramverk och i vissa fall finansiellt stöd för den som driver lokala fortbildningsprojekt. Hon bad deltagarna att kontakta styrelsen om man önskar sådant stöd. Hon uppmanade också deltagarna att fungera som ambassadörer för att sprida fortbildning till sin arbetsplats och till andra allmänläkarkolleger i närområdet.

Torbjörn Ledin, ordförande för Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation, berättade om utbildningsstrukturen från termin 1 på läkarutbildningen och framåt i relation till det kontinuerliga lärandet under hela yrkeslivet som läkare.

Citat deltagare

Remy Waardenburg Workshopen fick den allmänmedicinska själen att växa litet grann på mig. Vi har väl alla en tendens att fokusera på det medicinska, och jag vill lära min ST-läkare att reflektera. Att kunna ta ett bredare ansvar än det rent medicinska.

Anna Falk Jag kommer inte att tröttna på att försöka se positivt på arbetet och jag vill stötta de kollegor som inte ser det lika positivt. Som studierektor upplever jag en mystisk dubbelhet i att stödja ST-läkarna i deras lärande samtidigt som jag kan tvingas underkänna.

Britt Bergström Jag är studierektor och har gått kursen "Leading for change" och har redan ett projekt på gång. Det mest värdefulla med workshopen är att få träffa engagerade kollegor och få diskutera med dem.



Sofia Lavén Min plattform, förutom allmänmedicinen, är motiverande samtal och samtalsmetodik. Det har blivit tydligare att det är två olika ben. Nu har jag fått nya perspektiv, för i gruppen finns många olika intresseområden representerade.



Karin Hed Jag är studierektor och har fått idéer och tips, bland annat modeller för självvärdering. Jag har också fått klart för mig vikten av att ST-handledare får feedback av ST-läkarna.



Anders Lundqvist Alla inspel från deltagarna är som små pusselbitar. Som fortbildningsansvarig i Skåne har jag fått nya tankar och stimulans. Många har nu konkreta uppgifter att ta itu med, och workshopen får inte bli en engångshändelse.



Kirsten Nilsson Jag sysslar med Mitt-i-ST-värderingar men saknar vetenskaplig bakgrund. Där fick jag stor hjälp av Henry Egidius som fick mig att sätta ihop ett dokument som jag tror håller hela vägen.



Lisa Rydén Jag är studierektor och i den rollen har jag haft utbyte av samtalen med deltagarna. Carl Edvard Rudebeck är kanske litet svår att förstå när man lyssnar, men att läsa hans artiklar ger ganska mycket.



Eva Helde Jag brinner för ortopedisk medicin och har lyckats konkretisera mina tankar runt det ämnet. Det är viktigt att anpassa användningen av ortopedisk medicin till de förutsättningar som finns i primärvården. Där hade workshopen stor betydelse.



Henrik Åhsberg Hade önskat något som gör det enklare att vara allmänläkare, men upptäckte att det inte finns något sånt. Det är hårt arbete med patienterna och med egna reflektioner som gäller. Det allmänmedicinska uppdraget är komplext och råd av typen "gör så här" räcker inte, det finns inga genvägar.



Susanna Althini Alla kan inte hålla på och uppfinna hjul hela tiden, därför är det bra med kollegialt utbyte. Anpassar man sig för mycket till systemet blir vi inga goda förebilder, och jag skulle inte orka jobba så. Men det gäller att inte vara bitter, utan använda erfarenheterna från förr på ett "ognälligt" sätt.



Svetlana Teran Palomino Det som känns tryggt för mig är att SFAM står bakom workshopen. Jag har två kollegor hemma som är jätteintresserade av allmänmedicin och som reflekterar. De visste att jag skulle på kurs, och jag tar med mig hem en del svar på deras frågor.

Hanna Åsberg och Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vasco da Gama-nätverket

Vasco da Gama-nätverket är en del av WONCA Europe och är ett nätverk för bland annat utbyte inom Europa för ST-läkare och nyblivna specialister i allmänmedicin. Detta är ett sätt att knyta kontakter med kolleger utomlands och att se hur primärvården fungerar i andra länder. Det innebär också en möjlighet att ta emot utländska allmänläkarkolleger på auskultation på sin egen vårdcentral. Mer information om Vasco da Gama finns här: <http://vdgm.woncaeurope.org/>

Om du/ni är intresserade av att delta i utbyte kan ni mejla vdgmsweden@gmail.com. Vi söker även fler ST-läkare och nyblivna specialister som kan arbeta aktivt med nätverket i Sverige.

Joana Gomes
ST-läkare,

National Exchange Co-ordinator and Europe Council Member for Sweden – VdGM
vdgmsweden@gmail.com



Vasco da Gama Movement

Annons



Balintkongressen i Oxford blev en lyckad tillställning

Detta är ett sammandrag av ett antal reserapporter, vilka i sin helhet kommer att finnas tillgängliga i *Bulletinen för Svensk Förening Medicinsk Psykologi* 2018:1.

Ett dussintal svenska balintintresserade kollegor från Jokkmokk i norr till Skanör i söder deltog i den 20:e Internationella balintkongressen 6-10 september 2017. Hälften var allmänläkare. Psykiatri, psykoanalys, gynekologi, onkologi var också representerade, vilken återspeglar balintgruppen som en mötesplats som vidgar och fördjupar det kliniska perspektivet.

Temat var *Balint Theory and Practice: Exploring Diversity* – relevant i en tid då många människor flyr sina hemländer och kommer till nya platser, där invånarna och de nyanlända möts med sina skiftande bakgrunder. Programmet innehöll föredrag, parallella workshops och obligatoriskt deltagande i fem sessioner i balintgrupp.

Kebble College är en magisk mötesplats, så likt Harry Potters Hogwarts! Vi inkvarterades i 1800-tals-byggnader, vid vilka en modern konferensanläggning uppförts. Maten intogs på bänkar i matsalen med färgade glasfönster och rader av porträtt på gamla rektorer och präster som verkat vid skolan. När som helst kunde de gamla porträtten börja röra sig. Det inspirerade oss deltagare att börja röra oss ur våra egna ramar. Platsen var som gjord för ett intensivt professionellt och personligt utbyte.

Den irländske poeten Pádraig Ó Tuama slog an tonen i sitt öppningstal:

"The I has a story, stored in the body that the doctor touches, and the doctor knows what he has touched, and the doctor listens... The ways in which a person is desperate to say to you that they are more than their symptoms, even though they fear in the deepest part of themselves that they are no better than their symptoms".

Citatet belyser utmaningen i mötet mellan läkare och patient. Den erfarne balintorienterade klinikern kan också avläsa

skuggsidan – det som Michael Balint kallade *the collusion of anonymity* och som innebär att såväl patient och som läkare kan skärma av – att bara vara symtom och symtomtolkare. Även om vi behöver sådana försvar understundom, så leder en sådan praxis bort från patient-centrerad vård och främjar slöseri med vårdresurser.

Plenära presentationer

Shameel Khan och Aisha Sanobar från Pakistan beskrev sitt arbete med att starta balintgrupper för en blandad grupp av sjuksköterskor och läkare inom palliativ vård – den första psykologiska handledningen i landet! Arbetet i gruppen påverkas av det pakistanska samhällets komplexa språkliga, sociala och religiösa verklighet. Fritt tänkande och yttrandefrihet kan inte tas för kulturellt givet. Vi imponerades av hur känsligt och moget dessa balintgruppleddare navigerade.

Henry Jablonski och Elsa-Lena Ryding redovisade ett balintprojekt för anestesiologer och intensivvårdsläkare på ett Stockholmssjukhus, troligen det första i världen inom denna specialitet så präglad av livsavgörande beslut under tidspress. Projektet var väl förberett och administrativt förankrat, vilket gjorde det möjligt för ett stort antal läkare att delta. De hierarkiska barriärerna kunde påverkas. Såväl yngre som mycket erfarna läkare uppskattade att tala om professionella svårigheter i grupp. I en arbetsmiljöstudie kunde man finna att diskussionsklimatet på kliniken i sin helhet förbättrats väsentligt.

Flera föreläsningar berörde balintarbete i geografiskt avlägsna områden och frågor kring hur man kan handskas med kulturella olikheter i vårdssituationer.



Henry Jablonski.

Foto: Stefan Bålint

En balintgrupp består av 6-10 läkare som träffas regelbundet och under längre tid för att diskutera kliniskt arbete. Fokus ligger på läkar-patientrelationen. Till stöd har de en gruppleddare som är väl förtrogen med deltagarnas arbetsförhållanden och som kan tillföra psykologisk/psykoanalytisk erfarenhet och kompetens. Metoden, som utvecklades på 50-talet i England, är nu spridd i världen. I flera länder ingår balintgrupp som en obligatorisk del av grund- eller specialistutbildningen. Mer information finns på www.balint.se.



Elsa-Lena Ryding, gynekolog, Råå, Markus Beland, allmänläkare, Jokkmokk, Dorte Kjeldmand, allmänläkare, Eksjö.

Foto: Stefan Bålint



Pia Söderberg, allmänläkare, Stockholm, Stefan Bálint, psykolog, psykoanalytiker, balintgruppleddare, Malmö, Sonja Holmquist, allmänläkare, Stockholm, Fredrik Molin, allmänläkare, Göteborg, Anders Birr, onkologi och palliativ medicin, balintgruppleddare under utbildning, Malmö.

Foto: Stefan Bálint

Ett föredrag handlade om balintgrupper per telefon i Australiens Northern Territories, där s.k. Aboriginal Cultural Educators kunde stödja relativt oerfarna yngre läkare; en annan om balintgrupper på Guadelope; en tredje om hur man i balintgrupper för all personal på en hematologisk klinik i Paris tog hand om patienter som kom från franska kolonier i Stilla Havet.

Presidenten i Balintfederationen, den amerikanske allmänläkaren Donald Nease, redogjorde för ett lovande pilotprojekt med en web-baserad internationell balintgrupp. Projektet har initierats av WONCA:s Young Doctors' Movement. Hur vore web-baserade balintgrupper under kvalificerad ledning för svenska allmänläkare som arbetar på avlägsna platser? Ett sådant projekt skulle nog gagnas av en "kick-off in real life".

Balintsessioner

Under konferensen var deltagande i en egen balintgrupp under fem sessioner (90-120 min vardera) obligatoriskt. Dessa grupper hade varierande inriktning.

Sonja Holmquist: Då jag och Pia Söderberg tränar för att bli balintgruppleddare valde vi båda att delta i var sin grupp inriktad mot ledarskapsträning. Det blev ledarskapsträning på riktigt! Det gavs utrymme att diskutera allt från grupptekniska detaljer till mer komplexa frågor som: Hur hanterar man konflikt i gruppen? Hur styra utan att störa medlemmarnas fria tänkande? Som vid tidigare konferenser och kongresser så är det också en fantastisk upplevelse att träffa så många engagerade läkare, psykologer och andra yrkesgrupper från olika delar av världen. I min grupp fanns deltagare från fem världsdelar. Vetskapen om att någonstans på andra sida jorden sitter en annan läkare som också kämpar med att förstå sig själv och sina patienter – det ger hopp!

Stefan Bálint: Jag hade vid ett tidigare tillfälle deltagit i en Bálint Psykodrama workshop. Min upplevelse denna gång var att doktor-patient interaktionen gestaltades påtagligt. Man kände sig närvarande i falldragarens mottagningsrum. Metoden är avhängig ledarnas lyhördhet och förmåga att välja ut specifika scener ur läkarens berättelse. Kanske är det en nackdel att gruppen inte var lika aktiv som de "vanliga" balintgrupper jag leder och deltagit i.

Jacob Engellau: Jag ledde en grupp tillsammans med en fransk-brasiliansk psykoanalytiker Alice Polomeni från Paris. Mångfald var mycket påtagligt vad gällde gruppmedlemmarnas språkliga och kulturella bakgrund och preferenser. Det blev en kraftfull bekräftelse på balint-metodens effektivitet när det gäller att skapa en trygg, kreativ och utforskande atmosfär som möjliggör ett fokus på den problematiska kliniska situationen trots att utgångsläget för deltagarna är så varierande.

Henry Jablonski: Tillsammans med en erfaren nyzeeländsk allmänläkare, Di Nash, ledde jag en grupp med nio deltagare från sex olika länder. Gruppen bestod av sex läkare, en arbetsterapeut, en socialarbetare och en psykoterapeut. Det fanns stora skillnader i yrkes- och balinterfarenhet. Det uppstod ett grupp-klimat som från det allra första fallet gjorde det möjligt att beröra etiskt mycket svåra och för den presenterande kollegan plågsamma kliniska situationer. Samarbetet med min ledarkollega var berikande och bekräftade på nytt värdet av den kombinerade psykoanalytiska/psykologiska och somatiska kompetensen som en viktig förutsättning för att leda balintgrupper. Dr Nash konstaterade: "Oftast finns det inget rätt eller fel. Men det man gör får konsekvenser! Och det är viktigt att veta om det."

Inramning

Lägg därtill en guidad vandring genom Oxford, kvällsseminarier med filmvisning med balintankaret och cineasten John Salinsky, en blåskvartett-konsert i college-kapellet, en pub-afton med dans till levande musik och en festmiddag med ett 20-tal sångframträdanden där det svensk-danska bidraget var i topp! Få konferenser förenar så mycket allvarligt professionellt reflekterande med så mycket vänlighet och glädje som en balintkongress!

Henry Jablonski
psykoanalytiker, psykiater, Sthlm
drhj@jablonski.se

Stefan Bálint
psykoanalytiker,
leg psykolog, Malmö

Jacob Engellau
docent, onkolog,
leg psykoterapeut, Lund

Sonja Holmquist
allmänläkare, Sthlm

Pia Söderberg
allmänläkare, Sthlm

Nationell Balint-konferens

13-14 april 2018 i Lund

**Professionellt ansvar och avgränsning;
integritet och ömsesidighet; skuld och förlåtelse**



I en pressad vård blir läkar-patientrelationen ofta lidande. Dagligen och stundligen ställs läkare inom många kliniska specialiteter inför frågan hur ansvar ska förstås, axlas, avgränsas eller avvärjas. Det kan leda in läkare i en skuldproblematik.

Konferensen består av föreläsning med diskussion och arbete i smågrupper. Detaljerat program och anmälan, se www.balint.se.
Förfrågningar: info@sfmp.se.

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi (SFMP)



ST-dagarna med extra allt

Hållbarhet var temat när 350 ST-läkare träffades i Åre under några dagar i mitten av september. Ett spännande program väntade, där vi fick möjlighet att fundera över hållbarhet i dess alla bemärkelser, från miljöaspekter på läkemedelsanvändning, via vegetarisk lokalproducerad bankettmeny till workshopar om verktyg för ett hållbart arbetsliv. Den friska fjällluften, utsikten över Åresjön och äventyrsbadet på Holiday Club där vi bodde och konfererade gjorde sitt till.

Den kvällspigge kunde börja redan vid ankomst tisdag kväll med samtal om framtidens primärvård med Emma Spak, ST-läkare i allmänmedicin och samordnare för nära vård på SKL. Onsdagen startade tidigt med bland annat inledning av Maria Carlund, verksamhetschef på Svegs HC som berättade om glädjen med att arbeta i glesbygd och förändringsarbetet de gjort. På bara ett år har de lyft sig från total läkarbrist och nedlägningshot till att med bravur lyckas ta hand om mängder av skadade i samband med bussolyckan i våras.

Efter inledningen följde ett ambitiöst program med ett varierande innehåll om konflikthantering, hedersvåld, ledarskap, hållbar provtagning, standardiserade vårdförlopp, trafikmedicin och mycket annat.

Vid solnedgången bjöds vi ut till mingel vid Åresjöns strand, där lokalproducerad mat, dryck och musik väntade. Efter middagen höll äventyrsbadet öppet och till slut återfanns de flesta, inklusive orkestern, under stjärnorna i utomhuspoolen.

Torsdagen inleddes med tema vård i livets slutskede, där både Nina Cavalli-Björkman och den lokale professorn i



Emma Spak.

Foto: Ulrika Elmroth

palliativ medicin, Bertil Axelsson, på ett personligt och fängslande sätt gav sina bästa tips om hur man bäst hjälper patienterna. Därefter var det långlunch och dags att bege sig ut på fjället! Alla fick varsin lunchpås och anslöt till den aktivitet man valt, allt från vandring till fjällyoga eller down hill-cykling. Ett par timmar senare kom de flesta tillbaka helskinnade, med rosiga kinder och fyllda med energi till eftermiddagens workshopar.

På kvällen var det högtidlig bankett med lokalproducerad och helvegetarisk meny från en av Jämtlands bästa restauranger. Även denna kväll hade underhållningen rekryterats ur den lokala källan av multitalanger, tillika kollegor som höll mycket hög klass. Olov Englund höll talet till ST-läkaren och vi fick bland annat lära oss vad en "gamm-strek" är och varför man inte ska missa chansen att göra hembesök där.

Trots att dansgolvet var fullt långt in på småtimmarna var det ändå fullsatt när Anna Nergårdh bjudit in till frukostmöte fredag morgon kl 07:30. Hon berättade om sitt arbete med utvecklingen av god och nära vård, och varför det är viktigt att vi som ska arbeta i framtidens primärvård är med och formar den. Därefter var or-

det fritt vilket gav många kloka synpunkter engagerade diskussioner. Nergårdh hade även äran att avsluta ST-dagarna med plenum-föreläsning.

Efter tre späckade dagar var det med en blandning av pepp och utmattning dags vända hemåt fyllda av ny energi och framtidstro. Stort tack till arrangörgruppen och region Jämtland/Härjedalen som ordnat fantastiska dagar med guldkant på allt!



Ulrika Elmroth

Allmänläkare, vice ordförande, SFAM
Projektledare, PrimärvårdsKvalitet
Sveriges Kommuner och Landsting

Jönköping kommer att ordna ST-dagarna nästa gång, så planera redan nu att resa dit. (preliminärt i oktober 2018)!



Missade du ST-dagarna, eller vill återuppleva gamla minnen? Se filmer och intervjuer på sfam.ringla.se! Där finns också material från kongressen i Karlstad i våras, samt Nationella Kvalitetsdagen.



ST-dagarna 2017 i Åre: Hållbarhet ur alla möjliga aspekter

Post-konferensdepressionen (som någon skämtsamt kallade det) har gett vika och energidepåerna (som var ordentligt tömda efter ST-dagarna!) är påfyllda igen. Visst innebar konferensens genomförande en hel del arbete – men vilken lön för mödan att se närmare 300 utbildningsläkare inom allmänmedicin samlas för fortbildning, nätverkande och umgänge, festligheter och Åre-upplevelser på fjället. Vi hoppas och tror att deltagarna vid ST-dagarna 2017 har fått med sig såväl kunskap, förhållningssätt och inte minst idéer att ta med sig vidare i yrkeslivet, men också minnen, kanske nya bekantskaper och en härlig upplevelse från Åre som inledning på hösten!

Hur kom ni på att ni ville ordna ST-dagarna?

Svårt att tacka nej till en sådan utmaning! Några av oss i arrangörgruppen tog på oss uppdraget (med arbetsgivarens goda minne) i samband med ST-dagarna i Kalmar 2016 (tack för fina dagar där, och även för tips och råd längs med vägen mot årets ST-dagar!). SFAM:s ST-dagar har genom åren samlat en stor del av ST-läkarna i allmänmedicin årligen.



Fjällyoga.

Foto: Olof Englund

Att se till att den traditionen fortsätter kändes både viktigt och spännande – och desto roligare förstås att få visa upp vad vi har på "hemmaplan" både vad gäller konferensens fortbildningsmoment och aktiviteter utöver det.

Hur tänkte ni kring temat?

Temat bestämdes tidigt i processen, det kändes "rätt i tiden" och kan tolkas på väldigt många olika sätt som berör oss i läkaryrket och som privatpersoner. Vi har försökt att ha föreläsningar/seminarier som belyser olika aspekter av hållbarhet

under dagarna: seminarium med Läkare för miljö om hälsosynergier av miljö-medvetenhet, seminarium om hållbart ledarskap samt personlig hållbarhet genom stresshantering, gränssättning och energisparande arbetssätt för att ta några exempel.

En annan del av konferensens hållbarhetstema var valet att ha i princip enbart vegetarisk mat. Årets hållbara krog 2014, Jazzköket, Östersund, stod för den hel-vegetariska tre-rättersmenyn till konferensen bankett.

Det från början lokala integrationsinitiativet Hej Främling! erhöll en donation från konferensen som del i tackgåva till föreläsare och seminariehållare.

Vad var roligast med att planera/arrangera ST-dagarna?

Att så många kollegor valde att vara med i Åre – och verkade nöjda med mycket av det de fick höra, se och uppleva – var förstås en fantastisk belöning!

Arbetet under det knappa år som föregick ST-dagarna var bitvis krävande men också väldigt kul och lärorikt; att arrangörgruppen bestod av entusiastiska och härliga kollegor gjorde förstås jobbet både lättare och roligare. Att plocka ut någon enskild del är svårt – vi har i viss utsträckning delat upp arbetet i olika ansvarsområden. Upplevelsen är att det har varit lika mycket entusiasm kring fortbildningsdelen, sociala arrangemang och sponsorsökande, även om huvudsyft-



ST-läkare i kollegiala diskussioner på Åreskutan.

Foto: Olof Englund



Arrangörgruppen bestod av Karin Alverlind, Agnes Bierbaumer, Frida Broström, Cornelia Brusmark, Fredrik Eurenus, Kristina Halldorf, Anna Johansson, Sanna Jönsson, Fredrik Möller och Nicklas Olsson.
Foto: Olof Englund

tet med dagarna förstås är fortbildning och kollegialt nätverkande. Det har varit belönande att försöka få till det där lilla extra i flera sammanhang!

Viktigaste lärdomarna?

Arbetet med ST-dagarna innebär uppgifter som sträcker sig klart utanför vardagen i primärvården: klurigt förhandlande med sponsorer och föreläsare, svårgreppbar ekonomisk planering, avancerade logistiska lösningar och helt ny terminologi inom ljudteknik för att nämna några exempel. Det var inte sällan vi var tackssamma att ha kontrakterat en kompetent konferensbyrå på hemmaplan!

"Att så många kollegor valde att vara med i Åre – och verkade nöjda med mycket av det de fick höra, se och uppleva – var förstås en fantastisk belöning!"

Kort sammanfattat innebär planeringsarbetet många, många diskussioner och beslut. Vikten av fungerande lösningar för kommunikation och informationsutbyte samt struktur och ordning kan inte nog understrykas! (Lite som i arbetslivet i allmänhet... och i livet!)

Hur fick deltagarna ta del av Jämtland under dagarna i Åre?

Vi kände att det var viktigt att deltagarna trots ett intensivt utbildningsprogram fick tillfälle att se Åre och ett smakprov av allt som området har att erbjuda. Vi planerade därför in en långlunch där deltagarna, om de så önskade, kunde delta i fjällyoga, downhill-cykling eller löpning/vandring. Det var rätt mäktigt att se närmare 200 läkarkollegor ge sig ut för några timmar på fjället.

Under konferensen bjöds också på diverse lokala matprodukter och liknande. Utöver tidigare nämnda Jazzköket serverades bland annat prisbelönt glass som konferensfika och flera jämtländska företag fanns med bland våra sponsorer.

Hur var stödet från landstinget/arbetsgivaren?

Vi har haft oerhört gott stöd från vår arbetsgivare Region Jämtland Härjedalen, och utan det stödet hade genomförandet knappt varit möjligt. Vår studierektor har uppmuntrat oss under vägen och vi har fått arbetstid till del av planeringsarbete. Utöver det bidrog RJH ekonomiskt till konferensen och fanns självklart på plats under konferensen.

När får vi komma tillbaka till Jämtland?

Ni är alltid välkomna till Jämtland Härjedalen! Kom och jobba i vår spännande primärvård – ST-läkargruppen har mångdubblats på senare år, men vi har absolut plats för fler kollegor!

Om du menar i form av ett arrangemang liknande ST-dagarna i Åre... Håll ögon och öron öppna, måhända blir det fler tillfällen att bassängmingla i Region Jämtland Härjedalen!

Cornelia Brusmark
för Arrangörgruppen
ST-dagarna Åre 2017
Distriktsläkare
Myrvikens hälsocentral, Östersund
cornelia.brusmark@gmail.com



Anna Nergårdh hade dialog om primärvårdens framtid. I handen håller hon den svåråtkomliga tidskriften Jämtländsk allmänläkare.

Foto: Olof Englund



Ett roligt och enkelt sätt att hålla sig (lite) uppdaterad

En stor utmaning för oss som jobbar i primärvården är att hålla sig någorlunda uppdaterad inom alla de områden som vi möter dagligen på våra mottagningar och boenden. Våra arbetsgivare erbjuder olika möjligheter till utbildningar, regionala vårdprogram kan bidra.

En del av oss prenumererar på olika utskick av abstracts och liknande (s.k. *foraging-tools* som *skickar* oss ny information angående studier, ex. McMaster).

Många använder databaser för att söka svar på patientspecifika frågor (s.k. *hunter-tools*, används för att *söka* information runt eller vid patientmötet, ex. DynaMed, UpToDate, ClinicalKey etc). Detta är bra sätt att fortbilda sig men kan ibland kännas överväldigande eftersom det inte finns någon ände på antalet intressanta områden.

Ett trevligt alternativ är att lyssna på *Best Science Medicine Podcast*, *BS without the BS*. (<https://therapeuticseducation.org/bs-medicine-podcast>).

Den har funnits sedan 2008 och görs av två kanadensiska professorer, James McCormack (farmakologi) och Michael Allan (allmänmedicin). De har hunnit med lite mer än 350 avsnitt på 20-50 minuter om allt mellan himmel och jord. Det kommer ut cirka 3 avsnitt per månad. När man lyssnat ett tag finns några återkommande teman:

- Var bekant med evidensen – det viktiga är att ha ett hum om effektstorlekar och absoluta risker, inte de exakta siffrorna – de är ändå aldrig exakta för den enskilda patienten.
- Börja alltid med små doser av läkemedel, den största effekten får du av den dosen. Ökade doser ger minskad ytterligare effekt och ökar risken för biverkningar. Måldoser har sällan stöd i litteraturen och tar aldrig hänsyn till patientens önskemål och upplevelser.
- Var försiktig med behandlandet av surrogatmarkörer (t.ex. blodsocker, blodfetter, blodtryck) – vad har läkemedlet för kända effekter på de för patienten viktiga slutmåten?
- Läkemedel som behandling för att förhindra att sjukdom överhuvudtaget uppstår (primärprevention) är ofta inte tillräckligt effektiva och bör bara användas om det är helt biverkningsfritt ur patientens perspektiv och inte för dyrt.
- Vårdriktlinjer är sällan så välunderbyggda som man tror



och tar allt för sällan hänsyn till vad patienterna föredrar och finner värdefullt, vilket vi bör ändra på.

Vi behöver mindre sifferstyrd vård och mer individuell anpassning i dagens vård, och dessa avsnitt ger ett gott vetenskapligt stöd på olika områden för den hållningen.

Som en del i sitt arbete har de också producerat den bästa riskkalkylatorn för hjärtkärlsjukdom jag sett där man får en uppskattning av den effekt olika interventioner kan ge: <http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html>.

Mats Neumann

Studierektor för AT

VC Västra Vall, Region Halland

mats@neumannab.se



Annons



Våren 2018

Provinsialläkarstiftelsens FORTBILDNINGSKURSER

1. PSYKIATRI MED OCH FÖR ALLMÄNLÄKARE

Kursledare: DI Sandra af Winklerfelt

Datum och plats: 13–14 mars i Stockholm

Kursbeskrivning: Många läkare i primärvård upplever den ökande psykiska ohälsan bland våra patienter som ett stort problem. Vad är vad i detta flummiga begrepp? Vad är normal reaktion på besvärliga livsomständigheter? Vad är behandlingsbara sjukdomar? Gör det någon skillnad om det är ångest-depression UNS som behandlas med "allkryddorna" SSRI och KBT eller om man är mer specifik och strukturerad i sin diagnostik? Tillför screenings- och skattningsinstrument något i primärvård eller är det bara något som tar onödigt tid från konsultationen och det fria berättandet? Vill du ha verktyg för bättre struktur på psykiatrisk diagnostik och behandling? Anmäl dig till kursen!

2. ENDOKRINOLOGI FÖR ALLMÄNLÄKARE

Kursledare: DI Jonas Tovi och Dr Mats Palmér, m.fl.

Datum och plats: 19–20 mars i Stockholm

Kursbeskrivning: Avsikten med kursen är att ge en uppdatering av den endokrinologi, exklusive diabetes, som en allmänläkare möter i sin kliniska vardag. Kursen är till stor del uppbyggd som diskussion kring fall relevanta för allmänläkarens vardag. Huvuddelen av kursen kommer att ägnas åt de endokrina sjukdomsgrupper som är vanligast inom primärvården det vill säga tyreoidesjukdomar, kalciumrubbningar och andrologi. I anslutning till kalcium-rubbningar kommer senaste nytt inom osteoporosområdet också att beröras. Vidare kommer binjurens sjukdomar inklusive Addisons sjukdom och endokrin hypertoni samt hypofyssjukdomar att gås igenom. Kursdeltagarna kommer genom att medföra egna fall i hög grad kunna påverka kursinnehållet.

3. ALLMÄNLÄKAREN OCH SJUKINTYGET

Kursledare: DI Monika Engblom, DI Lars Englund, DI Renée Vickhoff, DI Tinas Nyström Rönnäs

Datum och plats: 21–22 mars, Internat Steningevik, Stockholm

Kursavgift: 6 000 kr inklusive Internatkostnad

Kursbeskrivning: Problemområdet kommer att belysas utförligt med föreläsningar och genomgång av tillämpliga delar av gällande försäkringsmedicinska regelverk och riktlinjer. Färdigheter och förhållningssätt i konsultationen kommer att tränas i rollspel och diskussioner i små grupper. Deltagarnas förväntningar och behov inventeras vid kursstart. Det övergripande målet är att läkaren ska bli mer medveten om komplexiteten i sjukskrivningsuppdraget och bli mer nöjd med sitt sätt att sjukskriva.

4. UROLOGI FÖR ALLMÄNLÄKARE

Kursledare: Allmänläkare Astrid Lundevall och urolog Lennart Wagrell

Datum och plats: 19–20 april, Internat Skepparholmens konferens 30 min med buss från Stockholm

Kursavgift: 6 000 kr inklusive Internatkostnad

Kursbeskrivning: Urologi på längden och tvären utlovas! Kunskapsinhämtningen sker mestadels med hjälp av interaktiva patientfall och diskussioner kring dessa. Emellanåt blir det en del katedrala dragningar med Powerpoint för att fylla på med evidens och fylla i våra kunskapsluckor. En stor del av våra patienter i primärvården har urologiska bekymmer av varierande grad. Kursen tar vi upp allt du behöver kunna för att handlägga och hjälpa dessa patienter. Inte minst skingrar vi en del dimma inom PSA- och farmakologiområdet. Fokus på praktisk tillämpning. Kursen passar både nya och mer erfarna specialister i allmänmedicin. Under kursen kommer följande att tas upp: Utredning och aktuell behandling av prostatabesvär, LUTS, överaktiv blåsa, urininkontinens, cancersjukdomar, recidiverande urinvägsinfektion, erektil dysfunktion och uretärsten/njursten. Förutom anatomi avhandlas också signalsubstanser, receptorfunktioner och innervation av urinblåsa, urinrör samt olika sfinktrar. Det ges även en översikt av urodynamik, KAD-behandling och RIK samt olika inkontinenshjälpmedel. Vi går igenom olika typer av formulär, som kan användas vid utredningen, inkontinenshjälpmedel och hur arbetet kan fördelas på vårdcentralen. Tid finns att diskutera egna erfarenheter. Kursansvarig för utbildningen är allmänläkare

med lång erfarenhet och specialintresse inom detta område i samarbete med en kliniskt orienterad urolog, som medverkar under delar av kursen.

5. RELATIONEN, SAMTALET OCH LÄKARENS SJÄLVKÄNNEDOM

Kursledare: Professor Carl Edvard Rudebeck m.fl.

Datum och plats: 25–27 april i Borgholm

Kursbeskrivning: En relationscenterad kurs där samtalet står i fokus. Syftet är att ge praktiska insikter i hur samtalet kan bli levande och väsentligt och genom detta bidra till ökad självkännedom i läkarrollen samt att belysa patientläkarrelationen som allmänläkarens arbetsform.

6. NÄR DET GÅR FEL – OM VÅRDSKADOR, MISSTAG OCH ANMÄLDA ALLMÄNLÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN

Kursledare: DI Christer Olofsson, DI Kennert Lenhoff

Datum och plats: 2–3 maj i Karlskrona

Kursbeskrivning: Det sker misstag och det går ibland fel i vården. Varför blir det fel och vad gör man för att minska riskerna? Hur hanterar man besvärliga patienter? Läkare som anmäls – vad man görs för att stödja och rätta till problemen?

7. KLINISK KEMISK DIAGNOS I PRIMÄRVÅRDEN

Kursledare: Prof. Gösta Eggertsen och DI Christer Olofsson m.fl.

Datum och plats: 17–18 maj i Stockholm

Kursbeskrivning: Tillgången till klinisk kemiska analyser i primärvården är idag mycket stor och omfattande. Något som i sin tur medför ett behov av noggrann eftertanke och planering innan lab.prover beställs. Vilka analyser behöver göras för att ställa rätt diagnos, och ordinera rätt behandling? Hur begränsa provtagningen till de mest relevanta analyserna och inte förvillas av ovidkommande provsvar? Vilka analyser kan vara av värde vid ev. malignitetsmisstanke? Osv. Den klinisk.kemiska analysdiagnostiken är ett kraftfullt instrument men behöver användas korrekt för att komma till sin rätt. Syftet med denna kurs är att visa på möjligheter till att utnyttja den klin.kemisk diagnostiken mer optimalt.

8. NÄR DOKTORN TAR AV SIG SKORNA – EN UTBILDNING OM SJUKVÅRD I HEMMET

Kursledare: DI Lena Pomerleau och DI Gunnar Carlgren

Datum och plats: 23–24 maj Internat Skeviksgård, Stockholm

Kursavgift: 6 000 kr inklusive Internatkostnad

Kursbeskrivning: Kursen kommer att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygghet och säker sjukvård i det egna hemmet. Ämnesområden som berörs: Allmänläkarens roll i hemsjukvården, anhöriga/närstående, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelsbehandling, samverkan, brytpunktsbedömning, vård i livets slutskede, hembesöket som arbetsverktyg.

Kursen förutsätter deltagarnas personliga engagemang och aktiva medverkan samt intresse för etiska frågor. Före utbildningen: Skaffar man sig kunskap om hemsjukvård och hembesök i det egna vårdcentralområdet. Under utbildningen: Med fallbeskrivningar som bas åskådliggörs väsentliga förutsättningarna för en fungerande basal hemsjukvård och palliativ vård och de möjligheter som hemsjukvården görmer. Detta sker via diskussioner stödda av presentation av fakta som berör diskussionen. Kursen avslutas med en reflektion över situationen på den egna arbetsplatsen och planering av hur man kan göra för att utveckla arbetet med hemsjukvård när man kommer hem.

Obs! Anmälan är bindande!

Kursavgift: Kurserna kostar 5 000 kr (inkl moms). Kaffé och lunch ingår i kursavgiften. Kostnad för resa och logi tillkommer. I internatkurserna ingår logi. Kursavgift 6 000 kr. Reskostnad tillkommer.

Om Du har några frågor om kurserna kontakta:

Helena Grönbacke på DLFs kansli,
Tel: 08-790 33 91 eller
e-post: helena.gronbacke@slf.se

Anmälan skall vara
Svenska Distriktsläkarföreningen
tillhanda senast den 15 januari 2018



**Svenska
Distriktsläkar-
föreningen**

General practice, 'too much medicine' and the environment

Iona Heath, mångårig husläkare i London, tidigare president för Royal College of General Practitioners, styrelseledamot i WONCA m.m. m.m., höll denna plenarföreläsning vid Svensk Allmänmedicinsk Kongress i Karlstad 2017. Här är den i översatt och något förkortad version. Iona Heath har medverkat vid ett flertal SFAM-kongresser och andra svenska allmänläkarmöten genom åren.

Just nu, i det tjugoförsta århundradet, är vi som lever i de rika länderna otroligt lyckligt lottade. Vi lever längre liv med en bättre hälsa än någonsin i människans historia. Vi vet att för lite vård kan skada vår hälsa, men vi har nog inte förstått att för mycket medicin också kan vara skadligt, för individer, för samhället och för vår jord.

Den australiensiske författaren Tim Winton skriver i sin bok *Island Home* från 2015: *"Den eviga tillväxtens evangelium bär med sig ett budskap om ett större och rikare liv för alla. Men detta större goda är ofta en myt. Vad de troende i verkligheten får erfara är sällan det som utlovats. Ändå håller många anhängare envist och oroligt fast vid sin ortodoxa renlärighet... Att utmana detta tankesystem har traditionellt varit en uppgift för dårar, kättare och teknofober."*

Jag vill påstå att även vi allmänläkare har ett ansvar att utmana detta den eviga tillväxtens evangelium.

"Too much medicine" är en slogan som beskriver ett allt tydligare problem inom dagens sjukvård, särskilt, men inte enbart, i rika länder. Det börjar ofta med överdiagnostik, när något som egentligen varken behöver oroa eller skada patienten blir till diagnos. Konsekvensen kan bli onödig behandling där riskerna överväger nyttan.

Överkonsumtion och felkonsumtion

WHO lanserade 2017 sin kampanj "Medication without harm". Nu när vi konsumerar mer läkemedel än någonsin trodde jag att de skulle fokusera på både över- och felkonsumtion, men de intresserade sig bara för fel vid förskrivning och utdelande av läkemedel.

Thomas Princen från University of Michigan skiljer på överkonsumtion på ett kollektivt plan och felkonsumtion på individuell nivå [1].

Hitills har de som skriver om felkonsumtion på individnivå inte uppmärksammat följderna för den kollektiva nivån och miljön, och de som skriver om överkonsumtion på kollektiv nivå har inte varit intresserade av det kliniska mötet.

Den uppskattade årliga kostnaden för läkemedel i världen överstiger en biljon dollar. EvaluatePharma, en organisation som förser läkemedelsindustrin med beslutsunderlag utifrån världens finansmarknader, förutspår bland annat en total årlig

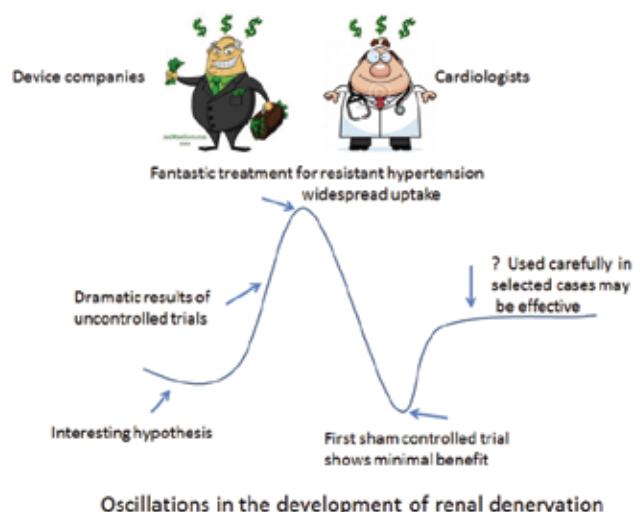
tillväxt på 6,3 % de närmaste åren, och en ökning av försäljningen av antidiabetika med 7 % årligen fram till 2022 med tanke på fetmaepidemin i världen. Då är det inte underligt att läkare blir pressade att klassificera asymtomatisk diabetes typ 2 som en sjukdom i stället för den riskfaktor den i själva verket är. Så kan det gå när nyliberal ekonomi möter vården.

GlobalData, ett annat företag som gör inflytelserika framtidsprognoser, beräknade att den globala marknaden för ADHD-läkemedel kommer att stiga från till knappt 4 miljarder dollar 2010 till drygt 7 miljarder dollar år 2018. Detta förutsätter att allt fler barn får diagnosen ADHD och ges medicin – något som faktiskt händer. Men är det i barnens intresse? Vad lär vi dem när vi etiketterar dem och behandlar dem för ADHD? De lär sig att de inte är "normala", att de inte är ansvariga för sitt beteende, och att lösningen på deras problem kommer i en flaska. [2]

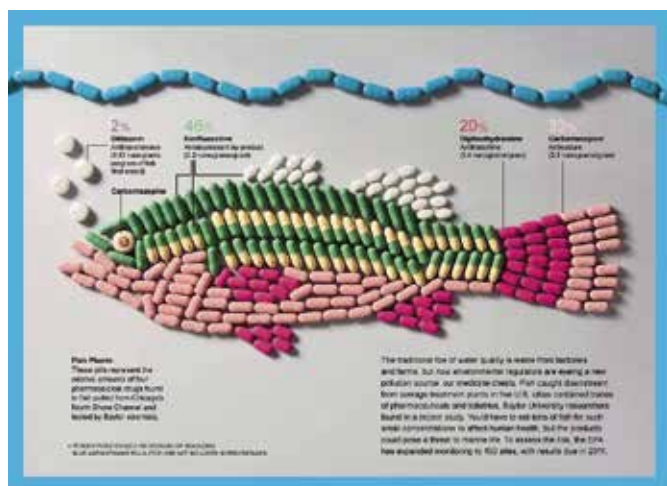
Läkare påverkas

Det finns solklar evidens för att vi läkare påverkas att förskriva farliga eller onödiga läkemedel även om vi inte tror det. D.R. Laurence beskrev i sin bok *Clinical Pharmacology* en kurva över vad som brukar hända när nya behandlingsmetoder introduceras (figur 1). Först kommer studier som väcker intresse och entusiasm och användningen ökar i rask takt. Efter en tid visar kontrollerade studier att behandlingen inte var så bra, ibland kanske det fanns svåra biverkningar, och så når kurvan botten, för att plana ut när behandlingen visat sig användbar i utvalda fall.

Jag är hellre en efterslänrare än en entusiast snabb att tillämpa nyheter. Då kan jag vänta med att agera tills oscillationerna har lagt sig, och jag orsakar därmed färre behandlingsskador,



Introduktion av ny behandlingsmetod.



Fiskodling. Dessa piller visar fördelningen av fyra läkemedel som hittats i fisk från Chicagos vattendrag: Norfluoxetin 46 %, karbamazepin 33 %, difenhydramin 20 % och diltiazem 2 %.

sparar stora värden för det gemensamma och kanske, som jag ska komma till senare, är jag snällare mot vår jord.

Ibland tar förloppet lång tid, till exempel för mammografi-screening som antagligen just börjat sin nedgående trend. I BMJ i februari 2014 drog Anthony Miller och kollegor slutsatsen att årlig mammografi för kvinnor mellan 40 och 59 år inte reducerade dödligheten i bröstcancer mer än klinisk undersökning, och 22 % av de som screenades positivt var falskt positiva. Föreställ er de kostnader som spenderats globalt för minimal nytta och till stor skada.

Ett stort problem är att media bara tycks intresserade av den spännande uppgående fasen, vilket får både patienter och läkare att övervärdera interventionen.

"Samma läkare kan agera olika i olika situationer eller med olika patienter. Resultatet blir den variation som orsakar så många rynkade pannor hos icke-kliniska teoretiker."

Förväntad ånger

"Förväntad ånger" (anticipatory regret) orsakar överkonsumtion på ett mer smygande sätt eftersom det triggas av den rädsla som alltid lurar på grund av den oundvikliga osäkerheten i vårt yrke. Ångerteori räknar med en känsla av nederlag när ett beslut var fel och ett alternativt handlingsätt hade varit att föredra, något alla vi som arbetar kliniskt säkert har drabbats av.

Vårt problem som allmänläkare är inte bara att vi känner förväntad ånger i förhållande till en missad diagnos, utan också att vi riskerar att slösa värdefulla resurser eller orsaka onödig oro genom överdiagnos.

Beslut att undersöka och behandla är ofta laddade med osäkerhet. Olika läkare har olika tröskel för hur mycket osäkerhet de accepterar, och samma läkare kan agera olika i olika situatio-

ner eller med olika patienter. Resultatet blir den variation som orsakar så många rynkade pannor hos icke-kliniska teoretiker.

Ben Djulbegovic och kollegor [3] menar att man behöver brottas med att balansera nivån av förväntad ånger för att landa i ett beslut som är gott nog. Men allmänhet och media har svårt att förstå detta och kan vara väldigt dömande.

Att vara bra nog

Nobelpristagaren i ekonomi Herbert Simon skrev i sin sista bok 1991, *Models of my life: Den verkliga gränslinjen går inte mellan "hård" naturvetenskap och "mjuk" samhällsvetenskap, utan mellan exakt vetenskap begränsad till strikt abstrakta och enkla fenomen i laboratoriet och osäker vetenskap och teknologi som behandlar komplexa problem i den verkliga världen.*

Allmänmedicinen verkar i den verkliga världen, och våra lösningar kan aldrig vara perfekta, men de behöver vara bra nog (good enough).

Vi kämpar i en karusell av girighet, rädsla, önsketänkande och egenintresse som driver på medikaliseringen av samhället, övermedicineringen av befolkningar och överkonsumtionen av medicinska produkter – och allt detta gör det svårare att vara en bra nog allmänläkare.

Överkonsumtion av läkemedel

Vi måste också fokusera på den gemensamma överkonsumtion som vi ser överallt. Som läkare måste vi bemöda oss om att hantera rädslan för felbehandling, även vår egen, istället för att överdriva den, vilket inte sällan sker för egen vinning.

Globalt har rapporterats fynd av 613 olika läkemedel i miljön, och många andra vet vi inte om, eftersom det saknas analysmetoder för tusentals läkemedelssubstanter. Floder runt om i världen är förorenade med en mångfald läkemedel. I England har man hittat ibuprofen och diklofenak i pälsår från uter. I Sverige har abborrar innehållit 23 olika läkemedel såsom antidepressiva, sedativa, antibiotika, smärtlindrande och anti-can-



Iona Heath

Foto: Ingrid Eckerman

cerläkemedel, och lax i Östersjön har innehållit östrogen. Djurläkemedel är ännu mer förorenande än humanläkemedel, men det betyder inte att vi kan ignorera vårt eget bidrag till denna bekymmersamma situation.

Varje recept på läkemedel leder till konsekvenser någonstans i det mycket komplicerade samspel där läkemedel vandrar genom näringskedjorna för att till slut i bästa fall brytas ned. Vi behöver tänka oss för, både som läkare och som patienter, när det gäller läkemedel med marginell nytta och kanske särskilt när det gäller förebyggande mediciner där risken är hög att de är både onödiga och skadliga.

"Vi behöver hitta och rösta på politiker som förstår hur man kan förstärka och återskapa gemensamma institutioner."

På grund av låga koncentrationer kan det vara svårt att bestämma vilken, om någon, effekt läkemedlen har på ekosystemen, särskilt när det gäller små organismer som vi inte märker om inte forskarna tittar särskilt efter dem. Vi ser effekten först när det inträffar en populationskollaps hos en större djurart.

En sådan kollaps inträffade i Indien mellan 1996 och 2007, när miljontals gamar i Indien dog av diklofenak som gavs till boskap mot smärta och feber. Eftersom man inte äter nötkött i Indien lämnades kadavren åt gamarna att festa på. Det visade sig att gamar av släktet Gyps var särskilt känsliga för diklofenak, och mellan 10 och 40 millioner fåglar dog av bukinflammation och njursvikt. Tre arter av släktet Gyps är nu utrotningshotade i Asien. Detta är en allvarlig varning att beakta.

Klimatförändringarna

Läkemedel som vi förskriver har en påverkan på miljön, och dessutom bidrar hela hälsovården på andra sätt till klimatförändringarna. Enligt en artikel av Helena Wang och Richard Horton i The Lancet släpper National Health Service (NHS) årligen ut mer koldioxid än alla flygplan som startar från Heathrow sammanlagt. Genom transporter, avfall, energianvändning och indirekt påverkan bildas växthusgaser. Detta bidrag till

klimatförändringen är inte bara ett hot mot människans hälsa, utan också i bjärt kontrast till huvuduppgiften för NHS – att främja, upprätthålla och förbättra befolkningens hälsa.

Naomi Klein skriver i sin bok *Capitalism vs Climate* (2014): *"Klimatförändringen är ett kollektivt problem som kräver kollektiv handling i en omfattning som mänskligheten hittills aldrig har lyckats åstadkomma. Ändå har den blivit en del av det allmänna medvetandet mitt under ett ideologiskt krig mot själva tanken på ett kollektivt ansvar."*

Polariteten mellan överdiagnos och underbehandling i försöken att skapa global hälsa möter samma hinder som klimatförändringen, och vi behöver hitta och rösta på politiker som förstår hur man kan förstärka och återskapa gemensamma institutioner.

Låt inte det som kan mätas ta överhanden över det omätbara

Låt mig avsluta med en annan kvinnas visdom. Författaren Rebecca Solnit skrev i en essä om Virginia Woolf, i The New Yorker 2014: *"... det som kan mätas tar nästan alltid överhanden över det omätbara: privat vinst över det allmänna bästa, snabbhet och effektivitet över njutbarhet och kvalitet, det utilitaristiska över de mysterier och den meningsfullhet som är viktigare för vår överlevnad, och för mer än vår överlevnad, för liv som har mening och värden som överlever oss och skapar en civilisation värd namnet."*

Som allmänläkare kan vi inte låta vår föreställningsvärld försmörkas av redovisningssystem, hur viktiga de än tycks vara.

Och Solnit avslutar: *"Upproret mot denna förstörelse är ett kreativitetens uppror till förmån för sådant som inte kan köpas för pengar eller kommenderas fram, till förmån för att skapa det meningsfulla snarare än konsumera det, till förmån för det långsamma, vindlande, sökande, vördnadsbjudande, osäkra."*

Detta är det recept jag vill ge våra patienter, oss själva och vår planet jorden.

Iona Heath

f.d. ordförande för Royal College of General Practitioners, UK



Översättning
Björn Nilsson
Torsby



Bearbetning
Karin Lindhagen
Uppsala

Referenser

1. Princen T. Consumption and environment: some conceptual issues. *Ecol Econ* 1999; 31: 357.
2. Conrad P, Bergey MR. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 2014.
3. Hozo I, Djulbegovic B. When is diagnostic testing inappropriate or irrational? Acceptable regret approach. *Med Decis Mak* 2008; 28 (4): 540-553.



Arbetsrelaterad stress hos ST-läkare i allmänmedicin

**Omkring hälften av ST-läkarna i allmänmedicin i Göteborg och Södra Bohuslän upplevde stress över att arbetsbelastningen hade ökat och över att de inte bestämde över sin arbetstid. De individuella kraven och det egna engagemang-
et var en annan stor stressfaktor. Särskilt stressade var de som arbetade på offentliga vårdcentraler, och de kvinnliga läkarna var mer stressade än de manliga.**

Sveriges läkarförbund genomförde 2012 en stor undersökning för att kartlägga läkarbemanningen i primärvården i Sverige. De två viktigaste resultaten var att antalet specialistläkare i primärvården var otillräckligt och att det dåvarande antalet ST-läkare i allmänmedicin var för få för framtida behov av specialister. Man uppskattade att antalet ST-läkare i allmänmedicin borde öka med 50 % [1].



Denna artikel bygger på en FoU-rapport "Kartläggning av arbetsrelaterad stress hos läkare under specialisttjänstgöring i allmänmedicin", 2017, av Karin Pokorny, leg läkare, genomförd som del av ST-utbildning i allmänmedicin, under handledning av Kristina Holmgren, docent i folkhälsovetenskap och lektor i arbetsterapi vid Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, sektionen för hälsa och rehabilitering Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Karin Pokorny är idag forskningsassistent på Institutet för Stressmedicin, Göteborg.

Rapporten inklusive full referenslista finns på http://medicine.gu.se/digitalAssets/1650/1650199_kartla--ggning-av-arbetsrelaterad-stress_st.pdf

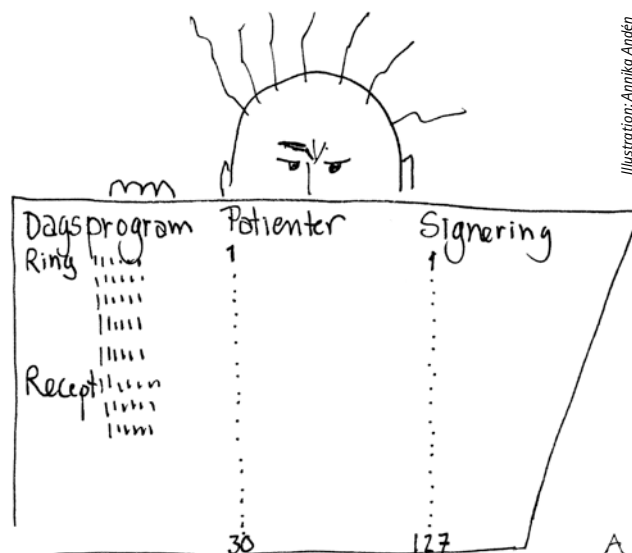
De långa sjukskrivningarna (mer än 90 dagar) har ökat avsevärt hos läkare de senaste åren enligt AFAs senaste arbetsskaderapport från 2016 [2]. Läkartidningen gjorde på basen av detta en kartläggning som visade att läkares långtidssjukskrivningar har ökat 40 % mellan 2009 och 2014. Det är de kvinnliga läkarna som drabbas och de psykiatriska diagnoserna står för ökningen. Nya sjukfall med diagnos F43 (stressrelaterad ohälsa) längre än 90 dagar har ökat från 2,7 till 8,6 per 1000 sysselsatta kvinnliga läkare mellan 2010 och 2015 [3, 4].

Allmänläkarnas arbetsmiljö debatteras flitigt i Läkartidningen och flera enkätstudier bland allmänläkare tyder på brister i arbetsmiljön [5, 6, 7]. Det beskrivs bland annat att läkarna finner det svårt att hinna med sitt arbete, och att raster och obetald övertid används för att utföra arbetsuppgifterna [5, 6].

Psykiskt ansträngande arbete, höga krav och låg kontroll tillsammans med obalans mellan ansträngning och belöning, och rollkonflikter ökar risken för låg självskattad hälsa har visats öka risken för sjukfrånvaro [8, 9].

I början av 2000-talet skapades Work Stress Questionnaire (WSQ), ett validerat och reliabilitetstestat frågeformulär kring självskattad arbetsrelaterad stress [10, 11]. WSQ fokuserar på arbetsklimat och arbetsengagemang och kombinerar dessa aspekter [11]. Tidigare studier där WSQ har använts har visat att kombinationen av otydlig organisation och konflikter med höga individuella krav och engagemang har ett samband med låg självskattad hälsa och sjukfrånvaro [12, 13, 14].

Det är sedan tidigare känt att kvinnor i större grad än män rapporterar besvär till följd av stress och/eller psykiska påfrestningar i arbetet [15]. Det är också konstaterat att kvinnor och män i lika hög grad skattar depressionssymtom och symtom på utmattning vid liknande arbetsvillkor [9]. Bland allmänläkare är andelen kvinnor och män relativt jämnt fördelat [16].



Sedan 2010 måste alla landsting erbjuda vårdval i primärvården. Vårdvalet Västra Götaland Primärvård (VGPV) infördes 2009 [17]. Inga regionala studier om hur arbetsmiljön har påverkats går att finna, och endast ett fåtal nationella. I två mindre enkätstudier från 2013 visade den ena att majoriteten av personalen från Kronoberg tyckte att primärvården fungerade oförändrat [18], medan den andra studien från Östergötland visade att allmänläkarna upplevde en försämring av arbetsmiljön [19]. Ingen av dessa studier gör en jämförelse mellan privata och offentligt drivna vårdcentraler.

Jobbhälsobarometern är en större nationell årlig undersökning om arbetsmiljö som genomförs på uppdrag av Vårdföretagarna, en branschorganisation för privat vård [20], och speglar de anställdas syn på jobbet inom vård- och omsorg. Undersökningen från 2016 visar att medarbetare i privata verksamheter var mer nöjda med arbetsmiljön och upplevde större inflytande på arbetsplatsen än i offentliga verksamheter [20].

Sveriges yngre läkares förening (SYLF) har under 2015–2016 gjort en särskild satsning för att öka kunskapen om stressrelaterad psykisk ohälsa hos underläkare och har tittat på frisk- och riskfaktorer [21]. Baserat på enkätsvar fokuserades det på tre kända faktorer för psykisk ohälsa – autonomi, kompetens och social samhörighet [21]. En betydande andel av underläkarna angav bristande yrkesmässig autonomi. Inga påtagliga skillnader i risk för psykisk ohälsa mellan män och kvinnor hittades [21]. Inga aktuella svenska studier kring arbetsmiljö för ST-läkare i allmänmedicin gick att hitta.

Studien

Syftet med vår studie var att kartlägga i vilken omfattning ST-läkare i allmänmedicin upplever arbetsrelaterad stress samt att undersöka eventuella skillnader mellan kvinnor och män och mellan offentlig- och privatanställda.

Studien utformades som en kvantitativ tvärsnittsstudie. ST-läkare i allmänmedicin i Göteborg och Södra Bohuslän tillfrågades att besvara en enkät i samband med obligatoriska ST-dagar hösten 2016. Enkäten bestod av frågeformuläret WSQ (21 frågor med fasta svarsalternativ om arbetsrelaterad stress uppdelad i fyra frågedimensioner) samt sociodemografiska frågor och en generell hälsofråga från SF-36 [22]. Av 174 ST-läkare som erbjöds att delta besvarade 147 enkäten (64 % kvinnor, 36 % män). Svarsfrekvensen var således 84 %. Data analyserades i statistikprogrammet SPSS med Pearsons chi-2-test. Signifikansnivån sattes till 0,05.

Resultat

Resultaten visade att 48 % av ST-läkarna skattade att de upplevde stress över att de inte bestämde över sin arbetstakt, 56 % över att deras arbetsbelastning hade ökat. En stor andel skattade också att det var stressande med egna höga krav: 64 % ansåg att de upplevde stress då de hade svårt att säga nej trots att de redan hade fullt upp med andra arbetsuppgifter (tabell I).

En större andel ST-läkare som arbetade på offentliga vårdcentraler jämfört med dem på privata vårdcentraler skattade upplevd stress i alla fyra dimensioner av WSQ, framförallt i frågor om inflytande över arbetet och otydlighet i organisationen. En större andel av de kvinnliga ST-läkarna än de manliga skattade upplevd stress i förhållande till individuella krav och engagemang.

Tabell I: Skattad arbetsrelaterad stress i undersökningsgruppen, andel i procent med 95 %, n=147.

Upplevd stress på grund av inflytande över arbetet	% (n ¹)
Hinner inte utföra arbetsuppgifterna	28 (41)
Har inte möjlighet att påverka de beslut som fattas	37 (53)
Chefen tar inte hänsyn till åsikter	19 (27)
Kan inte bestämma över arbetstakten	48 (70)

Upplevd stress på grund av otydlig organisation och konflikter	
Ökad arbetsbelastning	56 (81)
Otydliga mål på arbetsplatsen	28 (40)
Otydliga arbetsuppgifter	17 (25)
Otydligt ledarskap	20 (29)
Förekomst av konflikter	21 (30)
Inblandad i konflikter	7 (10)
Chefen ej gjort något för att lösa konflikten ³	16 (23)

Upplevd stress på grund av individuella krav och engagemang	
Höga krav på sig själv i arbetet	62 (87)
Engagerad i arbetet	48 (66)
Tänker på arbete efter arbetsdagens slut	46 (65)
Svårt att sätta gränser (säga nej)	64 (93)
Tar mycket ansvar för arbetet	42 (60)
Arbetar overtid	53 (76)
Svårt att sova för att man tänker på arbetet	33 (47)

Upplevd stress på grund av konflikt mellan arbete och fri tid	
Svårt att få tid för familjen	30 (43)
Svårt att få tid för vänner	32 (46)
Svårt att få tid för fritidsintressen	36 (53)

¹Varierat antal (n) beror på internt bortfall på enskild fråga

²Andel baseras på alla som svarade på frågan kring konflikt på arbetet.

En större andel av de offentligt anställda läkarna skattade upplevd arbetsrelaterad stress än de som arbetade på privata vårdcentraler. Signifikanta skillnader ses i alla fyra frågedimensioner av WSQ.

Kvinnor skattade högre nivåer av upplevd arbetsrelaterad stress jämfört med männen. Exempelvis skattade hälften av kvinnorna att de upplevde stress i förhållande till stort engagemang för arbetet. Störst skillnad sågs beträffande sömnsvårigheter där närmare hälften av kvinnorna ansåg att detta var stressande till skillnad mot cirka en sjättedel av männen. ■■■➔

Diskussion

Andelen läkare som angav upplevd arbetsrelaterad stress var större än i andra populationer vid jämförelse. Exempelvis svarade nästan hälften av ST-läkarna att de upplevde stress i förhållande till att de inte kunde bestämma över sin arbetstakt, medan motsvarande siffra var 44 % i en studie av arbetsrelaterad stress hos kvinnor som sökte vårdcentral för muskuloskeletal smärta och psykiska symtom [23].

Över hälften av ST-läkarna skattade att de upplevde stress på grund av att deras arbetsbelastning hade ökat, medan motsvarande andel var 38 % i en populationsbaserad tvärsnittsstudie från 2009 av arbetsrelaterad stress hos kvinnor i arbete i åldern 38 samt 50 år [24]. Även i andra frågor av WSQ skattade ST-läkarna högre upplevd stress än i de två ovannämnda studierna [23-24].

Det var en viss övervikt av kvinnliga ST-läkare på de offentligt drivna vårdcentralerna. Det är därmed inte avgjort att kön är den enda betydande variabeln för de skillnader som sågs i undersökningen. Tidigare är det visat att symptomutveckling vid stressrelaterad ohälsa är lika för män och kvinnor vid liknande arbetsvillkor [10].

Skillnaden mellan offentligt respektive privat ägda vårdcentralerna kan tänkas bero på skillnad i organisatorisk struktur. De offentliga vårdcentralerna har troligtvis längre beslutsvägar, även om vissa privata vårdcentraler också liksom de offentliga är del av en större organisation med flera beslutsnivåer.

Sammanfattningsvis såg vi att ST-läkarna skattade höga nivåer av upplevd arbetsrelaterad stress. En förbättring av arbetsmiljön för ST-läkarna är viktig såväl för att minska den individuella läkarens risk för ohälsa och sjukskrivning som för att underlätta rekryteringen av ST-läkare i allmänmedicin, både på lokal och regional nivå. Framförallt bör fokus läggas på of-

fentligt anställda läkare och kvinnliga läkare. Då det finns stora regionala organisatoriska skillnader är resultaten inte utan vidare generaliserbara för andra landsting eller regioner i Sverige.



Karin Pokorny

ST-läkare

Forskningsassistent på Institutet
för stressmedicin, Göteborg
karin.pokorny@vgregion.se

Jäv: Kvinna och ST-läkare i allmänmedicin.

Referenser

1. Sveriges läkarförbund. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
2. AFA Försäkringar. Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro - 2016. [rapport på internet]. Stockholm:AFA Försäkringar; 2016 [citerad 2017-03-22]. Hämtad från: <https://www.afaforsakring.se/forebyggande/analys-och-statistik/rapporter-om-arbetsskador-och-sjukfranvaro/>
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; Feb 2014.
10. Holmgren K, Dahlin-Ivanoff S. Women on sickness absence- views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. Disabil Rehabil. 2004;26(4)213-22.
11. Holmgren K, Hensing G, Dahlin-Ivanoff S. Development of a questionnaire assessing work-related stress in women-identifying individuals who risk being put on sick leave. Disabil Rehabil. 2009;31(4)284-92.

Saxat från Läkare mot tobak <http://www.doctorsagainsttobacco.org/>.

Risker med snusning



Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få saker är så hälsofarliga som rökning. Hälsoriskerna för snusaren bör jämföras med att inte alls använda någon form av tobak.

Snus innehåller över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan, varav minst 28 är cancerframkallande.

Snusning ökar risken för dödlig hjärtinfarkt och stroke, munslemhinneförändringar med blottade tandhalsar samt diabetes typ 2 vid en konsumtion av minst 5 dosor/vecka.

Indikationer finns att snusning ökar risken för hjärtsvikt, förhöjt blodtryck, metabolt syndrom, cancer i

matstrupe, magsäck, ändtarm, bukspottkörtel och mun, liksom för idrottsskador i rörelseapparaten och alkoholberoende. Snusning kan vara inkörsport till rökning hos ungdomar.

Därtill kommer riskerna för fostret vid snusning under graviditet och amning.

Snus som rökavvänjningsmetod

Vetenskapligt stöd för att rekommendera snus som rökavvänjningsmetod saknas. Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ska vårdn inte rekommendera "rökavvänjning med snus".

Annons

BEON – bästa effektiva omhändertagandenivån

Förändrat arbetssätt, arbetsväxling och standardisering inom primärvården i Värmland

Förändringsarbetet i primärvården i Värmland startade 2016. Bakgrunden är en situation där kvaliteten på den vård värlänningen får inom primärvården skiljer sig stort mellan de olika vårdcentralerna. Personalen är under hög belastning och det råder brist på bland annat läkarresurser. Primärvårdens läkare i Värmland har en hög medelålder och många av dem är snart pensionärer. Behovet av att utveckla och reformera primärvården är stort.

Bedömningen har gjorts att vissa sjukdomstillstånd mycket väl kan hanteras av annan legitimerad sjukvårdspersonal än läkare med bibehållen eller i vissa fall med ökad kvalitet. Det ses också som viktigt att lyfta fram andra yrkesprofessioner – inte minst för att förbli en attraktiv arbetsgivare och säkra kompetensförsörjning framåt.

För att få en jämlik vård mellan de olika vårdcentralerna inom länet såg man det som nödvändigt med en ökad standardisering och minskade variationer inom många områden. Efter en förstudie hösten 2016 identifierades sju områden med stora möjligheter att överföra en del av dagens läkarbesök till andra yrkeskategorier vid differentierade mottagningar: astma-KOL, hypertoni, hjärtsvikt, diabetes, infektion, led och muskel (muskuloskeletala besvär) och psykisk hälsa.

Förstudien

En förstudie genomfördes på fem vårdcentraler med sammanlagt 40 000 listade patienter. Den indikerade att ett stort antal läkarbesök kan ersättas av besök hos exempelvis fysioterapeut, psykolog/kurator eller sjuksköterska (tabell 1). Totalt skulle 225 läkarveckor kunna frigöras (en besparing på cirka 14 miljoner

kronor) genom detta. Kostnaderna för besöken hos fysioterapeuter m.fl. uppgår uppskattningsvis till cirka sju miljoner kronor vilket ger en nettobesparing på cirka sju miljoner.

Om man ser till samtliga offentligt drivna vårdcentraler i Värmland är motsvarande besparingspotential cirka 80 miljoner kronor och nettobesparingen skulle motsvara 40 miljoner kronor.

Utvecklingsarbete

Genom att omfördela resurserna såg man möjligheter att läkarna kan använda mer tid till de patienter som behöver dem mest samt ägna mer tid åt forskning, utbildning och kompetensutveckling.

Med förändringsarbetet kommer även distriktsköterskans roll på vårdcentralen att utvecklas. En sådan utveckling har varit efterfrågad under många år. Vi ser vidare möjligheter med att belastningen från telefonrådgivningen kommer att minska och att därmed kan arbetsmiljön utvecklas i en positiv riktning även inom detta område.

Efter analysfasen startade ett utvecklingsarbete under våren 2017 som syftade till att ta fram styrdokument och triageringsmodeller för de valda områdena. Fler än 120 medarbetare från öppenvården har varit delaktiga i arbetet.

Den 21 juni beslutade Hälso- och sjukvårdschefen att förändringsarbetet med att utveckla BEON ska fortsätta. Nästa steg i detta är utbildning och implementering under hösten 2017. Primärvårdsrehabiliteringen ska utökas med 10 tjänster inom ramen för vårdval fysioterapi för att möjliggöra fortsatt förändringsarbete inom ramen för bästa effektiva omhändertagande nivå.

Arbetet går nu vidare och utbildningsbehov har främst identifierats inom områdena hjärtsvikt, hypertoni och infektion. Målet är att mottagningar och förändrat arbetssätt ska vara implementerat från och med den 1 november på samtliga vårdcentraler.

Tabell 1

Område	Andel läkarbesök som kan ersättas av annan yrkeskategori	Ersätts av yrkeskategori
Infektion	70 %	Distriktsköterska
Diabetes	30 %	Distriktsköterska
Astma/KOL	30 %	Distriktsköterska
Hjärtsvikt	60 %	Distriktsköterska
Högt blodtryck	60 %	Distriktsköterska
Led och muskel	60 %	Fysioterapeut
Psykisk hälsa	60 %	Kurator/psykolog

Tabell 2

	Antal läkarbesök som kan ersättas med fysioterapeut	Antal läkarbesök som kan ersättas med psykresurs	Antal läkarbesök som kan ersättas med sköterskebesök
Likenäs	360	104	506
Torsby	1 106	407	2 647
Munkfors	445	127	1 091
Sunne	1 040	460	2 864
Hagfors/ Ekshärad	1 364	455	3 439

Uppföljning

Under 2018 förväntar man sig att se mätbara effekter av förändringsarbetet. En effektmätning kommer att ske från 2018 och framåt. Man avser att ha mätresultat från 2015 som Baseline för jämförelserna. Mätningar och jämförelser kommer bland annat att ske inom följande områden:

- Medicinsk kvalitet: Utvalda faktorer ur Primärvårdskvalitet.
- Led och muskel: Sjukskrivning, analgetika, röntgenremisser.
- Astma/KOL: Exacerbationer i sig.
- Diabetes: Utvalda indikatorer ur vården i siffror.
- Infektion: Antibiotikaförskrivning, följsamhet enligt STRAMA.
- Psykisk hälsa: Dialog med FoU-enheten hösten 2017.
- Hjärtsvikt: Uppföljning av uppnående av målvärden.
- Blodtryck: Hur många som når målvärden.
- Arbetsmiljö: Faktorer ur medarbetarenkäten och sjukskrivningstal.
- Produktionsförflyttning: Förändring antal besök per yrkeskategori.
- Hyrläkarkostnader: Jämföra kostnader.
- Patientnöjdhet: Jämföra faktorer ur patientenkäten.
- Tillgänglighet: Telefon och besök inom sju dagar.

Under 2017 har landstinget i Värmland anskaffat utdataprogrammet Medrave vilket kommer att underlätta och stödja uppföljning av medicinska kvalitetsparametrar vid respektive vårdcentral.

Läkarna är tveksamma

Den 30 augusti hölls ett möte med frivilligt anmälda läkare under rubriken "Ambassadörsskaps-BEON". Viss skepsis till förändringen framkom i läkarkåren.

Det övergripande syftet med BEON är att:

- uppnå bättre medicinsk kvalitet
- skapa en bättre arbetsmiljö
- minska hyrläkarkostnaderna

"Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom". (Målbeskrivning allmänmedicin.)

Hur kommer det att gå med dessa visioner och med vårt arbetssätt? Vill vi jobba så här? Kanske försvinner arbetsglädjen? Roll som konsult och i vissa fall receptförskrivare? Träffa färre patienter? Kanske kommer vi bara att träffa komplicerade multisjuka patienter?

Vill man arbeta som familjeläkare återstår valen att jobba privat eller lämna Värmland.

Man får känslan av att man räknat hem vinsten innan försöket ens börjat. Kanske skulle man prövat arbetssättet på några vårdcentraler och utvärderat innan man genomförde det på alla vårdcentraler?

Jäv saknas.

Anders Holm

Vårdcentralen Torsby
anders53holm@gmail.com



Om lusten att söka tillförlitlig kunskap

Samtal om forskning och utbildning i primärvården

Dr Ferdinando Petrazzuoli är allmänläkare i den lilla staden Raviano i Syditalien, en timmas bilresa från Neapel.

– Jag övertog den lilla enläkarmottagningen efter min far som dog plötsligt 1989, säger Ferdinando. Vid den tiden var jag inne på ett helt annat spår och jobbade som kardiolog på ett sjukhus i Neapel. Valet jag ställdes inför var mycket svårt, men till slut var det ingen tvekan. Jag kände ett ansvar och en lockelse att arbeta som personlig läkare i min egen hemstad. Och jag har aldrig ångrat mig. Idag har jag cirka 1 500 personer på min lista.

Ferdinando och jag träffas på FoU Kronoberg i Växjö. Han är här för att träffa sin svenska handledare Hans Thulesius under några dagar.

Måste du åka ända till Sverige för att hitta handledare?

– Inte just till Sverige förstås, men möjligheten till akademisk handledning inom allmänmedicin i mitt hemland är nästan obefintlig. Det finns ingen akademisk tradition, inga allmänmedicinska institutioner. Man kan nog säga att det råder ömsesidig misstro mellan allmänläkarna och akademien. Inom akademien tycks man inte tro att allmänmedicinerna duger till forskning och allmänläkarna själva tycks ifrågasätta nyttan av akademisk forskning. Jag är inte helt säker, men troligen är jag den förste doktoranden inom allmänmedicin i Italien.

– Jag kom in på forskningsspåret tack vare mitt deltagande i WONCA-konferenser (har besökt alla europeiska konferenser sedan 2001 i Finland). Lite senare gick jag med i det europeiska forskningsnätverket EGPRN. Det har gett mig många kon-

takter och viktiga impulser. Jag tog en masterexamen i Belfast 2008. Några år senare träffade jag Hans Thulesius, som drog in mig i ett projekt om demenssjukdomar i primärvården. Jag är bland annat med och validerar ett diagnostiskt instrument som kallas AQT.

– Hans hjälpte mig med kontakter till allmänmedicinska institutionen i Malmö-Lund där jag är inskriven som doktorand med Hans som huvudhandledare och Patrik Midlöv som bihandledare. Enligt planerna ska jag disputera 2019.

– Jag måste själv bekosta nästan all forskningstid, resor för handledning, deltagande i konferenser m.m. Som allmänläkare i Italien måste du stå för alla kostnader om du lämnar mottagningen, lön för vikarie även vid semester. Ditt kontrakt gäller heltid året runt! Numera åker jag för handledning till Sverige 5-6 gånger per år.

Varför alla dessa personliga och ekonomiska uppoffringar? Är det verkligen så viktigt med forskning inom primärvården?

– Ja, primärvårdsforskning är avgörande för att vi ska få relevanta och tillförlitliga kunskaper om de patienter vi möter dagligen. De allra flesta av våra patienter är gamla. De har många sjukdomar, varav en hel del psykiska av typ demens. De äter många olika mediciner och har inte alltid lätt att följa givna ordinationer.

– Allt detta utgör ofta exklusionskriterier i de stora studier om diagnostisk och terapi som bedrivs från de akademiska institutionerna, inte sällan i samarbete med läkemedelsindustrin. Våra patienter finns alltså inte på forskningsagendan. Vi tvingas behandla dem som om de vore människor i sina bästa år med en enda sjukdom. Det är ohållbart i ett kunskapssamhälle som vårt!

– Detta är huvudskälet till att jag satsar tid och egna pengar. Vad kan vara mera lustfyllt och meningsfullt än att försöka bidra till utvecklingen av ny, tillförlitlig kunskap?

– Såvitt jag vet är den enda inhemska forskning som bedrivs i Italien idag en slags auditstudier, som koordineras av ett par olika institut med ganska nära koppling till industrin.

Säger detta något om allmänmedicinen i Italien som helhet?

– Egentligen inte! Vi är cirka 45 000 allmänläkare i Italien av totalt nästan 244 000 läkare. Alltså knappt 20 procent av italienska läkare är allmänläkare, men utan överdrift vill jag påstå att vi kan erbjuda en bra vård med god tillgänglighet och kontinuitet. Dock är resurserna för rehabilitering dåliga.

– Nästan hela primärvården är offentligt finansierad. Varje allmänläkare har sin egen lista och får en kapitationsersättning som grundar sig på antal patienter, ålder och några andra variabler. Barn under sex år listas hos pediatriker i öppen vård.

– Fortbildningen regleras av ett system, där man måste uppnå



Hembyn Ruviano i Neapeltrakten.



Dr Fernando Petrazzuoli på FoU Kronoberg under en målning av sin berömda landsman Caravaggio.



Ferdinandos villa och mottagning.

150 poäng under en treårsperiod. Det handlar om cirka 10 hela utbildningsdagar per år, ofta lördagar.

– Allmänmedicin har varit en egen specialitet sedan 1984, men villkoren är fortfarande klart sämre än för andra specialiteter. För specialistkompetens krävs tre års tjänstgöring varav ett år inom allmänmedicin och två år på sjukhus inom intermedicin, kirurgi och pediatrik huvudsakligen. Redan som ST-läkare får allmänmedicinerna sämre betalt, bara drygt halva lönen mot ST-läkare inom sjukhusspecialiteter.

Forskning och undervisning framöver?

– Många allmänläkare är i likhet med mig själv engagerade som lärare och handledare under utbildningen, men utan möjligheter att bedriva egen forskning. Här finns alltså mycket att göra och jag hoppas att nästa generation allmänmedicinare inte ska tvingas ha sin fasta punkt utomlands, även om betydelsen av internationella kontakter är helt ovärderlig.

– I flera nordeuropeiska länder bedrivs idag primärvårdsforskning av mycket god kvalitet. Jag tänker främst på Storbritannien och Holland, men också på Sverige och övriga Skandinaviska länder. Jag har mycket att tacka Sverige och WONCA-Europe för. Sedan fyra år är jag dessutom medlem i SFAM och får AllmänMedicin hem i brevlådan.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



En Vanlig Dag

En svensk allmänläkare i USA berättar

Klockan är 04:30 en vanlig vardagsmorgon. Min iPhone väcker mig med Four80East's "Bumper to Bumper". Kaffet är klart i automatbryggaren och jag sätter mig med min läsplatta. Jag läser nyheterna på BBC och The New York Times, kollar email och väderprognosen.

Så gör jag brasa i Jötul-kaminen och går ut till stallet med hästarnas frukost. Jag säger, på svenska, "finns det några snälla hästar här?" Mina två vita arabhästar svarar med lågmälda gnägganden. Det är tre grader kallt i mittgången och jag kan se min andedräkt. Dvärggetterna får hö innan jag sätter på vita kökshandskar och mockar i stallen.

Kall om händerna går jag in i köket och äter ståfrukost med Wasabröd, Kalles kaviar, hårdkokta ägg och mera kaffe. Jag stoppar en tunnbröds-smörgås i portföljen med ett par äpplen och kaffe i termos. Hundarna och min fru har vaknat när jag kommer ut ur duschen. Jag väljer skjorta och en nymodern, smalare slips, inköpt cirka 1980 på Gulins i Norrköping.

Kvart i åtta lämnar jag huset. Min stora SUV glider på sina finska dubbdäck nästan ljudlöst genom nysnön och jag lyssnar på nyheterna medan den smala vägen slingrar sig utefter Atlantkusten. Ibland ringer jag och pratar med Autumn, mitt mottagningsbiträde, om dagens patienter. Idag är det en patient som varit inne dagen innan när vi inte hade röntgen. Bilderna idag antyder en radiusfraktur. Jag ber att Autumn håller kvar patienten tills jag kommer.

Fyrtiotva minuter efter starten är jag på mottagningen. Handledspatienten får en skena och vi remitterar till ortoped. Förr

i tiden definitivt behandlade jag sådant här själv, men nu finns det gott om ortopedier och allmänläkare behandlar färre och färre frakturer.

Vi håller vår "Morning Huddle". Nancy, legitimerad sjuksköterska och "care coordinator" ansluter. Vi går igenom vilka patienter som var på akuten, vilka som ligger inne och vilka som kommer in idag. Har vi allt vi behöver för diabetespatienterna, de nyligen utskrivna, de som hade magnetröntgenundersökningar eller specialistkonsultationer? Hur många akutbesök kan vi klara idag? Var kan vi dubbelboka om det behövs?

Jag har tjugo patienter i schemat. Först är en "Annual Wellness Visit", ett gratis pratbesök för en 70-årig Medicare-patient. Medicare täcker inte hälsoundersökningar men har nyligen lanserat den här sortens väldigt reglementerade besök. Om vi missar en enda komponent, som till exempel behandlingsplan för varje överviktig patient, riskerar vi att få betala tillbaka vår ersättning.

Andra patienten är en sjuttiofårig man som sökt för ikterus vid ett mindre sjukhus, blivit remitterad till Cityside Hospital där flera försök till ERCP misslyckades. Han utvecklade sepsis och skickades till "The Brigham" i Boston, där han fick en stent och undergick en komplicerad gallblåsoperation med dränage av en liter var från en perihepatisk abscess. Han utvecklade förmaksflimmer och hjärtsvikt. Nu sitter han här med hosta, mild andnöd och nästan obefintliga andningsljud i nedre halvan av höger lunga. Röntgenbilden visar en stor "effusion" (pleuravätska). Inom fem minuter har jag kirurgen på telefon. Hon bekräftar att vad jag såg var vad de hade sett en vecka tidigare.



"Three season room" med Jötul-kaminen.



Huset är byggt 1790.



Hästarna i stallet.



Hans Duvefelt på sin mottagning.

Efter ett diabetesbesök och en blodtryckskontroll ser jag Dustin, en nioårig pojke som kvällen innan varit på akuten med en snöbollsskada under höger öga. Han har ett stort blåmärke och svullnad över näsroten och högra kinden. CT-rapporten indikerade maxillarfraktur och näsfraktur i gott läge. Maxillofacialkirurgen ville inte behandla ett barn. Så här sitter Dustin och hans mamma och det är upp till mig att han får rätt behandling. Jag kontakter mottagningen. "Jag ser inte någon fraktur, trots radiologiutlåtandet" säger kirurgen. Så jag kan låta Dustin gå hem och vi kontrollerar näsan när svullnaden gått ned.

"Triage at the Front Desk" går det ut i högtalarsystemet. Personal skyndar sig till andra ändan av den stora byggnaden. Det är min patient, olycksfågeln och förtidspensionären "Bubba" Bragdon, som har skurit sig i tummen. Jag retar honom lite medan jag lägger digitalblock med Xylocain och plockar fram instrument och suturmateriel. Han behöver fem stygn.

En medelålders dam har en röd, varm och smärtsam medial fotled med några fula skrapor i huden. Gikt eller cellulit? Jag förskriver prednisolon och gararderar med cephalexin.

Jag äter min tunnbröds-smörgås vid mitt skrivbord medan jag läser telefonmeddelanden och förnyar recept på kontrollerade läkemedel. Jag lägger nyckelknippan framför mig och trycker på den speciella nummargeneratorn för att kunna skicka recepten elektroniskt.

Det är en ständig kamp att hinna ikapp med alla dokument och laboratoriesvar som kommer in på datorn. Förr sorterade personalen så att jag kunde ta det viktigaste först, men nu kommer allting osorterat. Onormala svar markeras med ett utropstecken. Det fungerar för röntgensvaren, men laboratoriesvar har samma utropstecken vare sig de bara är statistiska normalvarianter eller näst intill panikvärden. Lyckligtvis får jag personlig underrättelse om de allra värsta resultaten.

Eftermiddagen går fort med ytterligare ett par blodtryckskontroller och diabetesbesök. Diabetespatienternas journalanteckningar kräver en lång rad kommentarer om ögon- och fotundersökning, mikroalbumin, blodtrycksvärden, ACE inhibitorer, aspirinterapi, tioårsrisk för hjärtsjukdom m.m. Det ger lite tid till "motivational interviewing" om diet och fysisk aktivitet.

Oftare än jag vill gör jag hälsokontroller sent på eftermiddagen. Jag har byggt journalmallar som gör dokumentationen snabb och enkel. Allteftersom dagen gått har jag hållit ikapp

med journalföringen, antingen på datorn i mottagningsrummen eller lika ofta på min iPad. Jag har Dragon på mitt kontor som transkriberar den mest invecklade medicinska terminologin jag kan åstadkomma, men iPaden får man prata mer folkligt inför. När jag skriver på egen hand blir det två fingrar, ganska snabbt, med ursikten att när jag gick i skolan sade man "du som ska bli läkare behöver inte ta maskinskrivning, för det finns ju läkarsekreterare". Ironiskt nog, efter ett antal års försök att få läkare att skriva allt själva, så använder fler och fler specialister och akutmottagningar "scribes" som sitter med i rummet och för journal. Inte hos oss, dock.

Näst sist är en tonåring med hudutslag. En yngre kollega förskrev kräm mot hudsvamp utan resultat. Pojken hade streptokockinfektion nyligen och har guttat psoriasis med Köbnerfenomen som hotar en nygjord tatuering. Jag ringer en dermatolog och han får en återbudsplats om två dagar.

Dagens sista besök är en överraskning. Det skulle ha varit en överviktig tonårsflicka med ADHD och bipolär sjukdom, men hennes mamma är här, ensam och i tårar. Dottern, som jag bara har sett en gång tidigare, ligger hemma i sängen och tittar på sin iPhone. Hon har länge i stort sett vägrat att göra någonting.

Jag tittar på schemat för barnpsykologen i andra ändan av mottagningen. Han är ledig just nu. Jag går över och berättar vad jag vet, och så går vi tillsammans till mottagningsrummet. Jag introducerar honom för den förtvivlade mamman som behöver stöd med sin deprimerade tonåring. Det är det som man i integrationssammanhang kallar "warm handoff".

Medan psykologen och mamman pratar går jag igenom de sista telefonmeddelandena på datorn och sedan loggar jag av. Det är mörkt ute och det har slutat snöa för länge sedan.

Efter middagen sitter jag i arbetsrummet jag har inrett i lädan, med elvärme och plexiglasfönster mot stallen, och gör lite mer journalarbete på min iPad. Jag skriver ett blogginlägg på acountrydoctorwrites.com och läser några artiklar i veckans New England Journal of Medicine. När klockan är närmare tio är det sovdags. Jag reflekterar över att jag har jour och att mobilen har varit tyst hela kvällen, en "no-hitter", som det heter på baseball-terminologi. Förr i tiden var jourerna jobbigare. Jag tror folk söker hälsoråd och information på Internet hellre än de ringer sin familjeläkare.

Det blir inte mycket tid till annat när man är allmänläkare på heltid här. Men det är det jag är, och det jag ser som min livsuppgift. Min pappa pensionerade sig vid 62 års ålder; jag är 64 och kan inte tänka mig att sluta vara doktor. En av mina kollegor är tjugo år äldre än jag och "still going strong". Jag läste just om hur Sverige tillåter eller kanske till och med uppmuntrar tvångspensionering.

För mig känns det som om jag just blivit varm i kläderna...

Hans Duvefelt

Allmänläkare

Bucksport Regional Health Center, Bucksport, Maine

Cary Medical Center, Caribou, Maine

hduvefelt@gmail.com

Läs artikeln "En svensk läkare söker sig till USA:s mest avlägsna hörn" i AllmänMedicin 2017;2:48-51 och bloggen <http://acountrydoctorwrites.com>.

Etikdagen 2017: Mottagning på nätet

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbunds gemensamma etikdag 2017 hade titeln Mottagning på nätet.



Valdemar Erling, medicinöverläkare på Kungälv's sjukhus, gick tillbaka till Hippokrates när han berättade om sin syn på det personliga mötet. "Att veta vilken patient jag har framför mig är viktigare än att veta vilken sjukdom patienten har." Samtalet var den grundläggande läkaruppgiften fram till 1850-talet.

När den medicinska vetenskapens utveckling hamnade fokus på diagnosen. Men för att ställa diagnos behövs det personliga mötet.

På medicinkliniken ville man ha ett värdigt och personcentrerat möte med patienten. Man ersatte rondens vid sängarna på salarna med att de berörda sitter tillsammans i ett rum. Samtalen blir helt annorlunda.



Susanne Barenius, Sjästadens vårdcentral i Stockholm, diskuterade vad det är som gör en vårdcentral till en vårdcentral. Hon talade om kontinuitet, patientcentrering och om att vara generalist med expertkunskap om de egna patienterna. Kontinuitet förebygger onödiga utredningar och behandlingar. Hälsoinformationen blir mer effektiv,

sträcker sig över hela familjen. Patientens eget hälsoansvar kan förstärkas så att onödiga besök i sjukvården undviks.

Tillgänglighet skapar trygghet, och då minskar behovet av besök. Patienten får sin behandling omväxlande via telefonen och fysiskt besök. I Stockholm blir det obligatoriskt från årsskiftet att erbjuda kontakt via videolänk.

Genom att specialist, utbildningsläkare och distriktssköterska delar lista ökar flexibiliteten och tryggheten. Vi ska följa patienten från vaggan till graven. Det saknas forskning om värdet av "en dos doktor", men vi vet att primärvården är kostnadseffektiv och nödvändig för att vården ska fungera.



Johan Flodin är medicinskt ansvarig läkare på Kry. Första visionen var att erbjuda en ny typ av service till traditionella vårdcentraler. Lokala lösningar löser inte problemen med personalbrist och låg tillgänglighet. År 2016 beslöt Region Jönköpings län att likställa digitala besök med traditionella fysiska besök. Man är nu på väg mot maskininläring för vårdgivarna och patientnära kontroller för patienterna. Vården

ska bli mer proaktiv och mindre reaktiv. Man vill integrera och sammansvetsa den fysiska och den digitala vården. För detta behövs ändrad lagstiftning och förbättrad samhälls-IT-struktur.

Patientens väg genom vården börjar idag ofta på en hemsida eller informationsportal. Den går vidare till egendiagnos och vård, rådgivning av sjuksköterska, digital konsultation med läkare och slutar kanske med ett fysiskt läkarbesök.



Thomas Lindén är ordförande för Läkarförbundets etik- och ansvarsråd. Han utgick dels från WMA:s genøvedeklaration, dels från Läkarförbundets etiska regler och regler för marknadsföring av läkarverksamhet. De senare kommer att revideras.

"Marknadsföring av läkarverksamhet ska vara saklig och korrekt, värdig till form och innehåll och även i övrigt vara tillbörlig. Marknadsföring av läkarverksamhet ska ske så att verksamheten lätt kan identifieras. Där så är lämpligt kan och bör verksamma läkare anges."

Det finns också regler för läkemedelsreklam och försäljning av egenvårdsprodukter på mottagning. Sanktionsmöjligheterna är inomprofessionellt, påpekande, uteslutning, domstol och kanske media.

Åhörarna uttryckte sina åsikter via mentometer. Ibland vägde det jämt mellan två svar.

- Digitala läkarbesök bör vara komplement till fysiska läkarbesök.
- Digitala läkarbesök ger begränsade möjligheter att ställa korrekta kliniska diagnoser och ge behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Diagnoser som kan handläggas digitalt är urinwegsinfektion *alternativt* ingen.
- Sjukintyg ska utfärdas bara om man tidigare haft kontakt med patienten.
- Marknadsföring i allmänna medier är något vi får acceptera *alternativt* är stötande och ovärdigt läkaryrket.
- Vårdcentral på nätet kan vara komplement till vårdcentralen *alternativt* det bör vara patientens egen vårdcentral som tillhandahåller tjänsten.
- Möjlighet att lista sig enbart hos en digital läkare: Endast om möjlighet till fysiska besök finns.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Sagan om sjukvård

Det var en gång ett land långt upp i norra Europa som hade världens kanske bästa sjukvård. Landet hade varit fattigt, men genom att slippa två världskrig hade det blivit allt mer välmående. Det var varken kapitalistiskt eller socialistiskt utan något mitt emellan.

Sjukvården finansierades solidariskt av alla genom skatter. Pengarna räckte till en god basal sjukvård åt alla innevånare. Sjukhusen hade så många vårdplatser att det alltid fanns möjlighet för inläggning av de patienter som behövde det.

Doktorerna var inte så många, varken på sjukhusen eller utanför dessa, men då doktorn fick betalt av varje patient som sökte honom gick det nästan alltid att få träffa doktorn om man ville. Nästan alla doktorer var män, kvinnor med intresse för sjukvården blev i stället sjuksköterskor. Dessa fick inte mer betalt för att sköta fler patienter, men då de flesta redan var försörjda och valt sitt arbete mer som ett kall än som en inkomstkälla spelade det inte så stor roll.

Doktorn arbetade ensam på den tiden, både på sjukhusavdelningar och mottagningar. Den avdelning doktorn skötte hade 30 vårdplatser och sköttes av doktorn med hjälp av överläkaren som gick rond på en av sjukhuset fyra avdelningar varje dag.

Inom vissa specialiteter kunde doktorerna ta emot många patienter varje dag. Öronläkare och röntgenläkare kunde tjäna mycket mer än andra doktorer, då deras undersökningar som regel gick mycket fortare än om patienterna hade mer komplicerade sjukdomar.

Ville man som patient ha flera undersökningar gjorda fick

man betala extra för varje undersökning, så det var inte bara doktorerna som levde i en ojämlik värld.

Så kunde det inte vara i ett land styrt av en socialistisk regering.

Sjukvårdsreformen löste problemet. Alla patienterna betalade lika mycket, dvs. sju kronor per besök, alla doktorer fick samma eller nästan samma lön.

Snart började nya problem uppträda. Ingen ville längre jobba som öronläkare eller röntgenläkare eftersom lönen sjunkit men inte arbetsmängden. Köerna började växa, inte bara till dessa specialiteter utan till alla sjukhusmottagningar. Fler doktorer anställdes, men inte heller dessa var särskilt benägna att ta emot patienter. Patienterna började i allt större utsträckning hänvisas till primärvården där de rimligen borde kunna skötas.

Med allt fler doktorer på sjukhusen blev organiserandet av arbetet allt viktigare. Ekonomerna räknade ut att om antalet sängplatser kunde minskas skulle kostnaderna för vården minskas. Många platser upptogs av klinikfärdiga patienter som knappast behövde sjukhuset resurser längre.

Lösningen blev ÅDEL-överenskommelsen. Alla patienter på landstingens sjukhus och långvårdsavdelningar överlämnades i kommunens trygga famn. Någon läkartillsyn behövdes inte, social omsorg skulle bota allt när man blivit så gammal att man inte tillhörde de politiska partiernas kärnväljare.

Problemet var löst. Patienterna försvann till en annan huvudman.

Nej, riktigt så enkelt var det nog inte. Primärvården, som nu skulle sköta både sjukhusens polikliniska patienter och sjukhusens gamla långliggare, hade lovats stora satsningar av politikerna, men då det inte gick att besätta tjänsterna utanför storstäderna gick pengarna snabbt åter till sjukhusen i form av nya läkar- och sjukskötersketjänster.

Patienterna fick visserligen tid hos primärvården, men då som regel till en hyrläkare eller läkare under utbildning och inte till sin egen doktor som många trodde sig blivit lovad.

Patienterna åkte i stället till akuten där de träffade en doktor under utbildning. Doktorn löste sina problem genom att röntga patienten där symptomen satt och lägga in patienten på en redan överbelagd avdelning.

Så småningom blev sjukvårdens problem så stora att något åter måste göras.

– **Vi kallar till en utredning** så att folket slutar klaga, sa rikspolitikern.

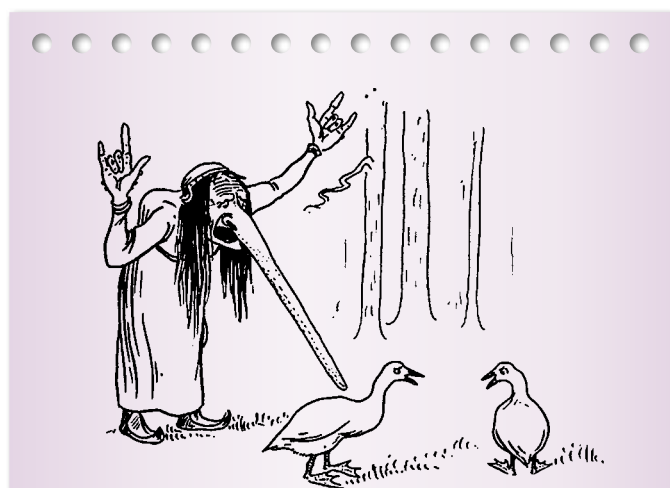
– Det passar mig fint, sa landstingspolitikern. Vi har så höga kostnader för hyrläkare så jag deltar gärna.

Facken var med på noterna. Arbetsförhållandena för personalen på akuten måste ändras om inte medlemmarna skulle lämna fackföreningarna.

– **Vi kanske skulle ta med någon från primärvården**, sa landstingspolitikern.

– Det är väl knappast nödvändigt, sa facket. Det är ju primärvården som borde skött jobbet. Men för all del, de är ju också medlemmar.

När första mötet nästan var avslutat undrade den gamle di-



Sagan om Pomperipossa med den långa näsan av Axel Wal-lengren (Falstaff Fakir) 1895. Den elaka häxans näsa blir längre varje gång hon trollar.

Pomperipossa i Monismanien, en satirisk saga av Astrid Lindgren 1976 när hon upptäckte att hon betalade 102 procent i marginalskatt.

striktsläkaren, som äntligen fått ordet, om någon frågat patienterna varför de envisades med att åka till akuten och lägga in sig på överbelagda vårdavdelningar mitt i natten.

– Jag förstår inte frågan, sa rikspolitikern. Blir jag sjuk ringer jag min privatläkare här i Stockholm.

– Så kan vi inte göra i min region, sa landstingspolitikern, där har vi nästan inga privatläkare. Jag ringer en av klinikcheferna, så brukar det ordna sig.

– Jag pratar med en av mina kolleger som är bakjour på akuten, sa sackrepresentanten. Jag förstår inte att inte patienterna kan vara lika smidiga som vi, då skulle vi slippa köerna på akuten.

Ekonomen, som så här långt hållit tyst, kunde inte längre hålla sig längre:

– Kan inte folk söka sin vårdcentral får vi straffa inte bara patienterna utan även vårdcentralerna med dyra avgifter. Oavsett om patienterna är sjuka eller friska ska de hålla sig borta från akuten.

Distriktsläkaren, som var trött efter en lång mottagning, vaknade till igen och meddelade att hans vårdcentral inte kunde ta emot några fler patienter då flera av hans kvinnliga kolleger numera var utbrända och de hyrläkare han kunde få tag på – alla män – dels var för dyra, dels ibland var tveksamt kompetenta.

– **Då inrättar vi en sjukvårdsrådgivning** som kan styra undan patienterna, föreslog landstingspolitikern.

Rikspolitikern nickade instämmande.

– Vi kan göra så i hela landet.

Problemet var löst igen.

Men ibland går det illa även i sagornas värld. Doktorerna ägnade allt mindre av sin arbetstid till att träffa patienterna, Allt fler doktorer skötte allt färre patienter inne på sjukhusen. Tjugofem sjukhusplatser per doktor blev till en vårdplats på inte en, utan flera doktorer.

”Men det är väl inte möjligt”, skulle Pomperipossa sagt. ”Så många doktorer kan väl inte finnas på en patient. Hur kan en patient hinna träffa alla dessa doktorer?”

”Jo”, skulle Facket sagt. ”En gammal häxa som du förstår inte hur mycket tid som kan gå åt till andra saker än att träffa patienter på ett stort sjukhus. Många patienter, särskilt de gamla, behöver inte träffa doktorerna alls, utan kan få sin vård av särskilt utbildade sköterskor, så inte tror jag patienterna lider av att det är så många doktorer på sjukhusen. Vi doktorer har

mycket papper att fylla i, möten och konferenser att gå till. När man själv inte längre träffar så många patienter så måste man lära sig av andra och det tar mycket tid. Och så har vi förstås jouren som gör att vi måste vara lediga på dagarna. Vi har full sysselsättning och skulle egentligen behöva vara många fler om kvaliteten på vården ska kunna upprätthållas.

Patienterna flyttades trots distriktsläkarens protester ut till primärvården, som på landet sköttes av vikarierande doktorer av varierande kvalitet eller av kringresande hyrläkare.

Sjukhusen anställde ännu fler doktorer för att klara trycket på akuten. Sjukvårdsupplysningarna fungerade utmärkt, alla var nöjda med den goda servicen, men patienterna kom till akuten i samma utsträckning som tidigare. Skillnaden mot förr var att man nu hade brist inte bara på läkare utan även på sjuksköterskor. Många av dessa hade slutat på akutmottagningarna där man varit tvungen att träffa patienter och satt nu i stället och gav goda råd på telefon.

Även denna saga kanske kan få ett lyckligt slut. Kanske kan den senaste utredningen ta med någon gammal doktor som inte bara läst om patienter, utan även skött sådana själv. Kanske kan någon patient som väntat mycket på akuten få vara med. Kanske kan någon multisjuk med huvudet i behåll som sköts av kommunens socialtjänst få berätta om sina erfarenheter.

Kanske kan de politiker som själva inte drabbas av systemets avigsidor för en gångs skull sluta diskutera meningslös ideologi och i stället försöka lösa patienternas och inte sjukvårdsapparatusens problem.

Det är väl för mycket att hoppas på. Ingen lyssnar längre på en gammal häxa som Pomperipossa.



Per Malm
Gammal sjukstugeläkare, numera författare
och ibland häxa
Hestra
pellemalm@gmail.com

Läs recensionen av Pelle Malms bok
Doktor utan skyddsnät på s. 62.

Nyheter från WMA

Nej till läkarassisterat självmord

World Medical Association (WMA) vidhåller sitt ställningstagande mot läkarassisterat självmord och eutanasi, som betecknas som oetiskt. I Australien planeras en lag om assisterad dödshjälp.

Genève-deklarationen uppdaterad

En modern efterföljare till den hippokratiska eden för läkare har antagits av World Medical Association. Genève-deklarationen antogs 1948, föranledd av vad som hände under andra världskriget.

Den reviderade deklarationen tar hänsyn till de förändringar som skett i relationen läkare-patient och mellan läkarna själva. Den inkluderar nu respekt för patientens autonomi, ömsesidig respekt mellan lärare, studenter och kollegor samt skyldigheten att bevara sin egen hälsa. Nytt är också skyldigheten att dela med sig av sina kunskaper.

Läs deklarationen:

www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/



Tack, Katarina!

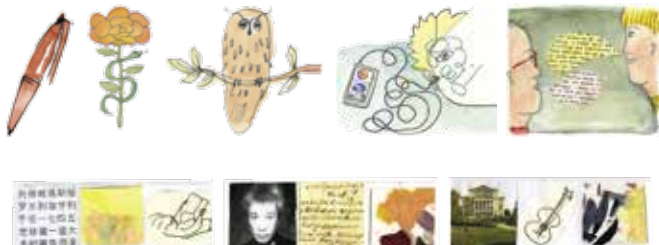
Sedan 2003 har Katarina Liliequist varit AllmänMedicins illustratör. På kongressen 2017 ställde hon ut sina fina bilder.

Här finns ett urval av hennes bästa omslagsbilder. Katarina, som nu gått i pension, tar time out från uppdraget. Vi önskar henne lycka till med sin konstnärliga framtid!

Samtidigt säger vi välkommen till Annika Andén som har kommit in som ny illustratör.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Återkommande illustrationer i tidningen som Katarina gjort.



2-2004 Tema: Sjukdom i fokus – polio



6-2007 Tema: Spirometri i primärvården



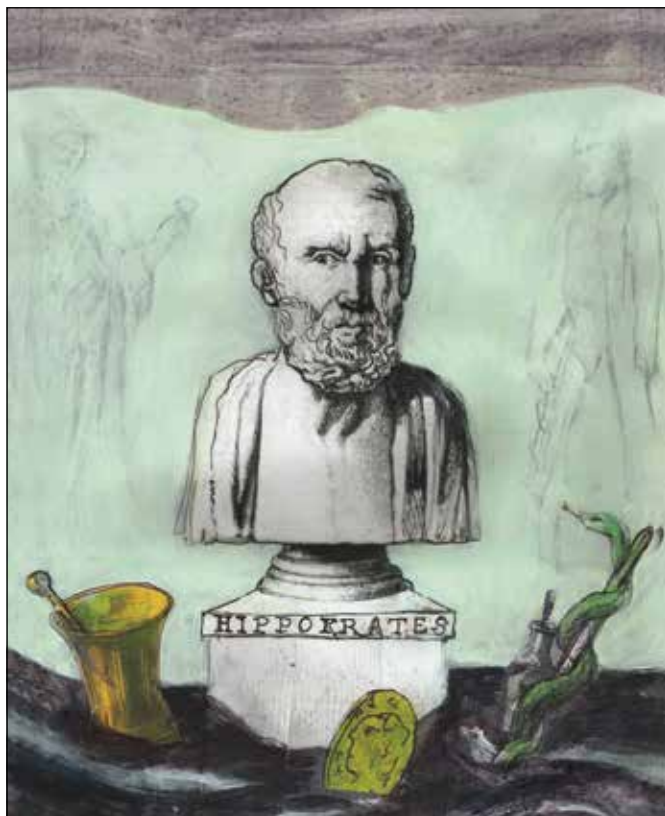
5-2009 Montaget är gjort från den liggande vinjetten till den nya Kulturspalten som invigs i samma nummer.



3-2005 Tema: Riksbbruksprojektet – lyfter fram lokal fort-bildning



2-2006 Tema: Hör amning hemma i familjeversamheten?



4-2014 Tema: Allmänmedicinens historia. En parafras på en bild hämtad från hemsidan för U.S. National Library of Medicine (NLM).



2-2016 Tema: Sjuka barn och deras familjer. Omslaget växte fram i arbetet med en illustration till artikeln om apatiska barn.

Nya invånare – förändrat sjukdomspanorama

Läkartidningen och Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting, var värdar för seminariet om nyanländas sjukdomar den 27.9.2017.

Monica Löfvander, distriktsläkare från Småland, Rinkeby, Dalarna och nu Västmanland, berättade om kulturchocken när hon flyttade från de glada patienterna i Småland till de gråtande i västra Stockholm. Här fanns alla nygamla sjukdomar: resttillstånd och komplikationer efter infektioner, invärtesmedicinska sjukdomar, könsstympning, karies, åldersbedömningar.



Monica Löfvander.

Symtom och uttryck kunde variera beroende på etnicitet och kön. Den obotbara medelhavsryggen som slutade med förtidspension och obotbar depression. Ont i höger eller vänster kroppshalva. Oförklarliga vredesutbrott. Hysteriska utbrott. Kramper och epileptiska anfall vid vägrad sjukskrivning. Svimningar vid hedersproblem.

Elallergi, amalgamsjuka, asteni och fibromyalgi var ovanligt i Rinkeby – men inte i Dalarna.

Marina Taloyan, Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting, samordnare på Akademiskt primärvårdscentrum, gav en vetenskaplig översikt över migration och hälsa.

Det är fler som invandrar till Sverige än som utvandrar, och idag är en femtedel av Sveriges befolkning födda utrikes.

De högtbildade har, liksom de som migrerar sent i livet, svårare att integrera sig, då de har svårt att få ett arbete som motsvarar utbildningen. Sociala kontakter, bl.a. på arbetsplatsen, är mycket viktigt. Kvinnor som inte arbetar får det svårare. För män är det en skyddsfaktor att vara gift. Självrapporterad hälsa ("hur mår du?") är en mycket bra prediktor. Olika individer reagerar olika på grund av personlighet, anledningen till migration m.m.

Sofie Bäärnhielm, överläkare på Transkulturellt centrum, SLL, talade om psykisk ohälsa hos nyanlända. Det är inte bara förhållandena i ursprungsländerna som spelar roll för psykisk ohälsa utan också förhållandena i mottagarlandet. Social trygghet har stor betydelse för återhämtning. Negativa faktorer är den sociala osäkerheten orsakad av lång asylperiod, tidsbegränsat uppehållstillstånd och svårigheter med familjeåterförening.

Migranter är en heterogen grupp, med högre stressbelastning än den infödda befolkningen. Flyktingar är särskilt sårbara för ångest- och depressionssjukdomar, och förhöjd risk kvarstår efter flera år i det nya landet. Posttraumatisk stress är vanligt förekommande. Återhämtning kan ske i socialt trygga situationer.

I diagnostiken bör man vara vaksam på överdiagnostisering av psykisk sjukdom i samband med psykosocial stress. Psykisk sjukdom är ofta mycket stigmatiserande.

Utforska gärna betydelsen av *cultural idioms of distress*, lokalt utformade "lidandespråk", och *explanatory models*, förklaringsmodeller. Hur vi presenterar och tänker kring psykisk ohälsa och sjukdom påverkas av kulturella faktorer, det sociala sammanhanget, familjen, nätverk, utbildning, språk, språkbruk, och till sist av vad man uppfattar som socialt lämpligt att förmedla till andra. Tiden och det medicinska kunskapsläget spelar också roll. Vi socialiseras in i ett sätt att förmedla illabefinnande, besvär och symtom. Migration innebär ett nytt sammanhang.

När det gäller ångest kan det kroppsliga uttrycket fångas i diagnostiken. Men "kroppsliga ord" kan ha en dubbelmening och fungera som metaforer, t.ex. att tala om hjärtat. Upplevelsen av ångest är uni-

versell, men ordet finns inte i alla språk.

För egentlig depression finns stora kulturella skillnader i uttryck. Depression ses inte som en sjukdom förrän det blir en påtaglig påverkan på det dagliga livet och förmågan till ansvar. Depression går oftast med en rad somatiska symtom som smärta, huvudvärk, trötthet, brist på energi, oförmåga att ta hand om barn.

Den s.k. kulturformuleringsintervjuns första fråga känner vi igen: "Vad har fört dig hit idag?" Metodutveckling pågår, där KBT anpassas till kulturell variation.

Resiliens är människors förmåga att hantera svårigheter. För flyktingar stärks den av sådant som socialt nätverk och meningsfull sysselsättning. Man tar nu fram resiliensorienterade behandlingsstrategier. Som traumabehandling i primärvården, liksom i flyktingläger, kan man använda narrativ exponeringsterapi (NET).

Socialt stöd är en biologisk nödvändighet vid behandling av PTSD. När de asylsökandes dröm kraschar – vad blir då uppgiften för psykiatri? Vi behöver samla data för att visa vad dagens asylpolitik kostar vårt land.

Pelle Wändell, Karolinska institutet, gav en exposé över diabetesutvecklingen i världen. Det finns hög diabetesrisk hos många icke-europeiska invandrare, framför allt från Mellanöstern och indiska subkontinenten. Debuten är ofta tidig, och man bör vara frikostig med provtagning. Information kan behöva upprepas, och motivationsarbetet kan vara svårt.

Jir Barzangi, tandläkare och med.dr., Region Västmanland, berättade om tandhälsa och traditionella ingrepp i munnen. I Östafrika är det vanligt att man förstör hörntandens mjölkttandsanlag på barn under ett år. Man tror att det kan förebygga och bota kroppsliga sjukdomar som kräkningar, diarré och feber. Är barnet redan sjukt kan ingreppet bli dödsstöten.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Etikseminarium: Asylsökandes och nyanländas hälsa

Vad är etik?

Elin Palm, Linköpings universitet, använde filosofen Harald Ofstads definition av etik: "att ta det allvarliga allvarligt". Hon skilde på moral, som rör det praktiska handlandet, och etik, en systematisk reflektion över värderingar och handlande. Etik, eller moralfilosofi, försöker svara på vad som är rätt eller fel att göra, och varför det är rätt eller fel. Normativa etiska teorier kan vägleda oss i vårt handlande.

Vår relation till vår nästa är central. Att vi har en moralisk plikt att hjälpa en människa i nöd ses som okontroversiellt (den barmhärtige samariten), liksom att alla människor har samma rätt till liv. I praktiken har rättvisans subjekt varit knutet till medborgaren, och jämlikhet har tillämpats inom ett visst territorium.

I bästa fall är lag och moral i harmoni. Att *agera etiskt för-svarbart* kan kräva ett ifrågasättande av lagen och kanske civil olydnad. Man kan inte luta sig mot rådande normer och existerande regelverk. Att leva upp till professionsansvaret inom sin organisation kan leda till att organisationen förändras.

Ibland måste man *prioritera*, dvs. göra avvägningar mellan olika men berättigade intressen. Etiska principer kan komma i konflikt med varandra.

Vår *människosyn* påverkar våra handlingar. Det finns risk med att människan förtingligas, att man får en apparatsyn. Vilken människosyn som ska vara vägledande bör tydliggöras.

Det krävs hållbara och relevanta *skäl för handlande* som påverkar andra. Etiskt handlande är att dels ge skäl för handling, dels respektera den andres värdighet genom att ge godtagbara, icke-godtyckliga skäl.

"*Vad vi är skyldiga varandra*": Respekt för andra förutsätter att vi undersöker vilka val/handlingar som kan rättfärdigas inför andra på grunder som de inte kan avvisa. (Thomas Scanlon 1998).

Politisk legitimitet: För att vara demokratiskt berättigat måste maktutövande bygga på skälgivande inför dem som berörs av den politik som ett land för. När det gäller gränskontroller berörs personer från tredje land såväl som medborgare. (Arash Abizadeh 2008)

Vi bör ha en *reflektiv jämvikt* som mål, dvs. balans mellan



Maria Mossberg.

det egna förnuftet, etiska principer, intuition och samvete. Jämvikt som baseras på analys och reflektion är ett etiskt förhållningssätt.

Vi har alla ansvar att kritiskt förhålla oss till regler, förordningar, normer. Ge och kräv skäl!

Ett kliniskt perspektiv på vård som inte kan anstå

Maria Mossberg är barnläkare och utvecklare på Kunskapscentrum migration och hälsa, Region Skåne. Asylsökande barn har samma rätt till sjukvård som svenska barn. Mödravård, preventivmedel, förlossning och smittskyddslagen är detsamma för alla. År 1990 kom lagen om "vård som inte kan anstå", och 2008 inkluderades papperslösa och asylsökande.

Enligt den etiska plattformen 1997 ska de vägledande principerna vara människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Vi har en nationell modell för öppna prioriteringar på gruppnivå. Det finns studier som visar att det är billigare att behandla än att inte behandla.

Socialstyrelsen har fastställt att vad som är vård som ej kan anstå avgörs i det individuella mötet. Det är den enskilde läkaren, eller annan vårdpersonal, som avgör.

Vården i en socialpsykologisk kontext – svåra etiska dilemman

Sabina Gušić, psykolog på Kunskapscentrum migration och hälsa och Teamet för krigs och tortyrskadade, arbetar med barn

Uppdrag psykisk hälsa är ett statligt finansierat SKL-projekt. Till detta har lagts satsningen **Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända**. Ett etikseminarium anordnades den 25 oktober. Här refereras ett axplock av presentationerna. En längre version av artikeln finns att läsa på:
<http://ingrideckerman.blogspot.se/>.

ungdomar. "Att bli en flykting" är inte i sig ett psykologiskt fenomen, utan ett socialpolitiskt och juridiskt sådant. Vanliga människor blir flyktingar när de tvingas överge sina hem.

"Betrayal trauma", svektrauma, uppstår när de individer eller institutioner vi litar på och söker hjälp hos i stället kränker och skadar oss. Människor på flykt har ingen bas att kräva sina mänskliga rättigheter från. Det är ofta professionen som måste hävda att rätten till vård och psykologiskt stöd är en mänsklig rättighet.

Trauma skapar objekt, "man kan göra vad som helst med mig". Att göra någon till ett subjekt är en behandling. Att bli "cared for", att någon brydde sig om, var det som gav unga patienter en känsla av att vara värdefulla.

Genom att neka patienterna vård "försvinner" dilemmat. Om vi har en omöjlig struktur för att ge en etisk och säker vård – ska vi då förändra strukturen?

Nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga

Elisabet Svedberg, Socialstyrelsen, redogjorde för centrat som riktar sig till yrkesverksamma i socialtjänst och sjukvård. Frågorna handlar om barn och unga upp till 21 år som är asylsökande, fått uppehållstillstånd eller fått avslag och de som vistas här utan nödvändiga tillstånd. Uppdraget sträcker sig till och med 2020. Tre delrapporter har skrivits.

Hinder för vård är exkluderande lagstiftning, okunskap och attityder hos vårdgivare och patient, strukturella hinder och arbetsplatskultur.

Analys av socialtjänsten visade att tillämpningen av de nya reglerna påverkar de unga negativt, att det finns svårigheter att upprätthålla rättssäkerheten och att den psykiska ohälsan har ökat. Flickors och yngre barns situation uppmärksammades liksom placering i nätverkshem (hos släkt och vänner) och förutsättningarna för personalen. Normaliseringsprincipen (funktionshindrades rätt till livsvillkor så nära de normala som möjligt) har satts ur spel.

Man går vidare med vägledning om gifta barn, kartläggning av självskadebeteenden, suicid, suicidförsök, annan dödlighet samt droganvändning.

Konsten att rädda liv

Ullakarin Nyberg är överläkare på Norra Stockholms psykiatri, St Görans sjukhus och ordförande i Sveriges psykiatriska förening. Hon betonade tilliten, att jag gör mig tillgänglig för att lyssna på dig, men också att jag ser din kompetens. Vi drabbas biologiskt av att vara uteslagna – därför är "du är välkommen tillbaka" den viktigaste suicidpreventionen. Omtanke från andra förstärker skälen att leva vidare.

Vikten av att dokumentera tortyrskador

Frida Johansson Metso är psykolog och projektledare för Flykt, exil och trauma på Transkulturellt centrum, Stockholm. Torturerare är en profession med nätverk, utbildning mm. Sadister är dåliga torterare, de dödar människor för snabbt.

"Manmade" trauma orsakar mycket mer posttraumatisk stress än t.ex. naturkatastrofer. Det är också ett mordförsök på tilliten; man blir ensam. Vårdpersonal brukar finnas med under tortyren, och därför måste tillit skapas till behandlarna.

Vi är dåliga på att känna igen och dokumentera tortyrskador. Att ha fått fotsulorna sönderpiskade så att det känns som att gå på skelettet kan tolkas som missbruk här. Turkiska män med "fibromyalgi" är ett annat exempel. Torterarna vill inte att vi ska kunna identifiera tortyrskadorna.

Tortyrkonventionen är en av de starkaste vi har. Man har rätt till dokumentation som duger inför internationella brottmålsdomstolen, och man har rätt till behandling. Tortyrskadade har rätt att uppsöka vilken vårdcentral som helst. Vid misstanke om tortyr går bevisbördan över till Migrationsverket.

Vi inom vården måste våga fråga, våga känna igen och våga dokumentera.

Text och foto:

Ingrid Eckerman

Chefredaktör, chefredaktor@sfam.se



Ullakarin Nyberg.



Frida Johansson Metso.



På Västfronten har tomrum uppstått



Per Fugelli talar på SFAM-kongressen i Luleå 2012. Foto: Samuel Blomqvist

Hösten 2017 förlorade nordisk allmänmedicin en av sina frontfigurer. Han var visserligen socialmedicinare en lång period under senare delen av sitt liv (professor i Oslo), men i någon mening lämnade han aldrig allmänmedicinen där han startade på några vindpinade öar vid den nordnorska västkusten under 1970-talet.

Jag talar om vår norske kollega Per Fugelli, som somnade in den 13 september i år efter en lång, märkvärdigt produktiv "dans" med sin sjukdom. Den dödsdansen har han själv skrivit mycket om bland annat i boken *Døden ska vi danse?* Han hann bli 74 år innan cancer satte stopp för föreställningen.

Alla som träffat Fugelli vet att han hade en energisk karisma som kunde få stenar att lyssna och läsa. Man såg honom ofta med den obligatoriska flugan runt halsen. Flugan pekade med sina vingar åt två håll. Själv pekade han nästan alltid framåt. I den norska samhällsdebatten var han en stark röst långt utanför medicinska kretsar ända in i maktens korridorer. Ibland tog han fel, som i den affekterade debatten om antiröklagen i Norge, men ofta förde han förnufts och besinningens talan i en tid av nollvisioner och andra vanskliga utopier. Fremskrittspartiet var hans svurna fiende!

Han var en sann humanist lyhörd för tillståndet i världen och i människan: en uppmärksam analytiker mitt i kraftfältet

Läs "Den helbredende dansen", talet Per Fugelli höll vid SFAM-konferensen i Luleå 2012! AllmänMedicin 2012;2:31-34.



där den enskilde individen möter samhället. Just på den plats där hälsa och sjukdom skapas. För drygt tio år sedan skrev han i svenska Läkartidningen en artikel under rubriken "Tillit är medicinens grundämne". Den blev mycket läst och citerad, troligen för att den på ett trovärdigt sätt gav uttryck åt något allmänmänskligt i en medicin präglad av högteknologi. Jag tror att Fugelli skulle hållit med om att den tilliten är nödvändig också för att samhället i stort ska vara möjligt.

Själv träffade jag Per vid några tillfällen, men jag hade ingen personlig relation till honom. Ändå hade han stor betydelse för mitt val av specialitet. Året var 1978. Jag hade avslutat min AT-tjänstgöring i Östersund och kommit tillbaka efter en lång resa i Indien. Nu gällde det att välja specialitet. Allmänmedicinen låg väl till, men var ingalunda självklar.

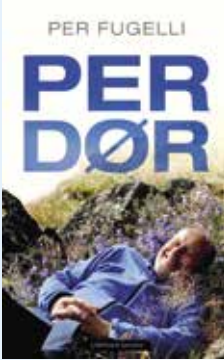
Per Fugellis doktorsavhandling om *Bruk av legemidler på Væroy och Røst* kom just det året. Jag stötte på den av ren slump och det blev den första akademiska avhandling jag läste. Metodiskt var den inte särskilt sofistikerad, men för mig, med en stor längtan till den geografiska periferin och en viss kärlek till vetenskapen, blev den en uppenbarelse, eller kanske snarare en möjliggörare: Fugelli visade att det var möjligt att sitta som allmänläkare på avlägsna öar i Atlanten och samla data från sin egen patientpopulation och av dessa skapa meningsfull, ny medicinsk kunskap. Allmänmedicinen blev plötsligt en uppfordrande självklarhet!

Det lilla jag själv åstadkommit inom forskning och allmänmedicinskt praktiskt tänkande kan jag i stor utsträckning tacka Fugelli för. Inte för detaljerna i hans skrivande, men för det patos och den urkraft som finns där.

Tack, Per Fugelli, för allt detta! Och tack för att du visade att det är möjligt att förena upplysningstänkandets förnuftstro med en radikal kritik av vetenskaplig fartblindhet. Vi behöver många av din sort – även en och annan frontfigur.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com





PER FUGELLI

PER DØR

Per Fugelli (1943–2017)

Distriktsläkare i Væroy og Røst 1971–73 samt i Porsanger 1977–80. Disputerade 1978. Professor i allmänmedicin, Bergens universitet 1984–1992. 1992 – professor i socialmedicin, Universitetet i Oslo. Författare till ett 50-tal böcker. Hans sista bok, "Per dør", utkom strax efter hans död.



"En Måwe". Skulptör: Bo-Kenneth Knutsson, chef för psykiatriska kliniken i Eksjö.
Foto: Pontus Stange.



"En Måwe"

Ulf Måwe, ordförande i SFAM:s kompetensvärderingsråd, tilldelades priset "En Måwe" för sina stora insatser inom svensk allmänmedicin, av arrangörerna för den allmänmedicinska studierektorskonferensen i Eksjö 16-17 oktober 2017.



Foto: Sven Nordstedt

Motiveringen löd: "Ulf har förstått vikten av att endera själv eller med hjälp av kollegor i sina många nätverk ta sig in i beslutande rum lokalt, nationellt och internationellt, för att kunna påverka svensk allmänmedicin. Ulf är därmed ett inspirerande föredöme i att ta på sig ytterligare en roll utöver klinikerns: den som driver långsamma kvarnar, många gånger slår i sten, men i längden formar vår framtid."

Priset består av en träskulptur gjord av Bo-Kenneth Knutsson, som är chef för psykiatriska kliniken i Eksjö.

Kanske blir utdelning av ett Måwe-pris en framtida tradition på studierektorernas årliga konferens?

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Gunnar Axelsson, specialist i allmänmedicin, får handledarpris



ST-läkarna inom allmänmedicin i Landstinget Sörmland har utsett Gunnar Axelsson, specialist i allmänmedicin vid Vårdcentralen Bagaregatan, till 2017 års bästa handledare för ST-läkare inom allmänmedicin.



Gunnar Axelsson får priset för sitt engagemang och sin situationsanpassade och ST-läkarorienterade handledning. Handledningen beskrivs ha stor spännvidd, från förslag på konkret åtgärd av avvikande provsvar till strategier för att ta sig igenom arbetsdagen samtidigt som den hjälper ST-läkarna att hitta och forma sin professionalitet. Gunnar Axelsson är sedan en tid tillbaka pensionär men jobbar fortfarande deltid på Vårdcentralen Bagaregatan. Han handleder där Annika Östergård Wiklander och Jens Lundegård som står bakom nomineringen.

– Att ha Gunnar som handledare är att ha en fortlöpande personligt anpassad kurs i allmänmedicinskt arbetssätt.

Priset delades ut den 26:e oktober vid de årliga inspirationsdagarna för ST-läkare i allmänmedicin i Sörmland. Syftet med priset är att stimulera och uppmuntra till gott och engagerat handledarskap.

Rolf Bergström
Specialist i allmänmedicin
Ordf SFAM D-län

Skolläkardagar 1-2 februari 2018 i Malmö



Barns hjärnhälsa & flickors rätt i hederskulturer

Malmö 1-2 februari 2018

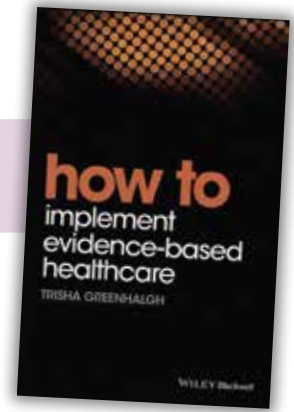
Torsdag: Hjärnhälsa, ST-utbildning i skolhälsovård samt Skolläkarföreningens årsmöte

Fredag: Flickors rättigheter och mer hjärnforskning

Arrangör: Svenska Skolläkarföreningen.

Information och anmälan:

<http://www.trippus.net/skollakardagar2018>



EBM i verkligheten

I SKL-projektet Nationellt kliniskt kunskapsstöd pågår för närvarande en närmast industriell produktion av mer eller mindre evidensbaserade riktlinjer, med visionen att varje patient ska få bästa möjliga vård utifrån bästa tillgängliga kunskap. "Det ska vara lätt att göra rätt!" är en devis som inger förhoppningar om god följsamhet. Själv deltar jag i projektet som ämnesgruppsordförande för de riktlinjer som handlar om ögonproblematik. I det arbetet funderar jag en del över hur den kunskap som förmedlas i dessa kortfattade kunskapsstöd ska komma att hanteras i den ofta komplexa kliniska vardagen. Jag hittade en bok som försöker besvara frågan hur man implementerar EBM.

Trisha Greenhalgh är professor i allmänmedicin från Oxford i England, kanske mest känd för boken Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter – grunden för en evidensbaserad vård, men också för böcker om narrativ medicin och grupper i hälso- och sjukvården. Jag kan rekommendera hennes föreläsningar på YouTube, i synnerhet en som heter "Real vs Rubbish EBM". Med beundransvärd klarsyn leder hon en kampanj för att återge EBM den inriktning som förgrundsgestalten David Sackett lanserade för ett drygt kvartssekel sedan. "It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence" [1].

Boken "How to implement evidence-based healthcare" är frukten av 20 års arbete till stor del tillsammans med bortgångne kollegan Anna Donald. När hennes kursdeltagare i Oxfordkursen Knowledge Into Action efterfrågade en lärobok fick Trisha Greenhalgh anledning att slutföra sitt projekt.

Det handlar absolut inte om någon kokbok för implementering av EBM. Den erbjuder inga algoritmlösningar eller enkla procedurer. Istället bjuder hon läsaren på en introduktion till olika sätt att tänka kring begreppet evidens, människors förmåga att internalisera kunskap individuellt och i olika grupper,

hur organisationer hanterar ny kunskap, lekmannainflytande, "shared decision-making", digitalisering, riktlinjearbete, nätverkande och komplexa system.

Implementering av EBM kräver omdöme i förhållande till kontext, tumregler, instinkt och en del tur vad beträffar omständigheterna – detta är hennes budskap. Hon vill skapa intresse för sociologi och andra humanvetenskaper, och hon bjuder oss på en intellektuell upptäcktsfärd genom alla kapitel. Hon har ett pedagogiskt driv som tilltalar mig. Kapitlen sammanfattas med tio tips, exempelvis "Ten tips for translating evidence", där hon erbjuder kloka råd. Hon analyserar den bristande följsamheten till riktlinjer och ger förslag på hur man kan tänka kring det problemet. Ledarskap i grupper betonas i "Ten tips for leading and facilitating teams". Ett av råden lyder "Don't be a wuss" (Var inte mesig).

Hon kommer in på erfarenhetsbaserad tyst kunskap som i internaliserad form, förstärkt av kollegial dialog, omvandlas till s.k. "mindlines". Vi kan nog alla känna igen oss i detta. Det är spännande och inspirerande att i kapitel efter kapitel ta del av hennes insiktsfulla resonemang. Allmänmedicinsk läsning med både bredd och djup som rekommenderas varmt.



Anders Lundqvist
Ordförande i SFAM:s Fortbildningsråd
AKO-koordinator Skåne NO
Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com

Referens:

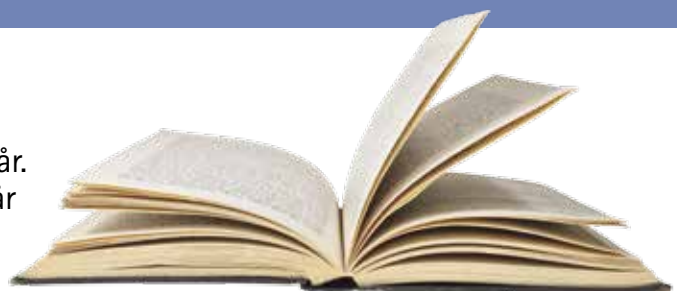
1. BMJ 1996;312:71-72 (13 January) Editorial David Sackett m.fl.

AllmänMedicin informerar

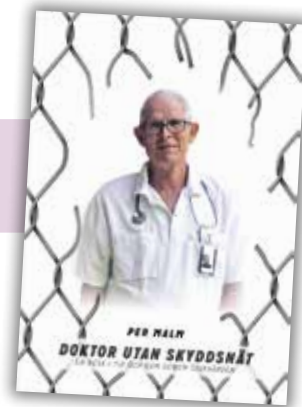
Bokrecensenter sökes!

Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till chefredaktör@sfam.se!



Ödmjukt, sakligt och roligt om livet som läkare



I AllmänMedicin 3-2017 skrev kollegan Per Malm intressväckande om sitt yrkesliv som sjukstugeläkare i Småland. Dagens yngre läkare vet nog knappast vad en sjukstuga är. Mycket förenklat kan man beskriva den som en utvidgad vårdcentral med slutenvårdsplatser och relativt avancerad utrustning för diagnostik och terapi. Att vara sjukstugeläkare ställde stora krav på handfasta medicinska kunskaper över stora områden. Per Malm har skrivit två böcker om sitt läkarliv. Här följer några rader om den andra boken med titeln *Doktor utan skyddsnät*.

Som relativt van läsare startar jag i bokens register och blir genast misstänksam mot det stora antalet kapitelrubriker, hela 54 stycken trots bokens modesta 152 sidor. I registret får vi följa doktorn från barndomen till nuet. Nästan samtliga rubriker anger en särskild doktorsroll. Ett axplock visar doktorn som kandidat och AT-läkare på samtliga placeringar. Där finns sjukstugedoktorn, vårdcentralsdoktorn, barndoktorn, allergidoktorn, bårhusdoktorn och t.o.m. golfdoktorn.

Den initiala misstänksamheten står sig ett stycke in i boken, men blir så småningom till en allt större entusiasm över en stillsamt, saklig kollega som lyckas plocka både tidstypiska och allmängiltiga detaljer om vård och patienter över minst en 40-årsperiod.

Per är i första hand kliniker, men också chef och under en kortare period byråkrat. Han berättar med en lite torr underfundig humor som i stor utsträckning bygger på understatement. Han passar på att ge ett och annat tjuvnytt åt politiker, ekonomer och andra byråkrater. Hans engagemang går inte att ta miste på, men han skriver hela tiden med en hälsosam distans både till sig själv och omgivningen. Inga affektiva utbrott! Distansen förstärks av att han nästan hela tiden talar om sig själv i tredje person som *doktorn*. Men ibland släpper han fram jaget i ett mera personligt tilltal.

Per Malm förmedlar klinisk klokskap och bredd i sitt kunskande, som både gamla och unga kan avundas honom. Han känns som en riktig doktor, alltid nyfiken på sina patienter, alltid med läkarväskan i beredskap vare sig han är hemma, på jobbet eller på bollplanen. Han tycks inte ha några problem med närheten och den nödvändiga avgränsningen till människorna i det lilla samhället.

Kanske imponeras jag mest av hans öppna hållning till ny kunskap. Utan prestige lär han av egna misstag, av äldre kollegor, men framförallt av sina patienter. Hans lilla anteckningsbok tycks alltid finnas till hands. Kanske är det tack vare den han kan berätta så ingående om sitt läkarliv med många roliga och lärorika detaljer. Industrins skraddarsydda utbildningar ifrågasätter han starkt.

Själv står han med fötterna stadigt på jorden och förmedlar en berättelse om utvecklingen från lärling till mästare som verkar trovärdig och i hög grad aktuell i dag. Han förhåller sig välgörande skeptisk till modetrender inom vård, rehabilitering och managementkultur.

I slutkapitlet ger han en rad konkreta förslag till lösningar av dagens problem med en sviktande primärvård, överfulla akutmottagningar, dålig tillgänglighet och kontinuitet. Som läsare vill man gärna uppmana honom att fortsätta sin verksamhet ett tag till och lösa de där problemen i förbifarten.



Christer Petersson

Växjö

Christer-p@telia.com

Läs också Sagan om sjukvården på s. 52.

AllmänMedicin informerar

Skriv i AllmänMedicin!

Nya spännande temata för 2018:

Nr 1: En god och nära vård
(manusstopp 8 januari)

Nr 2: Genderfrågor (manusstopp 26 mars)

Nr 3: Allmänmedicinsk forskning
(manusstopp 20 augusti)

Nr 4: Allmänläkaren som specialist på osäkerhet
(manusstopp 15 oktober)

Författar- och fotoanvisningar finns på:
<http://www.sfam.se/tidskriften>.

Skicka dina tankar till
chefredaktor@sfam.se!

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin



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

Åke Åkesson
ake.akeesson@sfam.se

Peter Berggren
peter.berggren@sfam.se

SFAM:s råd
Fortbildningsrådet
Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

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

Rådet för hållbar diagnostik och behandling
Minna Johansson
minna.johansson@vgregion.se

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

Konsultationsnätverket
Conny Svensson
katarina.boltenstern@sfam.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
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sll.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
Maria Truedsson
maria.truedsson@gmail.com
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-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA
Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND
Jonas Foldevi
jonas.foldevi@ptj.se

UPPSALA
Sofia Låven
sofia.laven@gmail.com

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
Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@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.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Mårit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG
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
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

Illustratörer

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
webmaster@sfam.se


Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2018**Januari**

Kurs i kompetensvärdering
15-17.1 Nyköping

Februari

Skolläkardagarna
1-2.2 Malmö

Mars

Mitt-i-ST-seminarium
18.3 Stockholm

April

SFAM:s kongress
18-20.4 Norrköping

November

SFAM:s kvalitetsdag
15.11 Stockholm

2019**Maj**

Svensk allmänmedicinsk kongress
8-10.5 Borås

**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 2018

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	8.1	12.2	13.3	En god och nära vård
2	26.3	7.5	4.6	Genderfrågor
3	20.8	24.9	22.10	Allmänmedicinsk forskning
4	15.10	19.11	17.12	Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

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 10 E,
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

Katarina Boltensern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster
webmaster@sfam.se

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

Annons



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

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