

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 1 2018 ÅRGÅNG 39



En god och nära vård

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Listningstak en förutsättning för lyckad primärvårdsreform
Hanna Åsberg
- 3 Vi vet vad en god och nära vård är
Ingrid Eckerman
- 4 SFAM och DLF arbetar tillsammans för en nationell primärvårdsreform
Hanna Åsberg och Marina Tuutma
- 5 SFAM:s nya konsultationsnätverk på Läkaresällskapet
Rapport från det första idéseminariet
Charlotte Hedberg
- 8 Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2018
- 10 Drömmen om en god och nära primärvård
Christer Petersson
- 12 Att ge en god och nära vård
Ingrid Eckerman m.fl.
- 14 Två exempel på god och nära vård
Gösta Eliasson
- 14 Husläkarna i Falkenberg har drop-in hela dagen
Gösta Eliasson
- 16 Vårdcentralen Styrö har aldrig haft någon hyrläkare
Gösta Eliasson och Olle Lyngstam
- 18 Tillitsfull relation i personliga möten är nyckeln till en god och nära vård
Jonas Sjögren
- 21 Tillgänglighet ska vara ett medel för god vård, inte själva målet
Helena Dreber
- 23 Vad är god vård?
Leila Tamaddor
- 26 Lång väg till god och nära vård i Norrbotten
Robert Svartholm
- 27 Inför valet i höst:
Så här vill politikerna att primärvården ska se ut
Gösta Eliasson
- 32 Betydelsen av läkarkontinuitet – reflektioner över en studie från Blekinge
Hannes Kohnke
- 35 Kvitton – vårt starkaste redskap i samtalet med patienten?
Jan-Helge Larsen
- 36 Viktigt med uppdaterad kunskap om ovanliga diagnoser i ett oselektat patientflöde
Bengt Järhult
- 38 Interprofessionell samverkan för astma-KOL
Luisa Escuder Miquel, Margareta Emtner, Björn Stållberg och Ann-Britt Zakrisson
- 42 På väg mot färre missade cancerdiagnoser på vårdcentralerna
Rita Fernholm, Axel Carlsson, Martin Holzmänn och Karin Pukk Härenstam
- 43 När ska man ställa den palliativa diagnosen? En reflektion
Peter Olsson
- 44 Samisk hälsa på agendan!
Lena Kroik och Laila Daerga
- 47 Resebrev: Jeepdoktor i Kenya 2003–2017
Bengt Järhult
- 49 Innehållsrik dag om våra ensamkommandes psykiska hälsa
Ingrid Eckerman
- 50 "Först-i-ST" – medsittning enligt Staffanstorpsmodellen
Liv Remitz
- 52 Att börja forska senare i livet ger andra förutsättningar
Karin Rånstad
- 55 SFAM:s nya utbildningspodd!
Ingrid Eckerman
- 57 Den allmänmedicinska relationskompetensen
Vad den är och hur den kan bedömas
Carl Edvard Rudebeck
- 60 KursDoktors allmänläkardagar – en återkommande höjdpunkt
Gösta Eliasson
- 60 AllmänMedicin gratulerar
- 61 Pelle Swartling död
Gösta Eliasson
- 62 Bokrecension: En värdefull inspirationskälla till FQ-gruppen
Gösta Eliasson
- 63 SFAM informerar, kalendarium

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 1–2018

"Langt langt borte saa han noge lyse og glitre"

Är det den långa och svårfunna vägen till God och Nära vård som allmänmedicinaren står inför? Är det en välfungerande primärvård som lyser och glittrar i fjärran?

"Soria Moria slott" är en norsk folksaga, nedtecknad av Peter Chr. Asbjørnsen och publicerad 1843. Oljemålningen av Theodor Kittelsen (1857–1914) hänger på Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design, Oslo.

Listningstak en förutsättning för lyckad primärvårdsreform

Under våren kommer regeringens utredning "God och nära vård" att gå in i en ny och viktig fas. Utredningen som leds av Anna Nergårdh har hittills ägnat sig åt insamlande av information och nu blir det dags att skriva delbetänkande nummer två som ska vara klart i juni.

Begreppet "nära vård" är svårdefinierat och utredningen belyser en rad aspekter av vad som behöver förändras i nuvarande sjukvårdssystem för att vi ska ha en hållbar sjukvård för morgondagen. Det mest avgörande för en lyckad primärvårdsreform är att få ett fungerande listningstak. Allmänläkaren ska ha personligt ansvar över sina listade patienter och listans storlek måste vara rimlig i förhållande till åtagandet. Alla patienter bör ha rätt att välja en fast läkarkontakt.

Här krävs en övergångslösning eftersom vi i dagsläget lider brist på specialister i allmänmedicin i hela landet. En sådan övergångslösning bör innebära att en del patienter får lista sig på en läkare verksam i primärvård som inte är specialist i allmänmedicin under en period – tills primärvården har bemannat sig med fler specialister i allmänmedicin. Ett sådant system kommer att bli tydligare och enklare att hantera än dagens system som innebär dålig kontinuitet och dolda prioriteringar bland patienter.

Det finns exempel på "gröna öar" runt om i Sverige. Vi bör utgå från dessa goda exempel och titta på hur den modellen kan vidareutvecklas och vilka slags förutsättningar från beställarorganisationen som dessa vårdcentraler behöver för att fungera riktigt väl i morgondagens primärvård.

Ett glädjande och inspirerande exempel kunde vi läsa om i Läkartidningen nr 3-2018, där Åke Åkesson, verksamhetschef för Borgholms hälsocentral (tillika styrelseledamot i SFAM), berättar om hur man lyckats skapa ett välfungerande vårdteam runt patienten och en god och attraktiv arbetsmiljö för allmänläkare. Listan är 1 000 patienter per läkare och varje läkare ansvarar för ca 20 hemsjukvårdspatienter. Man arbetar med det så kallade Hemsjukhuset, alltså att genom snabb möjlighet till hembesök och bra samarbete mellan primärvård, hemtjänst och ambulanssjukvård motverka onödiga inläggningar på läns-

sjukhuset. Vilken dröm att få arbeta på det sättet, tänker jag! Och så skönt för en äldre människa att kunna få trygg vård i hemmet istället för att åka 11 mil till sjukhuset.

För att ställa om primärvården behövs tillskott av tröskelpengar under en övergångsperiod, och på sikt behövs en omfördelning av pengar så att primärvården totalt sett får en större andel av sjukvårdsbudgeten. Detaljstyrningen som sker bland annat i form av ersättningssystemens utformning måste upphöra. Vårdprofessionen måste i högre utsträckning kunna utforma egna arbetssätt som passar befolkningen i lokalområdet.

Även med en lyckad primärvårdsreform är det nödvändigt att politiken och sjukvården, i samråd med befolkningen, diskuterar prioriteringar. Befolkningen blir allt äldre med fler kroniska sjukdomar, och vi får en tekniskt mer avancerad hälso- och sjukvård, där resurserna – även med en väl utbyggd primärvård – inte kan räcka hur långt som helst. Annika Strandhäll, socialminister, har en viktig poäng här som de flesta politiker hittills har duckat för i debatten.

Digitalisering måste implementeras med ett ordnat införande på vårdcentralerna och utvärderas systematiskt. Tillgängligheten måste öka. Ett exempel är patienten som ringer till sin vårdcentral för en akut åkomma och får vänta flera timmar i TeleQ. När vederbörande till slut blir uppringd kl. 16 så är läkartiderna slut för dagen och hen uppmanas ringa åter nästa morgon kl. 7.30 för att boka en akuttid. I värsta fall är läkartiderna slut även dag 2. De här patienterna träffar jag ofta på husläkarjouren kväll 2 (ibland via en omväg hos KRY). Varför gör vi det så krångligt för våra patienter att boka en läkartid?

Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



ST-dagarna 2018

15–17 oktober i Jönköping

Tema: Framtidens primärvård

Se sfam.se för mer info!

Vi vet vad en god och nära vård är

Ioch med detta nummer har jag avverkat sex årgångar av AllmänMedicin som chefredaktör. Det känns otroligt!

Då var jag övertygad om att AllmänMedicin snart skulle vara en digital tidning. Men det dröjer. Dels för att läsekretsen vill ha något substantiellt att hålla i, och dels då en kompletterande it-satsning inte ligger inom finansieringens ramar.

IT anses av vissa kunna ersätta vårdens människor. I DN Debatt 19.1.2018 talar man om att "digitaliseringen kräver relationsskapande". Kunderna känner sig övergivna av sina leverantörer, de vill ha närhet. "Kunder väljer leverantörer som är nära i tid och rum, delar värderingar och vinnlägger sig om att ha en personlig kundrelation. ... Avsaknaden av en personlig relation, ett mänskligt möte, en fysisk plats att gå till gör att kunder påverkas mer av omvärldsfaktorer och mediepublicitet."

Jag har min egen bilmekaniker som jag litar på. Min egen tandläkare fick mig glömma bort min tandläkarskräck. Min frissa vet hur jag vill ha håret. Min egen ortoped sätter upp mig sist på dagen för att ha tid för samtal. Med alla dess har jag en relation.

Vi vet sedan länge att patienter med kroniska sjukdomar värderar kontinuitet mycket högt. Yngre sällan-sjuka patienter vill hellre komma snabbt till.

En vårdcentral kan sträva efter att uppfylla båda behoven. Kallelsesystemet med olika färger kom till i en verklighet där primärvården var kraftigt underdimensionerad. Personalen fick möjlighet att styra patientflödet och planera en fungerande vecka. Provtagning skedde före besöket.

När listorna blev mindre började läkare själva boka sina tider. En del av jobbet var gjort när patienten kom.

Idag tycks man ofta återgått till det förmoderna sättet, dvs. att patienterna ringer samma dag medicinen tog slut, att alla tider bokas via tidsbeställningen och tar slut på förmiddagen, att ingen förberedelse i form av provtagning eller besök hos distriktssköterskan görs, och att man gett upp kontinuiteten.

Det måste vara möjligt att ta de bästa bitarna ur de olika systemen: Att kalla de patienter som behöver det och ge de övriga en fysisk eller digital kom-ihåg-

lapp att de ska beställa tid och ta prover innan. Att läkaren disponerar över några tider varje dag. Att en medicinskt ansvarig läkare tillsammans med en dito sjuksköterska tillsammans bygger upp ett bokningssystem som prioriterar tillgänglighet till egen läkare.

Vi vet vad en god och nära vård är. Tillgänglighet till kontinuerlig läkare och annan personal som är kunniga och uppdaterade. Att involverade samlas runt patienten i stället för att patienten skickas runt. Tillräckliga resurser för att detta ska vara möjligt och läkare kunna lockas till primärvården.

Det var det vi strävade efter när primärvården byggdes ut på allvar under 1980-talet. Sedan smög sig New Public Manage-

ment in och exploderade när finanskrisen i början av 90-talet tvingade offentlig verksamhet till enorma besparingar. Landstingens fortsatta kortsynthet har medfört brist på allmänläkare utanför sjukhusen och på specialistsjuksköterskor på sjukhusen.

Nu gäller det att lära av det gamla. Att införa listtak. Ge tillbaka läkarens inflytande över tidboken. Utnyttja resurserna genom samarbete, inte genom konkurrens.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se



En annan värld ...

En ambulans i Kabul har lastats med sprängmedel och dödat över 100 människor. Bilder med blodiga kroppsdelar sprids. Presidenten beskriver sitt land som ett land i krig med 21 olika fiender.

Vi aktivister diskuterar situationen när vi inte längre förmår hitta sängplatser och gömställen till de 10 000 utvisningshotade ungdomarna. När de, jagade av gränspolis, finns på gator och torg – hur många av dem klarar av att hålla sig borta från droger, prostitution, kriminalitet? Pojkarna som vi tagit hand om, lärt

svenska vanor och värderingar, förklarat mänskliga rättigheter för, utbildat, gett framtidshopp, behandlat på BUP?

Välfungerande ungdomar med stor kapacitet ska skickas till ett land i krig och kaos där de aldrig varit. Vi gör oss av med en resurs som skulle minska vårt behov av import av arbetskraft till industri, vård och omsorg. I stället ökar vårdbehovet hos de uppemot 100 000 hjälparna kring ungdomarna.

Ja, det påminner mig om etnisk rensning.
Ingrid Eckerman

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>

SFAM och DLF arbetar tillsammans för en nationell primärvårdsreform

Vårt samarbete tog fart på allvar i januari 2017, då SFAM:s och DLF:s styrelser träffades för ett internat i Läkarförbundets lokaler i Stockholm. Utifrån det internatet tog vi fram vårt Åtgärdsprogram för en nationell primärvårdsreform, vilken presenterades första gången på DLF:s fullmäktige den 7 april 2017. Programmet lämnades då över till dåvarande sjukvårdsminister Gabriel Wikström samt till regeringens utredare Anna Nergårdh. Det har också presenterats bland annat på Allmänmedicinsk Kongress i Karlstad samt på årsmötet för Glesbygdsmedicinsk förening i Härnösand. Representer från den föreningen hade viktiga glesbygdsmedicinska aspekter att bidra med till programmet.



Sedan våren 2017 har vi (Hanna Åsberg och Marina Tuutma) haft flera möten med regeringens utredare Anna Nergårdh och utredningssekreterare Louise Andersson, där vi mer detaljerat har beskrivit problembilden i primärvården och fortlöpande berättat vad vi anser behövs i en nationell primärvårdsreform.

Under Almedalsveckan 2017 anordnade vi egna seminarier om primärvården, samt deltog i panelen i andra seminarier bl.a. från SLS där vi pratade om olika aspekter av en förstärkt primärvård och digitalisering. Seminarierna fick god uppslutning. Representer från SFAM:s och DLF:s styrelser har varit aktiva på sociala medier främst Twitter, där primärvårdsfrågor diskuteras. Läkarförbundet, främst via ordföranden Heidi Stensmyren, har varit ett gott stöd i den offentliga debatten.

Angående digitalisering har vi pekat på via Twitter, via intervjuer, samt i en debattartikel i Dagens Samhälle, om problemet med att nätläkarbolag dränerar ekonomiska resurser från ordinarie primärvård och riskerar att skapa undanträngningseffekter, där äldre patienter med kroniska sjukdomar riskerar att få sämre tillgång till vård. Vi har också lyft vikten av STRAMA:s rekommendationer angående förskrivning av antibiotika via nätläkarkontakt, där KRY signalerat att man vill tolka rekommendationerna på sitt eget sätt. Det återkommande budskapet

är att digitalisering måste implementeras i ordinarie vård, och gör störst nytta där patienten och läkaren redan har en etablerad kontakt. När nya arbetssätt med digitalisering införs så måste det utvärderas systematiskt avseende patientnytta, -säkerhet och kostnadseffektivitet.

Styrelserna har initierat kontakter med politiker främst i Socialutskottet.

Hanna Åsberg ingår i en arbetsgrupp i Svenska Läkaresällskapet som arbetar med att ta fram ett policydokument om framtidens primärvård och nära vård. I arbetsgruppen ingår flera allmänläkare men också organspecialister. En viktig fråga för arbetsgruppen är hur ekonomiska resurser ska kunna öka eller omfördelas till primärvård. Marina Tuutma via Läkarförbundets Sjukvårdspolitiska arbetsgruppen (SPA) medverkar i utformningen av förbundspolitik gällande primärvården.

Kring utredningen God och nära vård har referensgrupper tillsatts som arbetar tillsammans med Anna Nergårdh, samt en expertgrupp till Annika Strandhäll. DLF har haft möjlighet att via Läkarförbundet få representation genom Karin Båtelson och Ove Andersson, tidigare ordförande för DLF. SFAM har tyvärr inte beretts möjlighet att nominera till någon av grupperna, men Peter Berggren (Storuman, styrelseledamot i SFAM) har glädjande nog fått plats i expertgruppen.

På DLF:s fackliga seminarium i november, där SFAM:s representer Hanna Åsberg och vice ordförande Ulrika Elmroth också deltog, gavs deltagarna möjlighet att diskutera med Anna Nergårdh via videolänk. Hon fick först själv beskriva sitt arbete och sedan lyssna och bemöta våra åsikter.

Under våren 2018 kommer utredningen God och nära vård att gå in i en ny fas, där konkreta förslag ska sättas på pränt i delbetänkandet. Vi arbetar fortsatt med att få med de viktigaste konkreta förslagen som vi anser måste komma till, främst listningstak, kompetensförsörjning och ökade ekonomiska resurser till primärvård.



Hanna Åsberg
Ordförande
SFAM
hanna.asberg@sfam.se



Marina Tuutma
Ordförande
Svenska distriktsläkarföreningen (DLF)

SFAM:s nya konsultationsnätverk på Läkaresällskapet

Rapport från det första idéseminariet

Vi var ett stort gäng som samlades på Läkaresällskapet den 8 december. Det vackra jugendrummet på tredje våningen med utsikt över Klara Kyrka fylldes successivt av kollegor från hela Sverige. Idéseminariet fick redan under sommaren sina 35 platser fyllda, Vi fick god hjälp av SFAM:s nya kanslist *Katarina Boltensstern* för arrangemanget, och hon blir nätverkets kontaktkvinna framöver.

Konsultationen som ämne är en hjärtefråga för allmänmedicin. Där stod glada kollegor med stort engagemang och lång erfarenhet, många av dem med övriga uppdrag: Studierektorer, lärare på grundutbildningar från alla universitetsorter, lärare och kursgivare i ST- och vidareutbildning, examinatorer, FQ-gruppleddare, FQ-grupputbildare, Balintgruppmedlemmar, forskare och kalymnoskursdeltagare.

Ord som snappades upp i frukostmtinglet var "kärnkompetens", "allmänmedi-



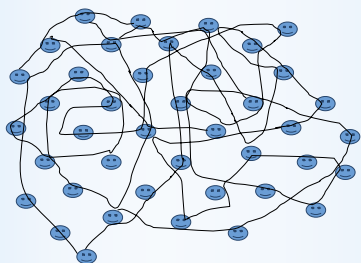
cinsk identitet", "kurskvalitet", "kursledarutbildning" och "certifiering". Det är viktiga områden som passar väl in i Konsultationsnätverkets målsättning: "Att bibehålla, vidareutveckla och sprida kunskapen om den goda kliniska konsultationen inom Allmänmedicin." Det var den målsättningen som gav oss medlen från Socialstyrelsen som vi tackar för.

Dagens schema dominerades av en Framtidsverkstad där vi i olika grupp-arbeten gjorde en bred inventering av framtida möjliga intresseområden. "Potpurrier" med korta förberedda presentationer inom kunskapsområdet varvades in i schemat.

Under hela dagen fick gruppen jobba hårt. Efter det officiella avslutet på dagsprogrammet blev det fortsatt eftersnack och kreativa idéer på Journalistklubben för de av oss som inte var tvungna att starta sin långa resa hemåt.

Vår modifierade framtidsverkstad leddes av experten i socialt utvecklingsarbete Viveca Urwitz. Som sociolog och folkhälsovetare ser hon arbetsformen för den allmänmedicinska konsultationen som en social uppfinning som nu genom några generationer av allmänläkare traderats. Välfungerande strategier och praktiker-kunskap förs vidare via kollegiala dialoger om exempelsituationer. Här är det den kollegiala dialogen som gett "tyst kunskap" ord och röst.

Tyvärr är sådana sociala uppfinningar ofta svåra att hävda i en teknokratisk kultur – de riskeras att bagatelliseras, förenklas och bli till "homeopatisk utspädning". Det allmänmedicinska arbetssättet kan inte förenklas utan är komplext och kräver situationsorienterad färdighetskunskap. I konsultationen gäller förmåga att problemsöka, arbeta som detektiv och improvisera tillsammans med sin patient i en klinisk kontext. Det handlar om en expertkunskap som är svår att förstå ut-

Den som vill gå med i SFAM:s konsultationsnätverk (med redan över 100 medlemmar) skickar ett mail till: katarina.boltensstern@sfam.se så skickar vi information om aktiviteter.

Gå också med i facebookgruppen SFAM:s Nätverk för Konsultation!

Rubriker för potpurrierna

- Balintgrupp och konsultationsgrupp – en jämförelse
- Patientens delaktighet
- Sökord för vetenskap om konsultationen
- PAKET, en metod att avsluta konsultationen
- Samtalsmetodik och diagnostik
- Konsultationskurser för ST i alla specialiteter
- Inventering av kursutbud
- "Kvitton i den goda konsultationen"

anför professionen. Dagens IT-teknokrati önskar enkla lösningar – enkla budskap med ekonomi. Långsiktiga utvärderingar av hälsovinster i stort är det få som i ekonomismens era förstår.

Efter den inledningen gick vi in i Fram-

tidsverkstadens faser med kritikfas, visionsfas och fram till en handlingsfas som avslutades i planerade arbetsgrupper för 2018. Diskussionerna skrevs ner som nyckelord och presenterades.

Så ledde Framtidsverkstaden fram till handlingsplaner och bildande av följande arbetsgrupper under 2018.

1. Organisering av nästa möte och nätverksmöte på SFAM:s kongress i Norrköping
2. Organisation av nätverket och kontakter med andra grupper inom SFAM
3. Kriterier för kursinnehåll och kvalitetssäkring av kurser för utbildning och handledning
4. Kapacitetsberäkning av ST-kurser
5. Vidareutbildning av handledare på vårdcentraler
6. Forskning och vetenskap

Jan Helge Larsens presentation om kvitton finns på sid 35. Fler inlägg från konsultationsnätverket planeras framöver

så att alla läsare får möjlighet att ta del av den nuvarande diskussionen inom kunskapsområdet.

Nästa träff blir på SFAM:s kongress i Norrköping den 18 april. Planerad aktivitet är bl.a. presentation av en modell för självreflektion utifrån ett band eller videoinspelad konsultation i egen praktik.



Charlotte Hedberg

Klinisk adjunkt
Sektionen för allmänmedicin
och primärvård, Karolinska institutet
Akademiskt primärvårdscentrum,
Stockholms läns landsting
charlotte.hedberg@ki.se

Annons

Allmänmedicin



Missa inte SFAM:s kongress i Norrköping 18-20 april!

Lite axplock ur programmet:

Bli en grön doktor – Om konsten att arbeta hållbart och effektivt, *Ola Bergstrand*

Från katastrof till världsklass – hur kan vi använda PrimärvårdsKvalitet för att lösa Vårdcentralens problem, *Ulrika Elmroth*

Sexualmedicin på Vårdcentral, *Elin Gahn*

Skrivande som flykt eller fördjupning, *Magnus Falk, Christer Petersson, Merete Mazzarella, Jonas Moström*

Om konsten att skapa en vårdplan och om värdet av att samtala om döden,

Gunnar Carlgren, Lisa Kastbom

För mycket och för lite skämmer allt. Kan och vågar vi vårda lagom? *SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling*

Risk eller Frisk? Kardiovaskulär riskprediktion ur ett primärvårdsperspektiv, *Johan Ärnlov*

Hjärnans belöningssystem, *Åsa Kadowaki*

ANMÄL DIG NU! www.sfam2018.se



NORRKÖPING



Region
Östergötland

SFAM

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2018

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2018.

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Plats: Louis de Geer Konsert Et Kongress
Adress: Dalsgatan 15, Norrköping
Tid: Onsdagen den 18 april, kl 16.00–18.00

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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



CC BY-SA 3.0 Foto: Arild Vågen

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida: (www.sfam.se) från den 20 mars.

Välkommen! Hanna Åsberg, Ordförande

Tema rekrytering, utbildning och fortbildning

Välkommen till glesbygdsmedicinsk konferens! Storuman 16-17/5 2018



Mer information om program och anmälan på www.glesbygdsmedicin.info



21st Nordic Congress of General Practice 2019

Promoting General Practice Perspectives

17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

SAVE
THE
DATES

www.nordicgp2019.dk

Main themes:

- core values
- current challenges
- changing practice

dsam
Danish College of General Practitioners



Drömmen om en god och nära primärvård

Min debut i primärvården skedde ungefär vid den tid, då den stora honnørsorden formulerades. "Närhet, tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn" är de första jag minns. Till dessa fogades "kvalitet, säkerhet och samverkan". Kanske blev de fler med tiden, men dessa minns jag alldeles säkert. De brukades flitigt i alla sammanhang, när man ville framhålla primärvårdssatsningen som ett mänskligare och effektivare alternativ till den sjukhusdominerade och specialistinriktade svenska sjukvården.

Generalisten, allmänläkaren, stod i centrum. Med bredden i sitt kunnande och sin närhet i tid och rum blev han något av en sinnebild för det nya tänkandet. Det var en tid fylld av hopp och förväntningar. Vi som valde att bli allmänläkare då var stolta pionjärer beredda att satsa mycket för att förverkliga honnørsordens utopi.

"Närhet, tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn' är de första honnørsorden jag minns."

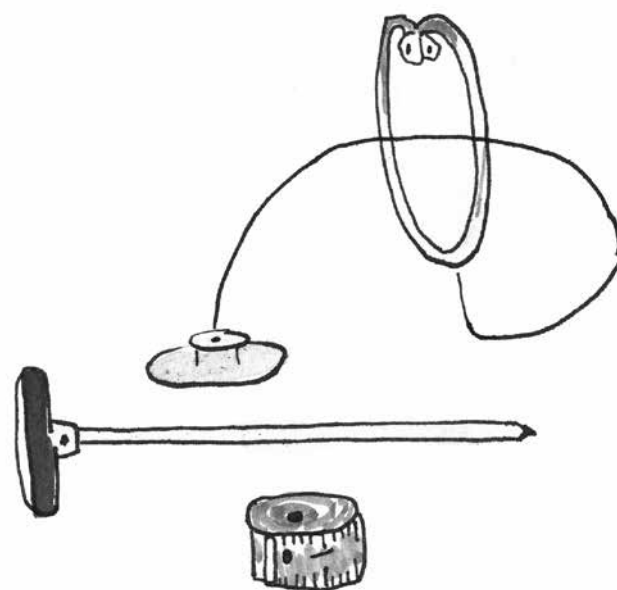
Det har runnit mycket vatten under broarna sedan dess. Mycket tal och betydligt mindre verkstad. Vackra ord utan kraftfull handling blir till slut tomma. Frustrationen över detta har varit mer eller mindre konstant och lett till ständiga omorganisationer. Med den senaste vårdvalsreformen började primärvården säljas ut på entreprenad parallellt med att patientens valfrihet kom att stå i centrum.

Om detta kan sägas mycket på ont och gott långt bortom mina ambitioner här. Nu vill jag bara avsluta med några tankar över vad som hände med de där honnørsorden:

Närheten finns ofta rent geografiskt med många nybyggda vårdcentraler där människor lever och bor. Med *tillgängligheten* är det sämre beställt. Det kan vara svårt för patienten att få läkartid huvudsakligen därför att alltför många av de alltför få läkartjänsterna är vakanta. Därmed blir också kontinuiteten undermålig. Alltför få svenskar har en egen doktor att vända sig till.

"Antalet allmänläkare och deras engagemang i vården är en nyckelfråga idag som igår."

Om man inte har någon *särskild* kan man välja *vem som helst*. Här har lagar, politiker och en handlingsförlamad byråkrati öppnat fältet fritt för marknadens anfallsspelare bland annat i form av nätläkare som i den massiva reklamen gärna uppträder i vit rock med stetoskopet om halsen trots att de aldrig



kommer i fysisk närhet av patienten. Marknadsföring kräver de rätta attributen.

Närhetsprincipen har blivit fjärrhetsprincipen. *Helhetssynen* har fått ge plats åt marknadens förvirrande förkärlek för detaljer och omedelbar behovstillfredsställelse. Samverkan mellan olika professioner och vårdnivåer har bryskt ställts åt sidan inför patientens möte med marknaden.

Visst är detta en eländesbeskrivning som överträffar verkligheten!?

Jag är den förste att medge att mycket i svensk primärvård idag är mycket bra. Och om intentionerna i de senaste utredningarna exempelvis *Effektiv vård* kunde realiseras skulle vi snabbt kunna få en primärvård av bästa europeiska standard. Vi har mycket välutbildade allmänläkare med klinisk bredd, skolade i konsultationskonst som i få andra länder. Vi har lokaler, utrustning och möjligheter till konstruktivt samarbete med andra professioner som är enastående.

Vårdlagstanken är inte död. Den är nödvändig, men innan varje invånare i detta land har en egen namngiven doktor inom primärvården kommer frustrationerna att leva vidare och organisationsförändringarna att avlösa varandra.

Avslutningsvis tror jag att det finns skäl att hoppas på en god och nära primärvård, som självklart använder sig av IT-baserade fjärrlösningar, som komplement till fysiska, personliga möten. Antalet allmänläkare och deras engagemang i vården är en nyckelfråga idag som igår.

Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com



Annons

Att ge en god och nära vård

En god och nära vård innebär för mig att patienten får så stor andel av sin sjukvård som möjligt lokalt, av människor hen känner – detta oavsett om jag är verksam i glesbygd eller storstad.

Att ge en god och nära vård innebär för mig att ...

- Känna mina patienter, säga hej när vi möts på stan. Veta vem det är, deras problem, när de kontakter mig per telefon.
- Känna de övriga människorna runt patienten: primärvårdspersonalen, rehabpersonalen, hemtjänst, socialsekreterare och biståndsbedömare, försäkringskassan, skolhälsovård, anhöriga, arbetsplatsen, boendepersonal.
- Kunna ge korta akuttider såväl som långa samtalstider till "mina" patienter. Vara tillgänglig på distans, via olika it-tekniker. Kunna göra hembesök hos dem när det är befogat.
- Ha tillgång till journalen vid hembesök och andra uppdrag utanför mottagningen.



Illustration: Annika Andén

- Ha tillgång till kollegor för reflektion, diskussion och lärande.
- Ha tillgång till resurser som drivs av lokala aktörer i samarbete: jourverksamhet, sjukstuga, missbruksmottagning, tobaksavvänjning, fysicoacher ...

- Ha möjlighet att konsultera specialister direkt, via it-teknik eller genom att de kommer till primärvården och patienten.
- Ha möjlighet att följa mina patienter genom sjukvården och ha direktkontakt med deras övriga vårdgivare.
- Dela lista med en annan läkare, gärna ST-läkare, för god kontinuitet även när jag inte är tillgänglig. Samma kontinuitet gäller övrig personal på arbetsplatsen.
- Ha möjlighet att introducera utbildningsläkaren (AT, ST, ul, annan specialitet) för "min" patient.

Kontinuitet är alltså en förutsättning. Någon form av *områdesansvar* skulle underlätta god och nära vård inte bara för mig, utan också för de andra runt patienten. En *lagom stor lista*, anpassad till mig och till mitt patientunderlag, är förutsättningen för att jag ska kunna sköta det mesta av patientens läkarvård.

Ingrid Eckerman

Vad är de viktigaste faktorerna för en god och nära vård?

Chefredaktören inbjöd allmänläkare skriva ner de 3-5 viktigaste faktorerna för en god och nära vård. Ett kondensat kan se ut så här: *Kontinuitet, samarbete och kontinuerligt lärande, vilket kräver fler allmänläkare, vilket kräver större ekonomiska resurser.*

"Tillgänglighet" användes i betydelsen "tillgänglighet till sin egen läkare".



1. Kontinuitet
2. Listtak
3. Möjlighet att göra direktinläggningar på lasarettet vid behov
4. Tillgänglig hemsjukvård i kommunen med kontinuitet även där!
5. Frånvaro av detaljstyrning av vården – man måste själv få lägga upp arbetet

Anna Larsson



1. Tydligt uppdrag med adekvata resurser som motsvarar detta.
2. Goda förutsättningar för samverkan och samarbete mellan olika inblandade aktörer utifrån den individuella patientens behov.
3. God och kontinuerlig kunskapsutveckling inom de problemområden som är aktuella, dvs. forskning, fortbildning och arenor för att lära av varandra.
4. Digitala stöd som underlättar för patienter och personal.
5. Långsiktighet, för såväl ersättning, kompetensförsörjning, utvecklingsarbete etc.

Ulrika Elmroth



1. När våra patienter hamnar på sjukhuset ser vi det som avvikelser.
2. Det är vi som står för den stora volymen som ska ställa krav på sjukhusen.
3. Sveriges största sjukhus heter Hemsjukhuset. Länssjukhuset i Kalmar har 200 vårdplatser. Det virtuella hemsjukhuset i Borgholm har 250 platser. Många är mycket sjukare än patienterna på länssjukhuset.
4. Det ska vara hur lätt som helst för distriktssköterskorna att få kontakt med en läkare, och det ska vara hur lätt som helst för patienter inom hemsjukvården att få hem en läkare när det behövs.
5. Vårdplanering börjar i det ögonblicket jag får veta att patienten har lagts in på sjukhuset.

Åke Åkesson

i reportaget i Läkartidningen 03/2018

"Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?"



1. Möjlighet till kontinuitet mellan doktor och patient, dvs. en fast anställd doktor med egen lista som har ett definierat begränsat åtagande, dvs. möjlighet att sätta tak.
2. Möjlighet till fortbildning och kollegiala kontakter, omgiven av personal som också får fortbildning och vars arbetsmiljö är anständig.
3. Möjlighet att ha bra och kontinuerlig kontakt med distriktssköterskan i hemsjukvården, med ett journaldatasystem som fungerar för båda parter.
4. Full koll på medicinlistan och labblistan från andra enheter.

Maria Truedsson



God = god kvalitet, gott bemötande, god kontinuitet.

Nära = tillgänglig. Via telefon. Via andra digitala former. Via besök. Jag har full förståelse för att jag som patient på jourtid möts av andra system än dagtid.

Sten Tyrberg



Kontinuitet till en och listning hos en egen allmänläkare som ska vara välutbildad.

Meta Wiborgh



1. Att primärvården har ett relevant uppdrag. Uppdraget ska även i staden se ut som där det fungerar bra i glesbygden. Då kan man bl.a. avlasta akutmottagningarna.
2. En primärvård som är välbemannad för uppdraget.
3. En fungerande vårdkedja mellan sluten och öppen sjukhusvård, primärvård och kommunal sjukvård. Stjärnstedts intentioner är rätt, att man snabbt planerar för nästa steg när någon läggs in. Ett bekymmer är att den kommunala sjukvården har en annan tradition än den landstingsfinansierade.
4. Att bättre synkronisera kommunal och landstingsfinansierad sjukvård fr.a. för de multisjuka äldre.
5. Att man inrättar fungerande närvardeenheter ("sjukstugor").
6. Att man som patient har incitament att följa de skattemedel man genom kapitering fördelat när man listar sig. Bland annat ska det stå patienten dyrare att även söka "webbdoktor".

Lars Agréus

AllmänMedicin informerar

Framtidens vårdcentral enligt Anders Ekholm

Artikeln fick utgå på grund av platsbrist. Den återfinns på www.sfam.se/tidskriften.

Två exempel på god och nära vård

Ofta får man höra att svensk primärvård är i kris. Överbelastning är vardag för många kollegor. Men som framgår av de två reportagen på följande sidor finns det också vårdcentraler där allmänläkarna trivs bra och är nöjda med sin arbetssituation. Reportagen försöker hitta orsaker till att dessa läkare känner sig tillfreds med sin tillvaro.

Vårdcentralerna liknar varandra på många sätt. De är båda är små och personalen är delaktig och förväntas ta ansvar för lokala beslut. De har båda rimliga väntetider för planerade besök till läkare och använder triagering för akutfall. Ingen av verksamheterna skulle fungera utan en första bedömning av sjuksköterska.

Det finns också skillnader. Mottagningen i Falkenberg är nyetablerad och har en läkare per 1 500 listade. Styrso vårdcentral är av äldre datum, är för närvarande underbemannad med en läkare per 2 000 listade. Ingen av vårdcentralerna har behövt anlita hyrläkare, men trots det har man rimliga väntetider till akuta och planerade besök.

Man försöker tillgodose patienternas behov, i Falkenberg genom drop-in för akutfall och genom att en sjuksköterska finns tillgänglig hela dagen för telefonrådgivning. På Styrso ser man inte patientmottagningen som ett flöde, ett pärlband av vård sökande, utan som ett arbete "mitt ibland patienterna", ett sorts helhetsansvar för den listade befolkningen. Man lägger också stor vikt vid relationen till öns befolkning. "Nöjda patienter får personalen på gott humör, och det får alla gott av", säger en verksamhetschef.

Enligt de flesta vårdvalsavtal kan en vårdcentral inte neka att ta emot någon som vill lista sig. Patientantalet för en allmän-

läkare kan i princip bli hur stort som helst. Därför efterlyser många allmänläkare ett formellt listtak. På vårdcentralerna i reportaget är man positiv till införande av formaliserad listning, även om det i praktiken redan skett en sorts informell listning, en registrering på läkare som tycks ha uppstått av sig självt.

Om Falkenbergsmottagningen fortsätter att vara populär riskerar den, liksom många andra vårdcentraler, att dra till sig fler listade än den är dimensionerad för, med sänkt kvalitet som följd. Styrso däremot är omgiven av vatten, och här är problemet mindre eftersom man har en "barriär", ett "geografiskt listningstak".

Idén med "den gröna ön", innebärande formellt listtak för de ordinarie allmänläkarna, har prövats tidigare, bland annat i ett projekt i Stenungsund.

Allmänläkarna i reportagen beskriver sitt arbete som omväxlande och stimulerande, men även ansvarsfyllt och tidvis tungt. Men de är inte missnöjda, vare sig med arbetsmiljön eller patientarbetet och de har aldrig funderat på att sluta som allmänläkare.

På många vårdcentraler är allmänläkarna nöjda med sin arbetssituation. Dessa vårdcentraler ger sig sällan tillkänna, men likafullt utgör de viktiga förebilder inför den förestående primärvårdsreform som aviseras i utredningen God och nära vård.

Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Husläkarna i Falkenberg har drop-in hela dagen

Mats Perkmar är huvudägare till en privat nystartad vårdcentral, Husläkarna i Falkenberg. Han arbetar heltid kliniskt, liksom sina två kollegor. Chefsjobbet sköts av en psykolog. Patienterna erbjuds hög tillgänglighet och kontinuitet och med drygt 1 500 invånare per doktor är det en välbemannad vårdcentral.

Mats Perkmar, 59 år, presenterar sig som allmänläkare och entreprenör. Han inleder med att beskriva det allmänme-

dicinska arbetssättet. Att vårdcentralens ambitioner är allmänmedicinska framgår tydligt. Fungerar det så också i praktiken?

Kan ni arbeta allmänmedicinskt?

– Ja, det tycker jag. Vi har visserligen ramar, till exempel kravet på registrering i nationella diabetesregistret, hygienföreskrifter, handikappvänlighet, men vår verksamhet bygger på kontinuitet och vi får hög tillgänglighet genom att använda drop-in. Ringer man hit svarar en sjuksköterska. Något återuppringsningssystem



Mats Perkmar.

Foto: Gösta Eliasson



Personalen vid husläkarmottagningen i Falkenberg.

Foto: Gösta Eliasson

har vi inte behov av. För enklare åkomor som UVI, öroninflammation, axlar och sårskador kan man komma på drop-in mellan 8 och 16 utom på lunchtid.

– Vi har ungefär trettio drop-in patienter varje dag. Tack vare den generösa drop-in tiden slipper patienterna ringa, och vi slipper många telefonsamtal för tidsbeställning. Det blir då lätt att nå oss på telefon och man slipper vänta.

Finns det fler fördelar med drop-in?

– Ja, distriktssköterskorna träffar patienter på mottagningen i stället för att sitta i telefon och boka tider. Inställningen var litet kluven i början, men nu tycker alla att det fungerar bra, och patienterna är nöjda.

Har ni triagering?

– En sjuksköterska triagerar en tredjedel av totalantalet patienter. Hälften får egenvårdsråd, övriga handläggs av läkare eller annan profession. Drop-in-tiderna är på tio minuter och läkarna har fem-

tonminutersmoduler. En patient med några veckors värk i axeln kan få komma på ett halvtimmesbesök till läkare inom några dagar.

En patient med några veckors värk i axeln kan få komma på ett halvtimmesbesök till läkare inom några dagar.

Mats Perkmar understryker att man är till för patienterna. Om folk skulle klaga på att det inte går att få tid för läkarbesök så skulle det vara ett problem som verksamhetsledningen omedelbart skulle behöva ta tag i, säger han.

– Att skylla på regionen går inte, den styr ju inte verksamheten hos oss, det gör vårdcentralens ledningen tillsammans med medarbetarna. Och att känna att man är delaktig och har kontroll över sitt arbete är superviktigt.

Hur avgörs vilken läkare man får träffa?

– Vi har inte någon formell lista, men vi känner ju många av våra multisjuka patienter och de får nästan alltid träffa samma doktor. Vid drop-in besök kan det bli någon annan läkare.

Känner ni också av den ökande pressen på primärvården i Sverige?

– Ja, men mitt uppdrag är att finnas på jobbet och ta hand om mina patienter. Det uppdraget kan bli hur stort som

helst, vare sig jag jobbar till fem eller tio på kvällarna. Det man alltid måste göra är att prioritera, sätta gränser.

Om det uppstår vakanser, får de som är kvar då ta ansvar för fler patienter?

– Nej, det där är ju helt galet! Det problemet löser man inte genom att låta en doktor offra sig. I företagsvärlden tas sådana problem på stort allvar och skulle åtgärdas av ledningen.

Är vårdvalsmodellen bra?

– Vårdvalsavtalet tillåter inte någon övre gräns för antalet listade. Om listan blir större än vad vårdcentralen mäktar med blir det problem. Det är resultatet av att politikerna bestämt att alla ska ha rätt att lista sig var man vill. Hos oss har vi plats för 8 000 listade. Skulle det bli fler får vi öppna en filial eller ytterligare en vårdcentral.

Och om ni då inte lyckas rekrytera läkare och sjuksköterskor?

– Då är det bättre med hyrläkare än ingen alls. Men hyrläkare måste hålla sig till prioriteringsordningen och den medicinskt ansvarige läkaren måste instruera hyrläkaren om vilka patienter denne skall ta hand om.

Varför arbetar du i privat driven vård?

– Det beror på att jag tycker om att leda och att driva saker. I offentlig drift måste man acceptera att bli ledd av tjänstemän. Det skulle bli svårt att införa drop-in på eget bevåg. ➡

Ordet *triage* kommer från franska *trier*, sortera. Benämningen uppstod under Napoleonkrigen, då skadade soldater delades in i tre grupper:

- 1) de som överlever utan vård, eller kan vänta
- 2) de som omedelbart måste få vård för att överleva samt
- 3) de som dör, oavsett de får vård eller ej.

Husläkarna Falkenberg

Startade: 1 juni 2017

Antal allmänläkare: 3

Antal AT- och ST-läkare: Inga

Antal listade: 4 650

På vårdcentralen finns: Distriktssköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, BVC, försäkringsmedicinskt rehabiliteringsteam och laboratorium

Huvudägare:

Mats Perkmar, allmänläkare

Verksamhetschef:

Johannes Engh, psykolog

Hemsida: www.huslakarnafalkenberg.se

Du har tidigare jobbat i ett större vård-företag? Hur var det?

– Stora vårdbolag är resultatinriktade. Om jag skulle vilja skrota Tele-Q och låta en sköterska ta emot samtalen skulle det inte tolereras. En sjuksköterska kostar ju litet mer.

Hur ser du på att lämna över uppgifter till annan personal?

– Där finns det säkert mycket att göra. Inför läkarbesöket skulle man kunna

förbereda mycket mer. Blodtryck och enklare prover kan vara tagna och formulär ifyllda. För man kan ju fråga sig om personalen ska använda sin energi till att hindra patienter att komma till läkaren för att denne ska kunna skriva labremisser och fylla i formulär.

Vill du tipsa andra vårdcentraler om något?

– Hos oss har genomtänkt triagering varit en framgångsfaktor.



Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se

Vårdcentralen Styrso har aldrig haft någon hyrläkare

Styrso ligger i Göteborgs skärgård. Att ta sig dit från fastlandet tar tjugo minuter med båt. Vårdcentralen har många år på nacken och är ensam om att betjäna invånarna på sex skärgårdsöar. Invånarna på Styrso är till mer än 90 procent listade på vårdcentralen och drygt 2 800 av 4 000 listade på de sex öarna har någon gång besökt mottagningen och fått en diagnos.

”Skärgårdsdoktorn” på TV är visserligen dramatiserad, men det känns nästan som att befinna sig mitt i serien. Man

tar båt till hembesöken eftersom många patienter har svårt att själva ta sig till vårdcentralen. Läkarna här skulle gärna göra ännu fler hembesök, men resurserna räcker inte. Tidigare hade vårdcentralen ett särskilt ”ö-tillägg” som försvann med vårdvalet trots att skärgårdsgeografin ofta innebär långa restider och bör kallas glesbygd.

Hur ser uppdraget för allmänläkaren ut?

Henrik Åhsberg, specialist i allmänmedicin:

– Vi tar hand om de personer som är listade på oss. Och då handlar det inte bara

om ett flöde, en rad mottagningsbesök. Känslan är snarare att vi befinner oss mitt ibland våra patienter, att vi finns där när det behövs, ibland ofta, ibland mer sällan, att vi inte ”släpper” dem. Avgränsningen utgörs av geografin och listningen. Inom det tar vi hand om hela spektrat av uppgifter: BVC, skolhälsovård, särskilt boende, äldreboende och avancerad sjukvård i hemmet.

Linda Antonsson, specialist i allmänmedicin: – Det som gör arbetet så fascinerande är att man alltid har det slutliga ansvaret för patienten. De kommer alltid tillbaka till oss efter en sjukhusvistelse, vare sig problemet blivit löst eller ej. Det ansvaret känns för mig mer krävande än att gå på sjukhusakuten och ta hand om den ena patienten efter den andra. Där gör man akuta insatser för patienter, men man kan inte följa upp. Det är inte alls samma grej som att vara allmänläkare.

Två allmänläkare och 4 000 på listan. Är ni överbelastade?

HÅ: – Vi har mycket att göra men trivs bra och har inte behövt barrikadera oss för att överleva.

Marie Johansson, sjuksköterska och verksamhetschef: – Vi är underbemannade, men vi tycker att man ska räkna in ST-läkarna i totalbemanningen. Trots det har det varit ansträngt i höst eftersom två läkare har gått i pension. Men vi klarar att hålla väntetiderna rimliga.



Personalen på Styrso.

Foto: Gösta Eliasson

Ge ett exempel på rimlig väntetid.

– Den som haft ont i axeln ett par veckor får oftast tid inom en vecka.

Har ni triagering?

HÅ: – Ja, sköterskorna triagerar och det är nödvändigt för oss i nuläget, även om jag egentligen anser att de patienter som vill träffa doktorn ska få göra det. Vi arbetar ju i en relationsskapande verksamhet. Å andra sidan kan ett sköterskesamtal få patienten att förstå att ett läkarbesök är onödigt.

Går det att arbeta allmänmedicinskt?

LA: – På ett sätt är jobbet gränslöst. Man ska räkna till för alla och då får man kompromissa och improvisera. Igår dök det upp en liten kille med ett spräckt ögonbryn som var jätterädd för bedövningen. Sânt tar ju tid, och resten av dagen var fullbokad, så det spräckte schemat. Men jag skulle inte vilja ha det annorlunda. Men det vore bra med lite mer ”luft i systemet”.

Hur klarar ni att ha rimliga väntetider?

MJ: – Vi får anpassa oss och tänka ut nya lösningar. En av läkarna ändrade på eget initiativ från halvtimmes- till tjugominutersmoduler i tidboken.

Har ni behövt anlita stafettläkare?

MJ: – Nej, aldrig.

Hur är det att ha en sjuksköterska som chef?

HÅ: – I princip tycker jag att chefen ska vara läkare. Men här är chefen sjuksköterska och det fungerar bra. Vi har respekt



Henrik Åsberg.

Foto: Gösta Eliasson

Närhälsan Styrso vårdcentral

Antal allmänläkare: 2

Antal ST-läkare: 2

Antal listade: 4 000

På vårdcentralen finns: Distriktssköterska, fysioterapeut, psykolog, BVC, rehabiliteringsteam och laboratorium

Driftsform: Offentlig

Verksamhetschef/VD:

Marie Johansson, distriktssköterska

Hemsida:

www.narhalsan.se/styrsovardcentral

för varandras kompetenser och läkargruppen har hög professionell autonomi.

Hur trivs ST-läkarna?

ST-läkarna Beatrice Joneken och Rolf-Göran Åström berättar att de aktivt sökt sig till Styrso och att de är mycket nöjda med utbildningen.

**”... att vi befinner oss
mitt ibland våra pa-
tienter, att vi finns
där när det behövs”**

LA: – En bra utbildningsmiljö bör successivt tvinga ST-läkarna att ta ansvar och träna dem i att lösa nya och oväntade problem. Att tolerera osäkerhet är viktigt, men självklart skall man ha en nära och stöttande handledare att bolla med.

Är regionen en bra arbetsgivare?

MJ: – Jag är nöjd med att arbeta i den här regionen. Men som chef är jag litet olydig och gör inte alltid som dom säger på regionkontoret. Man får nog ha den inställningen om man ska överleva. Fast jag skulle lika gärna kunna jobba i privat vård, men i så fall på en liten enhet med korta beslutsvägar, ungefär som vi har det i praktiken här på Styrso.

Är det viktigt med fast läkare och listtak?

LA: – Ja det är jätteviktigt. Jag vet ju inte hur många patienter jag ansvarar för och jag sköter dom som råkar komma till mig. Med egen lista skulle uppdraget bli lättare att överblicka.

HÅ: – Det är klart att man ska lista på läkare! Men det kräver att man har

kontroll över antalet. Vi har ingen formell listning på läkare, men det framgår oftast av journalen vem som har ansvaret. Målsättningen är att alla patienter ska veta vem som är deras fasta läkare.

Ni har bra siffror för patientnöjdhet och får inte säga nej till den som vill lista sig. Finns det en risk att ni får fler listade än ni klarar av?

HÅ: – Geografin hjälper oss att sätta ett listtak. Hade vi inte arbetat i skärgården med vattnet som barriär mot fastlandet hade vi säkert blivit sönderlistade.

Du har tidigare jobbat på en ”grön ö” i Stenungsund. Hur var det?

HÅ: – Just då hade man svårt att bemanna och det pågick ett projekt för att rekrytera fler läkare. Projektet gick ut på att ordinarie läkare hade ett listtak på cirka 1 700 invånare för heltid. Listorna blev snart fulltecknade och de patienter som inte hade fått plats på någons lista hänvisades till stafettläkare. Hälften av Stenungsundsborna hade då en fast



Linda Antonsson.

Foto: Gösta Eliasson



Henrik Åsberg.

Foto: Gösta Eliasson

– Jag drar slutsatsen att om man vill lösa den nationella bemanningskrisen måste man skapa förutsättningar för gröna öar. Allmänläkarna måste tillförsäkras att uppdraget förblir rimligt även om några kollegor skulle sluta. Med en sådan arbetsmiljö skulle fler läkare lockas att bli allmänläkare.

"...som chef är jag litet olydig och gör inte alltid som dom säger på regionkontoret."

allmänläkare med ansvar för 1 700 invånare. Den andra hälften fick nöja sig med stafettläkare med ansvar för 5-10 000 invånare.

– Litet orättvist kan man tycka, men invånarna, åtminstone de som hade blivit listade, upptäckte att vården blivit bättre, och framförallt mer tillgänglig. Det avgränsade uppdraget upplevdes som attraktivt och stimulerande och allt fler allmänläkare drogs till Stenungsund.

Ge några tips till andra vårdcentraler!

HÅ: – Ta kontroll över tidboken! Acceptera inte att ett arbetsschema ska se ut på ett visst sätt, att vi ska ha si och så många patienter på förmiddagen och si och så många på eftermiddagen. Skaffa överblick, styr över arbete och säg: "den här patienten får vänta, dom här tar jag nu". Nog är det väl märkligt, här sitter vi med hög kompetens och hög lön, och så

låter vi andra personalkategorier snickra ihop våra arbetsscheman.

MJ: – Arbetsklimatet är viktigt. Alla måste känna sig delaktiga och kunna påverka. Som chef får man inte glömma att då och då fråga sina medarbetare: "Hur vill du ha det? Vad funkar för dig?"

Vad är det bästa med Styrö Vårdcentral?

MJ: – Den fantastiska personalen och det ständigt omväxlade arbetet. Men det allra bästa är nog att folk vänder sig hit och litar på att de får hjälp och inte åker till akuten. Nöjda patienter får personalen på gott humör och det får alla gott av. Den filosofin bygger vi vår verksamhet på.



Olle Lyngstam
Göteborg
olleoameco@hotmail.com



Gösta Eliasson
Falkenberg

Tillitsfull relation i personliga möten är nyckeln till en god och nära vård

Primärvården är underfinansierad och bristen på allmänläkare stor. Resultatet blir en ineffektiv, dyr och ojämlik vård. Det finns goda exempel som visar att tillitsfulla kontinuerliga relationer i personliga möten minskar sjukvårdskostnaderna och gör vården mer jämlik.

Vårdens problem

Sverige är världens mest sjukhusläkartäta land och har trots det mycket långa sjukhusköer. Samtidigt har vi världens lägsta andel allmänläkare [1, 8]. Tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården ligger i botten och svenskarna gör minst antal läkarbesök per invånare och år i OECD [1].

Primärvården är underfinansierad [2] och allmänläkarbristen är krisartad. Det leder till att läkarna och sjuksköterskorna på sjukhusen måste ta hand om patienter som enklare och bättre skulle klarats av i primärvården. Äldre sjuka skickas in till akutmottagningarna för att kunna få någon vård alls, trots att vård med läkarstöd i hemmiljö skulle vara bättre såväl mänskligt som medicinskt [3].

Bristen på vårdplatser blir därmed också ett stort problem. Sjukhusläkarna tvingas ta ansvar för uppföljning av alltför många patienter eftersom de inte har någon ansvarig läkare i primärvården att samarbeta med. Sjukvården ineffektiv och onödigt dyr på grund av snedfördel-

ningen av resurser och personal. De patienter som har svårt att tala för sig och som saknar en fast läkarkontakt har det sämst. För dem som har en egen läkare i primärvården och eller får plats på ett sjukhus är vården både tillitsskapande och högkvalitativ. Vården är med andra ord ojämlik.

Allmänläkaren, vårdens kontinuitetsbärare

Kontinuitetens betydelse är de flesta ense om. Allmänläkaren har en mycket bred kontaktyta och är därför den självklara kontinuitetsbäraren i sjukvården. Under ett år har drygt 50 procent av befolkningen ett personligt möte med en allmän-

läkare [4] och inom loppet av 3-4 år är siffran 90 procent. Övriga professioner i sjukvården träffar en betydligt mindre andel, ofta episodiskt eller många möten med samma individ för ett specifikt sjukdomstillstånd.

Allmänläkarens roll för jämlik vård

Hälsans bestämningsfaktorer ligger till stor del utanför sjukvården, men det är vårdens uppgift enligt etiska värderingar att så långt möjligt kompensera för de negativa effekter som följer av socioekonomiska skillnader, språkliga och kulturella barriärer och nedsatt autonomi. I stora befolkningsgrupper såsom arbetslösa, fattigpensionärer, utrikes födda och människor med låg autonomi finns en översjuklighet och samtidigt svårigheter att ta sig fram i vården. För dem är det avgörande att ha en egen fast läkare vid sin sida [5].

Men det är inte etiskt acceptabelt att tillgången till fast läkarkontakt skall behovsprövas. En fysiskt frisk ung person med hälsoångest kan ha större behov av fast läkarkontakt än en äldre multisjuk i stabilt medicinskt tillstånd.

Triagering är en dyrbar nödlösning

Det är en vanlig föreställning att "enklare fall" kan tas om hand på ett mer rationellt sätt än att följa patientens önskan om att träffa en läkare. Triagering har redan drivits långt i svensk primärvård. Sjuksköterskor i telefonrådgivning är pressade inför patienter som inte kan få tid hos en läkare. Alla som är praktiskt verksamma i primärvården vet att flaskhalsen utgörs av bristen på läkare.

Triagering syftar i praktiken till att hindra människor att träffa en läkare, vilket ofta leder till hantering av problem utan att lösa dem. Det blir ineffektivt, dyrt och leder patientströmmarna till akutmottagningar och anonyma nätläkare med okänd kompetens. Det är illavarslande att den föreslagna ökade "professionsneutrala" vårdgarantin minskar möjligheterna för patienter att träffa en läkare [6].

Osäkerhet, överdiagnostik och överbehandling

Osäkerhet kännetecknar all vård, i synnerhet allmänmedicinsk verksamhet, och kan inte elimineras. Målet är att hantera/absorbiera osäkerheten. Kontinuitet är en förutsättning för att med trygghet kunna använda tiden som diagnostiskt hjälpme-



Från SYLF-nytt 1979.

del och för att bemästra osäkerheten. Med dialog och en god relation finns förutsättningar att minska överdiagnostik och överbehandling, vilket är ett betydande problem i hela sjukvården [7, 8]. Onödiga åtgärder utsätter patienter för risker och lidande och leder till stora kostnader.

"Alla som är praktiskt verksamma i primärvården vet att flaskhalsen utgörs av bristen på läkare."

Alla som söker vård har en upplevelse av oro, en tanke om orsak och en önskan om vad som skall göras. I vår tids fixering vid risker talar allt för att oron för sjukdom och död kommer att öka. Triagering kan ge frustration och står ofta i motsats till patientcentrering, som förutsätter ett personligt möte där patientens preferenser och värderingar i dialog vägs samman mot medicinska bedömningar. Tillit och lättillgänglighet minskar efterfrågan på läkarbesök [4].

Primärvård en laginsats

Det är nödvändigt att återupprätta teamet distriktssköterska/allmänläkare i vardagligt samarbete och ömsesidigt erfarenhetsutbyte på mottagning och i hemmen.

Samarbete med andra professioner i primärvården har utvecklats under lång tid inom svensk primärvård. På grund av allmänläkarbristen har det varit nödvändigt att så långt möjligt föra över arbetsuppgifter till sjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer för att möta patienternas behov.

Svensk primärvård ligger långt framme i att tillgodogöra sig flera olika kompetenser. En utveckling av samarbetet förutsätter en fördubbling antalet verksamma allmänläkare. Då skulle vi på sikt kunna klättra från en bottenposition till en tätplats i internationella jämförelser.

Övertro på digitalisering

Telefon, video och chat har en given plats i vården och fungerar som komplement, om en god relation finns i grunden. Föreställningen att digitalisering skulle avlasta primärvården är ogrundad [8]. I en komplex verksamhet som allmänmedicinen finns ofta inte ett "rätt svar" och då fungerar inte algoritmer. Digitala konsultationer mellan en okänd läkare och en okänd patient leder till ökad vårdkonsumtion, fler onödiga åtgärder och är kostnadsdrivande på många sätt.

Ett uttryck för övertro är regeringens deklaration om att vi skall bli världsbäst på e-hälsa bland annat genom digitala läkemedelslistor [10]. En läkemedelslista måste kontinuerligt uppdateras av en ansvarig läkare med kontinuerlig vårdrelation till patienten. Först då kan vi bli "världsbäst" på e-hälsa. ➡

Lösning på gång?

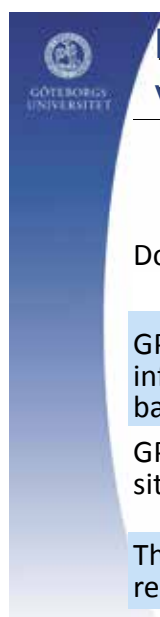
Trots upprepade riksdagsbeslut om satsningar på primärvård har Sverige successivt halkat efter andra länder. Den statliga utredningen "Effektiv vård" [11] ledd av Göran Stiernstedt har tydligt satt fingret på vårdens problem. Utredaren understryker värdet av det personliga mötet, kontinuitet och personligt ansvar. Han skriver: *"I de verksamheter som utredningen tagit del av och som visar bäst resultat är de verksamheter där det finns en kontinuitet i relationen läkare och patient"*, men en strategi för att uppnå dessa värden saknas. Med stöd av vetenskapliga belägg och en omfattande internationell erfarenhet borde rimligen slutsatsen vara att samhället ska garantera alla invånare en fast läkare.

Som en fortsättning har Anna Nergårdh, regeringens uppdrag att föreslå en handlingsplan för "En god och nära vård" [12]. Utredningen befinner sig i insamlingsstadiet. "Målbilden" och "färdvägen" hittills kan närmast beskrivas som små steg mot diffusa mål. Det är uppenbart att utredaren behöver konkreta förslag om hur vården skall ställas om. Eftersom allt är oklart och inga väsentliga beslut fattade finns goda möjligheter att påverka utvecklingen.

"När politikerna har förstått att det är en ekonomisk nödvändighet att alla invånare har tillgång till en egen läkare i primärvården kommer det att gå fort med omställningen av sjukvården."

Allmänläkarna kan visa vägen

Det är viktigt att påvisa allvaret i primärvårdens kris. Det finns många exempel som kännetecknas av vakanser, hyrläkare och brister i patientsäkerhet. Det är minst lika viktigt att lyfta fram de goda exemplen såsom Bergsjön, ett invandrartätt område där patienterna bestämmer själva när och till vilken läkare de vill gå, där tolkarna är anställda på mottagningen



Nordiska data - patientenkät på vårdcentral

	FIN- LAND	SWE- DEN	NOR- WAY	DEN- MARK	ISLAND
	% yes	%yes	%yes	%yes	%yes
Do you have your own doctor?	68	57	96	95	82
GP knows important information about my medical background	82	59	80	92	88
GP knows about my living situation	59	39	66	78	69
The doctor had my medical records at hand	93	39	89	93	88

Nordiska data - patientenkät på vårdcentral. Från Cecilia Björkelund.

och dit läkarna står på kö för att få jobba.

Ett annat exempel är Borgholm, som har 1 läkare på 1 000 invånare och där samarbete med hemtjänsten och ambulansen i kombination med möjlighet till dagliga akuta hembesök av läkare lett till att inläggningarna på Kalmar lasarett minskat drastiskt. En inspirerande förebild är Storuman som utvecklat digital teknik för att överbrygga avstånd i glesbygd.

Det finns många fler goda exempel som verkar i det tysta och som visar att verksamheter som bygger på tillitsfulla kontinuerliga relationer i personliga möten minskar sjukvårdskostnaderna och samtidigt gör vården mer jämlik. När politikerna har förstått att det är en ekono-

misk nödvändighet att alla invånare har tillgång till en egen läkare i primärvården kommer det att gå fort med omställningen av sjukvården. Ett listningstak blir då en självklarhet. Vi i SFAM kan hjälpa politikerna till insikt!



Jonas Sjögreen
Västerås

jon.sjogreen@gmail.com

Referenser

1. OECD statistik. <http://stats.oecd.org/>
2. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Konkurrensverket 2014:2.
3. Läkartidningen. 2018;115:EX47. Kan Borgholmsmodellen bli lösningen för framtidens primärvård?
4. En primär angelägenhet. Vårdanalys 2017:3.
5. DN Debatt 16 juli 2017 <https://www.dn.se/debatt/replikter/satsa-pa-fler-allmanlakare-foren-jamlik-vard/>
6. Utredare föreslår förstärkt vårdgaranti i primärvården. Regeringskansliet 7.6.2018. <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/06/utredare-foreslar-forstarkt-vardgaranti-i-primarvarden/>
7. Position paper, Nordic Federation of General Practice. Preventing overdiagnosis. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/2017/Articles/positionpaper.pdf>
8. Ray Moynihan, Jenny Doust, and David Henry. (2012) "Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy" BMJ, (e3502), : ISSN 1756-1833.
9. Ashwood JS, Uscher-Pines L. Direct-to-Consumer Telehealth Prompts New Use of Medical Services; Not Likely to Decrease Health Spending. Rand corporation 6.3.2017. <https://www.rand.org/news/press/2017/03/06.html>
10. Sverige ska höja takten för att bli bäst i världen på e-hälsa. Regeringskansliet 2.1.2018. <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/01/sverige-ska-hoja-takten-for-att-bli-bast-i-varlden-pa-e-halsa/>
11. Effektiv vård. SOU 2016:2.
12. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. SOU 17:53.

Tillgänglighet ska vara ett medel för god vård, inte själva målet

Gör om, gör rätt! Utveckling av nya IT-tekniker är en självklarhet, men med de medicinetiska principerna i behåll. Och, liksom vid införande av nya behandlingar, med evidens i ryggen. Jag ser fram emot att följa hur detta kan ske i samverkan mellan primärvård och digitala utvecklare, i målet mot en god och nära vård.

Lagom till sommaren 2017 släpptes delbetänkandet "God och nära vård" [1]. "Nära" i bemärkelsen "tillgänglighet" löper som ett ledord genom rapporten. Sjukvården ska vara "lätt tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök". Patienter i Sverige upplever sämre tillgänglighet än i andra OECD-länder [2]. Objektiva jämförelsemått länder emellan har varit svåra att ta fram [3]. Tillgänglighet har blivit ett mantra i svensk sjukvårdspolitisk debatt. Man kan få intrycket av att tillgänglighet utgör målet i sig, istället för att vara ett medel för att nå det verkliga målet, dvs. en god vård.

Tillgänglighet kan ske via fysiska besök eller distanskontakt. Brev och telefonsamtal har alltid använts i modern svensk primärvård. Digitala vårdmöten infördes i Region Jönköping för några år sedan som ett komplement till fysiska möten. Goda exempel på distanskontakt mellan läkare och patienter finns i t.ex. Storuman. I Stockholm kommer vårdcentralerna snart att erbjuda sina patienter kontakt över nätet.

"Man kan få intrycket av att tillgänglighet utgör målet i sig, istället för att vara ett medel för att nå det verkliga målet, dvs. en god vård."

Vårdaktörer som erbjuder vård enbart genom internet har etablerat sig med loften om att snabbt ta hand om dem med mindre allvarliga hälsotillstånd, med antagandet om att primärvården då ska kunna fokusera på dem med kronisk sjukdom. Genom att hävda att tjänsterna leder till ökad tillgänglighet [4] har de digitala aktörerna omfamnats av landstingens beslutsfattare.

Reklamen från de digitala vårdaktörerna framhäver tillgänglighet: "Träffa läkare när det passar dig". Daniel Forslund (L), innovationslandstingsråd i Stockholm, menar att "man ska kunna träffa läkaren från jobbet, tunnelbanan eller sjuksäng" [5]. De digitala aktörerna är ett tecken i tiden. "McDonalds-sjukvård" är en vara som inte skiljer sig från andra på den finansiella marknaden. Sjukvård köps och säljs baserat på efterfrågan och inte efter medicinska behov. Det senare är fortfarande lagstadgat i hälso- och sjukvårdslagen.



Illustration: Katarina Liliequist

Definitionen av sjukvårdens mål är ruggat i kanten. Antaganden om de digitala vårdgivarnas potential står mot en oro för undanträngningseffekter liksom överkonsumtion av vårdrådgivning på bekostnad av en redan underfinansierad primärvård. Evidensen för digitala vårdkontakter med en för patienten okänd vårdgivare, utan ett föregående fysiskt möte dem emellan, lyser fortsatt med sin frånvaro.

Det är lätt att hävda att de digitala vårdaktörerna fyller en funktion som utredarna vill se mer av – ökad tillgänglighet. Vän av ordning måste fråga sig vad vi egentligen menar med ökad tillgänglighet. Tillgänglighet för vem, när och till vad? Och, framförallt, på bekostnad av vad liksom vem? Dessa frågor är fortsatt obesvarade. Sveriges mål om att bli världsbäst på e-hälsa verkar köra förbi det huvudsakliga målet med vår verksamhet – att ge säker sjukvård till dem med medicinska behov.

Till sommaren 2017 kom SKL:s rekommendation kring ersättning av digitala besök. Besöken får inte innehålla rådgivning allena, och Socialstyrelsens definition av kvalificerad sjukvård ska vara uppfyllt. Således finns inget krav på att "läkarbesöken" ska innehålla läarkompetens. De digitala aktörerna kan lagligt häva in ersättning för läkarbesök för åkommor som vanligen (och bättre?) tas omhand av distriktsköterskor.

Jag undrar vilka andra insatser, med samma miljonrullning, som planeras för de andra delarna av delbetänkandet En god och nära vård, såsom: "Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov" och "En förstärkning av primärvården är nödvändig". I den föregående utredningen "Effektiv vård" rekommenderades kontinuiteten som bärande princip i styrning, organisation och arbetssätt. Jag har svårt att se att en ny aktör, som utgör en ny vårdnivå (pre-primärvård?), kan bidra till minskad fragmentisering, eller att deras samtidiga dränering av primärvårdens budget bidrar till förstärkningen av densamma.

Jag ser fram emot utvärderingar av hur de digitala aktörerna arbetar med prioriteringsprinciperna, där behov ska gå före

tillgänglighet. För att lyfta på det locket måste beslutsfattarna ta tag i den obekväma frågan om horisontella prioriteringar, där den röststarka, skattebetalande medelklassens önskemål om quick fix behöver stå tillbaka för de multisjuka äldre, unga med psykisk ohälsa liksom komplex smärtproblematik bland andra.



Helena Dreber

Vårdcentralen Hökarängen
Överviktscentrum, Karolinska Universitets-
sjukhuset
helenadreber@yahoo.com

Referenser

1. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2017:53. Stockholm, 2017.
2. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Vårdanalys 2016:5.
3. Väntetider till vård i ett internationellt perspektiv. SKL 2011.
4. Möjligheten att träffa läkare via videosamtal i mobilen leder till kortare köer och ökad tillgänglighet? i Myter och fakta om läkarbesök via video. <https://kry.se/fakta/myter-och-fakta-om-lakarbesok-via-video/>
5. Ny digital vårdgaranti. Dagens Nyheter 22.12.2017

AllmänMedicin informerar

Om AllmänMedicin nr 4 2017



Mycket läsvärt och spännande nummer, men är vi skrivande en åldrande och utdöende skara? SFAM:s nya "råd för hållbar diagnostik och behandling" – kan det bli en föryrgring? När jag bläddrar i det digra numret ser jag att jag är bekant med majoriteten av författare. Fortbildning är komplex och mångfasetterad, recertifiering verkar vara ute.

Anders Lundqvist skriver om EBM i verkligheten, en bok av Trisha Greenhalgh. Varför kan inte kunskapsstöd ge plats åt tvivel? Råd om utredning och behandling kunde kompletteras med ifrågasättande inlägg mot medikalisering och motargument mot utredningar av alla symtom och behandlingar. Ett motiverat stöd för att avstå. "Kunskap" är sällan neutralt, utan intressen bakom.

Peter Olsson, Allmänmedicin Norrbotten, februari 2018

Annons

Vad är god vård?

Vad är god vård? När jag googlar denna fråga är de högsta träffarna byråkratiska rapporter om kvalitetsindikatorer, nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, flödesmodeller i sjukvården, Hälso- och sjukvårdslagen samt en och annan gammal lokaltidningstext. Denna viktiga allmänmänskliga och filosofiska fråga verkar inte vara särskilt intressant att reflektera djupare kring om en ska tro på sökmotor-algoritmen. Jag förvånas över att inga av de texter jag får upp försöker ta reda på vad som egentligen *menas* när vi säger god vård.

Det goda har en tendens att trolas bort när politiker, ekonomer och tjänstemän önskar mäta vårdens godhet i syfte att styra hälso- och sjukvården utifrån en vårdvision [1]. Olika kvantifierbara indikatorer och tidsbestämda vårdgarantier anses kunna representera det goda [2]. I dessa styrningsideal finns sällan det goda som något komplext mellanmänniskt fenomen, som etiska beslut och handlingar mellan människor i enskilda möten. Eller som moraliska och etiska avvägningar som berör samhällskontraktet mellan olika grupper. Goda värden som omsorg, ansvar, tillit och empati prioriteras inte, eftersom de inte kan fångas av det numeriska språk som styrningsmodellerna använder sig av. I ett numeriskt och ekonomiskt tanke-system riskerar därför kostnadseffektivitet att lätt prioriteras före de, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, överordnade etiska principerna: människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen [3].

"Den goda värden skapas alltid av unika människor i unika situationer."

Hur mäter vi den goda värden då? Det enkla svaret är att det inte går. Men de flesta av oss vet, intuitivt, när värden av en nära anhörig, en egen patient eller oss själva varit god eller undermålig. Den goda värden skapas alltid av unika människor i unika situationer. God vård är ett djupt, komplext mellanmänniskt fenomen som innefattar många olika kunskapsformer med existentiella och etiska dimensioner. God vård är en upplevelse, en kroppslig, rumslig och tidlig erfarenhet av perceptioner, känslor och tankar.

För att utforska vad som menas med god, vänder jag mig till filosofen Aristoteles dygdetik. En dygd är förmågan eller egenskapen att förverkliga det goda i oss och andra [4]. För att kunna leva och verka gott behöver människan eftersträva dygder som klokhet, rättfärdighet, medkänsla och måttfullhet. Aristoteles menar att genom reflekterad erfarenhet kan vi erövra den viktigaste kunskapsformen i våra dagliga liv och i vår yrkesutövning, nämligen *fronesis*, ofta översatt som det goda omdömet eller den praktiska klokheten. Han beskriver klok-



Illustration: Annika Arvidén

heten som "ett sant, resonemangstyrt praktiskt förhållningssätt rörande det mänskligt goda och dåliga" där det goda handlandet är ett självändamål. Således är det omöjligt att vara klok, om en inte är god [5].

Aristoteles talar om fem grundläggande kunskapsformer: vetenskaplig/logisk kunskap (episteme), hantverk/teknisk kunskap (techne), praktisk klokhet (fronesis), insikt (nous) och slutligen visdom (sofia). De tre sista högre kunskapsformerna är nödvändiga för det goda, lyckliga livet (eudaimonia) [6]. Ett fåtal når högre insikt och visdom, men de allra flesta kan genom teoretiska och praktiska studier, erfarenhet och reflektion ta del av och använda sig av episteme, techne och fronesis. Läkekonsten inbegriper samtliga tre, där fronesis är central för att kunna utöva god läkekonst.

Etisk kunskap och solidarisk sjukvård

God vård innebär således, utifrån en aristotelisk tolkning, ytterst en fråga om etisk kunskap och handlande. Vad är meningsfullt i livet? Hur kan jag leva ett gott liv? Vem vill jag vara? Hur bemöter jag mina medmänniskor? Vilken typ av samhälle vill jag leva i? Hur kan jag bäst hjälpa andra? Svaret på dessa frågor är inte enkla. Men de är viktiga att reflektera över, ur ett existentiellt perspektiv och inför mötet med andra människor.

Enligt filosofen Hanna Arendt är förmågan till djupare reflektion och tänkande intimt förknippat med samvetet [7], något som hennes lärare filosofen Martin Heidegger även kopplade till fronesis. Det praktiskt kloka handlandet är alltså samvetsgrant och innebär "att man handlar med en viss uppmärksamhet och omsorg" [8]. Utifrån Arendts analys kan vi förstå att bristen på djupare reflektion och samvetsgrant ansvar är tillsammans bidragande till de förödande beslut som har tagits i hälso- och sjukvårdens styrning. *Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården* har gjort en gedigen sammanfattning över olämpliga styråtgärder för den som vill läsa mer [9]. Nedskärningarna i den offentliga välfärden, parallellt med den gigantiska byråkratiska administrationen som New Public Management och privata marknadslösningar har medfört [10], har knappast följt Aristoteles läror om hur vi kan uppnå ett gott, lyckligt liv.

"God vård är en upplevelse, en kroppslig, rumslig och tidlig erfarenhet av perceptioner, känslor och tankar."

För att delvis förstå vad som hänt i den svenska hälso- och sjukvården senaste tre decennier är det centralt att förstå drivkrafterna bakom den nyliberala rationalitet som genomsyrar de styrningsprinciper och reformer som vi lever med allt sedan 1980-talet. Wendy Brown, amerikansk professor i statsvetenskap, beskriver grundligt hur nyliberala ideal som egenintresse, konkurrens, vinstmaximering, disciplinering och bestraffning av samhällets svagaste samt finansmarknader som fritt får kapitalisera på människors fysiska och psykiska lidande har förvandlat våra demokratier. Idealerna och dess effekter är knappast förenliga med en god, solidarisk och etisk vård enligt aristotelisk mening. Enligt Brown är de processer som pågår idag inte längre en klassisk höger-vänster-fråga, utan ytterst en fråga om demokratins förtroende och överlevnad. Enligt Brown är ekonomismen och de nyliberala styrningsformernas effekter bidragande till den ökande fascismen i ojämlika samhällen och ett direkt hot mot demokratins grundläggande idéer om rättvisa, yttrandefrihet, jämlikhet och solidaritet med de mest utsatta [11].

Vem lyssnar på läkarens narrativ?

Som allmänläkare vet jag att den goda vården skapas i mötet med patienten. Det allmänmedicinska arbetssättet utgår från patientens behov, narrativ, medbestämmande och delaktighet i att skapa ett gott liv [12]. Men även jag och mina kollegor behöver känna delaktighet och medbestämmande i utövandet av vår yrkeskunskap. Vem lyssnar på vårt narrativ?

För att kunna ge god vård behövs en god arbetsmiljö med resurser. Tillräcklig, kunnig och erfaren personal som har professionell autonomi att organisera vården utifrån sin unika kontext och befolkningens och patientens vårdbehov. För god vård krävs frihet, tid och rum för reflektion och kreativitet, dialoger inom och mellan professioner samt inhämtning av ny

kunskap. För god vård behövs kontinuitet där tillit och kunskap mellan patient och läkare byggs över tid.

För kontinuitet och långsiktighet behövs kunniga allmänläkare som trivs i sin yrkesutövning och stannar kvar på en vårdcentral med ansvar för lagom antal patienter utifrån patienternas vårdbehov. Den godtyckliga siffran från 1970-talet på 1500 patienter/lista som mål för en heltidsarbetande allmänläkare är missvisande och föråldrad för hur hälso- och sjukvården ser ut 2018 [13]. I länder med stark primärvård är allmänläkarna fler per capita och i relation till övriga specialiteter, samt har färre antal patienter på sin lista. Detta ger bättre tillgänglighet och kontinuitet i dessa länders primärvård, som också är nationellt organiserad och där kostnadsansvaret samordnas utifrån demografiska förutsättningar och inte läggs på varje enhet [14]. Primärvården behöver organiseras och styras på andra sätt, och allmänläkare i Sverige skulle behöva ha färre patienter på sin lista med ett tydligt tak för att kunna ge god vård. Kanske är ett listtak vid 1000 patienter per heltidsarbetande allmänläkare rimligt, något som redan är på prov i Borgholm med hittills goda konsekvenser för både patienter och läkare [15].

Läkares försämrade arbetsmiljö med många omorganiseringar, resursminskning och effektiviseringskrav hämtade från bil- och textilindustrin har lett till mindre frihet, mer kontroll, högre arbetstempo och mer administration [16, 17]. De yttre försämrade villkoren tenderar att leda till inre konflikter hos samvetsgranna och kloka läkare som försöker göra det bästa för patienterna trots att förutsättningarna är små. Detta leder till samvetsstress, alienation och i förlängningen utmattning [18]. Dessa processer är också den huvudsakliga orsaken till ökade sjuktal och personalflykten på många vårdcentraler och sjukhus landet runt. Hälso- och sjukvården lyckas ironiskt nog inte längre vara en hälsosam arbetsplats för många.

Professionell autonomi och praktisk klokhet

Läkarförbundets kartläggning av primärvården visar intressant nog att små, personalägda enheter oftast har bäst arbetsmiljö och nöjdast läkare i nuvarande styrsystem [19]. Inte på grund av att de har en privat driftsform i första hand, utan på grund av att de är mer autonoma genom att vara professionsstyrda,



Omtanke.

Foto: Emilie Haglund

slippa landstingets mellanchefer, undermåliga offentliga upp-handlingar samt klåfingriga administratörer som vill detaljstyra scheman och personalens arbetssätt.

De goda privata och idéburna exemplen i dagens sjukvård skulle i ett annat vårdssystem mycket väl kunna utökas med personalägda kooperativ, idéburna stiftelser och föreningar med professionell autonomi och minimal byråkratisk styrning, där skattepengar stannar inom det gemensamma offentliga genom återinvesteringar och resurser till kreativa förbättringar drivna av professionerna. I den välskrivna, oberoende rapporten *En värdefull vård* från 2015 konstateras att den statliga/regionala sjukvårdspolitikerna bör sluta detaljstyra genom New Public Management och endast ge ramanslag och riktningar, främja en kunskapsbaserad och etisk sjukvård, ge mer tillit och autonomi till professionerna, utveckla primärvården samt värna om den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården [20].

"Hälso- och sjukvården lyckas ironiskt nog inte längre vara en hälso-sam arbetsplats för många."

Hur skapar vi god vård då? Aristoteles lär oss att godhet och praktisk klokhet är oskiljaktiga och hänger ihop med dygderna. Dessa egenskaper och kunskaper bärs av oss som en kroppslig och reflekterande erfarenhet som vi förhoppningsvis förädlar medan vi lever. God vård kan således skapas av vårdpersonal, chefer och politiker som är praktiskt kloka, samvetsgranna och reflekterande i ett solidariskt sjukvårdssystem som styrs utifrån vetenskap och etiska principer.

Leila Tamaddon
Masterstuderande i den
praktiska kunskapens teori
Centrum för praktisk kunskap,
Södertörns Högskola
leilatamaddon@gmail.com



Referenser

1. Nationella indikatorer för God vård, Socialstyrelsen 2009
2. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild, SOU 2017:53
3. Lindgren, S. Politiker duckar för frågan om prioriteringar i vården, Dagens Samhälle 2017-11-02 <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/politiker-duckar-fragan-om-prioriteringar-i-varden-19309>
4. Henriksen, J-O, Vetlesen, A. J. *Etik i arbete med människor*, 2:a upplagan, Studentlitteratur, Lund 2001
5. Aristoteles. "Bok VI ur Den nikomachiska etiken". *Klassiska texter om praktisk kunskap*, red. Jonna Hjertström Lappalainen. Södertörn Studies in Practical Knowledge7, Stockholm 2014
6. Nilsson, C. "Fronesis och den mänskliga tillvaron". *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Södertörn Studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009
7. Arendt, H. "Tänkande och moraliska överväganden." *Tanke, känsla identitet*, red. Ulla Holm, Eva Mark & Annika Persson. Anamma, Göteborg 1997
8. Nilsson, C. "Fronesis och den mänskliga tillvaron". *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Södertörn Studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009, s.50
9. Akner, G. et al. Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris, Sjukhusläkaren 2017-09-17 <http://www.sjukhuslakaren.se/debatt/olampliga-styratgarder-har-skapat-dagens-vardkris/>
10. Molander, P. *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2017:1
11. Brown, W. *Undoing the Demos – Neoliberalism's Stealth Revolution*, Zone Books, New York 2015
12. Engström, I, Bengtsson, S. "Vården börjar alltid med mötet", *Läkartidningen*, nr 42/2017
13. Strategier för att öka antalet allmänmedicinska specialistläkare, Svenska Distriktläkarföreningen, mars 2013
14. En primär angelägenhet - Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:3
15. Ström, M. "Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?", *Läkartidningen*, nr 03/2018
16. Arnetz, B.B. *Psychosocial challenges facing physicians of today*. Social Science & Medicine, Volume 52, Issue 2, January 2001, Pages 203–213
17. Ryd, G och Eldh, K. *Vi räknar minuter, vi räknar pinnar... Till nytta för vem?* Nätverket för Gemensam Valfärd, Malmö 2015
18. Lövrup, M. "Läkarna nu fler än sjuksköterskorna bland Erstas patienter", *Läkartidningen*, nr 01-02/2016
19. Specialistläkarnas förutsättningar att ge god vård och bra service på vårdcentralerna, Sveriges läkarförbund 2016
20. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Arbetsgruppen för projektet En Värdefull Vård, Svenska Läkaresällskapet 2015

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)



Lång väg till god och nära vård i Norrbotten

Under slutet av 1900-talet byggdes primärvården i Sverige ut, och vid millennieskiftet fanns cirka 140 allmänläkare i Norrbotten. Sedan dess har utvecklingen gått åt fel håll. Antalet är nu nere på 1974 års nivå, knappt hälften av vad som behövs. Det finns inga tecken till att situationen är på väg att vända. Kan vi lära av historien för att möta framtiden?

1974 drev Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Läkarförbundet arbetsgruppen BRA (Behovet att Rekrytera Allmänläkare). Då fanns det 1250 allmänläkartjänster i Sverige varav 67 i Norrbotten. Gruppen planerade för en nödvändig, kraftfull utbyggnad av det som då började kallas primärvård.



Lappland, Norrbotten och Västerbotten.
Malmö skolmuseum. ©Ola Myrin.

1981 debatterades sjunkande antal läkarbesök i Sverige. Vid Gällivare vårdcentral var nedgången nästan 40 % mellan 1971-1981. Analys visade på nya arbetsuppgifter, inklusive administration, och effektivare patientmottagande med delegering till annan personal (teamarbete). Dessutom ersattes flera korta besök med längre där flera uppgifter löstes. Läkarkontinuitet och välinformerade patienter möjliggjorde förlängda kontrollintervall vid vissa kroniska sjukdomar.

”Pinnstatistik” som effektmått ifrågasattes kraftigt, bl.a. i Läkartidningen.

Denna teammodell har Norrbotten hållit fast vid genom två husläkarreformer, där andra landsting valt andra modeller.

Norrbottens läns landsting drev på utvecklingen med två primärvårdsplaner 1982 och 1992. Dessa utvärderades 1994 och man skrev: ”Tidigare byggdes en inre byråkrati upp på vårdcentralerna för att skydda läkarna vid låg bemanning – ett system som knappast behövs idag. ... Det finns inte några längre väntetider i primärvården i länet”. Trots läkarvakanser hade ”rekryteringsläget förbättrats avsevärt”. Luleå universitet hade garanterat tillgången till andra personalkategorier.

Mot slutet av 90-talet oroade sig Distriktsläkarförbundet (DLF) för kommande generationsskifte och uppmanade till rekrytering av ST-läkare. År 2000 fann studierektor CJ Westborg att 50 % av de ST-läkare som utbildades försvann från specialiteten i Norrbotten. På senare år har detta ökat till 60-70 %. De flesta utlandsrekryterade har nu flyttat.

I början av 2000-talet skrev DLF och SFAM en debattartikel

med rubriken ”Norrbottens sjukvård är inte jämlik och säker” efter en revisionsrapport och utifrån vakansläget och växande diskontinuitet, men det blev inget genomslag. SFAM:s sammanställningar visade att allt färre patienter fick tillgång till egen läkare. Ett par år senare fick DLF genom stöd från Arbetsmiljöverket (AV) igenom ett avtal om ”Avgränsat uppdrag för allmänläkare” för att göra specialiteten ”populär” och bryta de stigande sjuktalen bland allmänläkare. Under 2015 frångick NLL detta avtal, trots att AV samtidigt konstaterade att alla anställda har rätt till avgränsade och definierade arbetsuppgifter anpassade till sin arbetsförmåga (OSA 2015:4).

Under 2016 konstaterade SKL i sin sammanställning av tillgängliga utfallsmått att Norrbotten lagt sig på en tydlig bottenplats när det gäller de flesta medicinska resultat och organisatoriska indikatorer. Särskilt anmärkningsvärt var att befolkningens förtroende för primärvården var lägst i landet. På senare år har allt fler allmänläkare gått ner i arbetstid eller slutat, och nu 2017 är situationen prekär. Vi har nu uppnått bemanningsmålen från 1974!

Det finns anställt motsvarande 65 heltidsarbetande allmänläkare i primärvården och köerna till sjukvården växer. Allt mer resurser läggs på ”telefonrådgivning”, och hemsjukvårdsreformen har flyttat distriktssköterskorna till primärkommunerna. Teamarbetet slås sönder. NLL har begränsat antal hyrläkare till 18 linjer men ändå stiger kostnaderna markant för inhyrd personal och detta gäller även på sjukhusets skesidan. Dessa räcker inte heller till för att bemanna sjukhusens avdelningar, trots att antalet vårdplatser reducerats kraftigt under åren. Antal läkare på sjukhusen har vuxit, men vi har fortfarande lägst andel läkare per invånare i riket. Distriktssköterskemottagningar läggs ner och vårdcentraler slås samman.

Den optimistiska stämning som BRA-rapporten skapade ledde till ökad tillväxt av allmänläkarkåren, men under den senaste 10-årsperioden har antal anställda läkare successivt minskat och i bästa fall ersatts av stafettläkare – eller ”doktor vakant”. De 60-tal ST-läkare som nu finns kommer prognostiskt att

Vad behövs för en god och nära vård?



1. En egen allmänläkare åt hela befolkningen med tid för sin patient.
2. Teamarbete på små decentraliserade mottagningar.
3. Fungerande IT-stöd mellan hemsjukvård, primärvård och sjukhusvård.

Robert Svartholm

medföra att pågående pensionsavgångar *nästan* kompenseras. VI kommer alltså att få leva med denna situation under 10 år framöver, knappast en lika optimistisk stämning som 1974. Under överskådlig tid verkar patienternas önskan om läkarkontakt att få ske via nätläkare eller via akutmottagningen om inget görs. BRA-rapporten från 1974 är åter högaktuell!

Referenser

- Det behövs fler allmänläkare. BRAGruppen 1974
- Principprogram för framtida primärvård i Norrbotten. DLF 1977.
- Primärvårdens framtida roll och organisation i Norrbotten. Norrbottens Läns Landsting 1992
- Olsson B. Sjukvården i Norrbotten sämre än i andra regioner. Norrbottenskuriren 170522.

Robert Svartholm
Björknäs vårdcentral, Boden
polarull.svartholm@telia.com



Presstopp!

Den rödgröna ledningen för Region Norrbotten har beslutat att ge varje heltidsarbetande distriktsläkare en extra pensionspremie på 8 000 kronor i månaden – om hen stannar minst fyra år. Dalarna, Kronoberg och Gävleborg har tidigare använt ekonomiska förmåner för att få allmänläkare att stanna.



Illustrationer: Annika Andén

Inför valet i höst: Så här vill politikerna att primärvården ska se ut

Just nu pratas det mycket i politikerkratsar om Anna Nergårdhs utredning *God och nära vård*. AllmänMedicin har frågat riksdagspartiernas sjukvårdspolitiska talespersoner om hur de ser på utredningen och på allmänläkarnas framtid. Alla utom en vill ha fler allmänläkare, men meningarna är delade om hur det egentligen ska gå till.



*Camilla Waltersson,
sjukvårdspolitisk talesperson (M),
Socialutskottet*

Vad är nära vård?

– Att den finns nära rent geografiskt. Men med de avstånd vi har i vårt land måste vi hitta nya lösningar. Man kan skapa

vårdplatser lokalt, med läkare under dagtid. Så har man gjort i Värmland, och det har lett till mindre belastning på sjukhusens akutmottagningar.

Behövs det fler allmänläkare?

– Svar ja. Samtidigt är det totala antalet läkare högt i Sverige i jämförelse med andra länder och man måste fundera på vad som kan göras för att de ska kunna träffa patienter i stället för att ägna sig åt administrativt arbete.

Hur ser du på SKL:s beslut att avveckla hyrläkarssystemet?

– Det är att börja i helt fel ände! Hyrläkare är ibland enda lösningen, och man får vara glad att de finns. Men många människor saknar tryggheten, att få träffa en doktor som man har en relation till.



Bör man införa fast läkare i Sverige?

– Det är en jätteintressant fråga. Norge lyckades ställa om till ett fastläkarsystem, så jag vill gärna titta på vad deras system skulle kunna innebära för Sverige.

Hur ser du på nättjänsterna KRY och Min doktor?

– Ur patientperspektiv är de nya nättjänsterna något positivt. Om regioner och landsting hakar på utvecklingen kan digitalisering bli ett värdefullt verktyg för vårdcentralerna. Det är politikens ansvar att anta dessa nya utmaningar. Och om ersättningssystemen inte fungerar så går det att förändra.



*Anders W Jonsson, vice partiledare (C),
Socialutskottet*

Vad vill du att Anna Nergårdhs utredning ska leda till?

– En brandkärsutryckning för att snabbt rädda vården! Vi har sett otaliga försök att bygga ut primärvården som misslyckats. En välfungerande primärvård kräver kontinuitet och tillgänglighet och det kan bara primärvården bestå med. Det enda som kan rädda förtroendet för primärvården är att ge folk rätt att välja en fast läkare.

Men det finns ju inte tillräckligt med allmänläkare?

– Under en övergångsperiod måste vi acceptera läkare utan allmänmedicinsk specialistkompetens. Det kan vara sjukhus-specialister eller legitimerade läkare med viss erfarenhet. Norge är ett bra exempel.

Så du menar att vilken läkare som helst kan arbeta i primärvården?

– Nej det menar jag inte. Men i det trängda läge vi har är det nödvändigt att skriva ner kompetenskravet tillfälligt. I praktiken är det redan gjort. Det finns idag 1 500 stafettläkare som snurrar runt i systemet och deras kompetensnivå blir sällan ifrågasatt. Men siktet måste vara inställt på specialistkompetens i allmänmedicin.

"Det enda som kan rädda förtroendet för primärvården är att ge folk rätt att välja en fast läkare."

Anders W Jonsson

Hur ser du på listtak för fasta läkare?

– Läkarna måste givetvis kunna välja hur många invånare de vill åta sig. Men den diskussionen kommer inte att finnas när 95 procent av befolkningen har fast läkare. Konsekvenser av att inte kunna sätta ett tak ser vi redan idag. Vårdcentraler med kontinuitet och hög tillgänglighet blir populära, men riskerar att drunkna i patienter. Det finns ett färskt exempel på det i Sundsvall.

Vad tänker du om nättjänsterna KRY och Min Doktor?

– Jag välkomnar initiativet! Många ser dem som lycksökare som utnyttjar systemet. Det gör inte jag. De är omtyckta och jag accepterar inte att den traditionella vården sätter sig över folks egna val. Felet är inte att nättjänsterna existerar, utan att ersättningssystemet är ogenomtänkt. När vi får en mer tillgänglig primärvård får den här vårdformen en helt annan plats.



*Barbro Westerholm,
sjukvårdspolitisk talesperson (L)*,
Socialutskottet*

Vad förväntar du dig av Anna Nergårdhs utredning?

– Jag tror att det nu, äntligen, läggs ett konkret förslag som definierar basen i hälso- och sjukvården. Pyramiden måste vändas så att primärvården blir den breda basen, inte den slutna vården. Anna Nergårdh talar om ett tidsperspektiv på 10 år, men omställningen måste gå betydligt snabbare.

Är det viktigt att alla invånare har tillgång till fast läkare?

– Ja, absolut, det är en liberal tanke och den låg till grund för husläkarreformen på 90-talet. Men det finns också tillfällen då en distriktssköterska kan stå för kontinuitet.

Behövs det en lag om fast läkare?

– Det vore naturligtvis bäst om regioner och landsting på egen hand skapade ett gemensamt system med fasta läkare, men jag tror inte det går utan lagstiftning.

Behövs det fler allmänläkare?

– Ja. Tidsbristen idag hindrar reflektion och kollegiala samtal, och det sänker vårdens kvalitet. Men det är också viktigt att läkarna inte sitter med uppgifter som kan utföras av annan personal.



*Emma Henriksson,
sjukvårdspolitisk talesperson (KD),
ordförande i Socialutskottet*

Vad önskar du dig av Anna Nergårdhs utredning?

– Att utredningen ska få tåget att börja rulla. Primärvårdsuppdraget måste bli tydligare, folk bör veta vad de kan förvänta sig när de söker primärvården. Men för att förtroendet för primärvården ska öka måste man ha generösa öppettider så att akutsjukvården avlastas.

Behövs det fler allmänläkare?

– Ja, definitivt. Att utbilda allmänläkare tar lång tid, så de som finns måste vi vara rädda om. Det krävs bättre ledning, bättre arbetsmiljö och större frihet för allmänläkarna.

* Fotnot: Anna Starbrink har nyligen tagit över rollen som sjukvårdspolitisk talesperson för Liberalerna.

Ska Sverige lagstifta om fast läkare?

– Kroniskt sjuka ska ha kontinuitet, men medelålders patienter behöver inte det, även om åldern inte får styra allt. Vi är positiva till PAL, patientansvarig läkare, och vi vill ha team runt patienter med stora vårdbehov där läkaren är medicinskt ansvarig.

"Det krävs bättre ledning, bättre arbetsmiljö och större frihet för allmänläkarna."

Emma Henriksson



Annika Strandhäll, (S), socialminister

Hur genomför man en primärvårdsreform?

– När man vill åstadkomma stora och avgörande förändringar som håller på lång sikt, så handlar det om att förankra. Att få professionerna att stå bakom och att få med politikerna. Det räcker inte med pengar och bidrag, sjukvården måste också omfördela resurser.

Kommer den här reformen att lyckas bättre än den nationella handlingsplanen?

– För det första är landstingen idag medvetna om att man inte klarar uppdraget om man inte genomför en omfattande förändring. För det andra finns det idag mer samstämmighet över blockgränserna. Och det finns en krisinsikt.

Är det en krissituation vi har?

– Delvis. Vi klarar kvaliteten i sjukvården väldigt bra, men vi har problem med kompetensförsörjningen och vi klarar inte tillgänglighet och kontinuitet och vi är beroende av stafettläkare.

"...jag är inte särskilt förtjust i norgemodellen eller det brittiska systemet."

Annika Strandhäll

Är primärvården underfinansierad?

– Ja. Primärvården är underutvecklad, underdimensionerad och underfinansierad och den står för en förhållandevis liten andel av hälso- och sjukvårdskostnaden.

Kommer staten att tillskjuta mer resurser?

– Ja. Vi kommer inte undan nationella bidrag i den kommande omställningen.

Behövs det fler allmänläkare?

Ja. Och vi behöver utbilda fler läkare. Ta till exempel Stockholm. Där saknas trehundra allmänläkare i primärvården. Ändå bygger man närakuter som kräver ytterligare tvåhundra. Den ekvationen går inte ihop. Ska vi klara upp det här måste vi samverka mellan å ena sidan den nationella nivån med mitt ansvar för utbildningsplatser, resurser och förutsättningar, och å andra sidan huvudmännens ansvar för den operativa delen.

Hur ser du på listning på fast läkare?

– Det innebär trygghet att ha en fast läkare. Men jag vill gärna titta på olika alternativ, utan att fastna i något. Men jag är inte särskilt förtjust i norgemodellen eller det brittiska systemet.

Om du vore områdeschef i Stockholm och tvingades välja mellan att lägga ner en närakut, en av två BB-avdelningar eller en vårdcentral, vad väljer du?

– Den var fin! Nu är jag inte lokalpolitiker, så jag säger pass!



Jan Lindholm, sjukvårdspolitisk talesperson (MP), Socialutskottet

Ser du några problem med dagens hälso- och sjukvård?

– Ja, bland annat kostnadsökningen. Sjukvårdsresurserna är begränsade och vi kanske måste avstå från en del önskemål och förväntningar.

Hur kan man lösa det problemet?

– Det gäller att utnyttja kompetensen hos vårdpersonalen. Av tradition förväntar man sig att alltid få träffa en läkare. Men patienter med enklare krämpor kan med fördel bedömas av sjuksköterska eller sjukgymnast. Om det behövs kan de slussas vidare till läkare.

Har primärvården någon betydelse för ett jämställt samhälle?

– Den ojämlika tillgången till vård är ett allvarligt problem. Om primärvården tar som sin uppgift att stödja de svaga i samhället och fungerar som deras företrädare gentemot mot organisationer och myndigheter så kan skillnaderna bli mindre.

Hur ser du på allmänläkarens roll i primärvården?

– Om man bortser från det rent medicinska och tekniska hantverket, som ofta kan hanteras av annan personal än läkare, så skapar kontinuitet och tillgänglighet till en allmänläkare stor trygghet. En läkare som lärt känna sin befolkning tror jag kan ge sina patienter sådan trygghet.

Då behövs det väl fler allmänläkare?

– Jag har svårt att säga hur många de ska vara. Det beror på vilka uppgifter de har.

Bör alla ha rätt till en fast läkare?

– Idag sker listning på vårdenhet, och det fungerar bra. Men tanken med fast läkare är spännande och det vore intressant att pröva ett fastläkarsystem i några landsting. ➡



*Karin Rågsjö,
sjukvårdspolitisk talesperson (V),
Socialutskottet*

Ser du några problem med dagens primärvård?

– Vårdutbudet verkar koncentreras till storstädernas centrala delar. Tillgängligheten är ojämn, de som har störst behov har svårast att få hjälp. Ett stort problem är att det är svårt att rekrytera och behålla personal.

Är det viktigt att ha en fast läkare?

– För den som är frisk och sällan uppsöker vården är det inte så viktigt. Men barnfamiljer och personer med kroniska sjukdomar behöver täta kontakter och då är det viktigt med kontinuitet.

Behövs det fler allmänläkare?

– Ja. Det är nödvändigt att fler läkare stannar på fasta tjänster och att de inte arbetar som hyrläkare. Vi behöver antagligen utbilda fler läkare, men tyvärr saknas prognoser för läkarförsörjningen.

Går det att överföra resurser från slutenvården till primärvård?

– Ja, på lång sikt. Primärvården är underfinansierad trots att man länge pratat om utbyggnad. Men även slutenvården anser sig ha bemanningsproblem och svårt att få resurserna att räckta till.

Kan en utbyggd primärvård minska klyftorna i samhället?

– Ja, primärvården har extremt stor potential för att skapa jämlikhet. Riktade insatser med hembesök, uppsökande verksamhet och insatser mot tobak, alkohol och stödkontakter till föräldrar i utsatta områden betyder mycket.

Är triagering ett sätt att minska trycket på allmänläkarna?

– Det viktigaste är att skapa delaktighet hos alla anställda, och att vårdcentralen tillåts organisera sin verksamhet själva, utefter befolkningens behov. Att vara delaktig i beslut som rör verksamheten, att ha en rimlig lön och möjlighet att forska tror jag skulle öka rekryteringen till allmänmedicin.



*Per Ramhorn, sjukvårdspolitisk talesperson,
(SD), ledamot i Socialutskottet,*

Hur tycker du dagens primärvård fungerar?

– Den medicinska kvaliteten står sig bra jämfört med andra europeiska länder, men vi är sämre på förtroende och tillgänglighet. Hög medicinsk kvalitet hjälper inte om man inte kan få vård när man behöver den. Det bäddar för privata sjukförsäkringar och ojämlikhet.

Vad skulle du önska att Anna Nergårdhs utredning resulterar i?

– Det viktigaste är att primärvården ges möjlighet att bygga upp ett förtroende i befolkningen. En del i detta kan vara att införa fast läkare.

Så det är viktigt med fast läkare?

– Ja absolut. Att ha en fast läkare skapar trygghet och gör att omhändertagandet blir effektivt. Läkaren kan då ta bättre beslut och hantera mycket per telefon.

Är det viktigt att få träffa läkare när man söker på vårdcentralen?

– Sjuksköterskor och fysioterapeuter har viktiga roller men det är patienten själv som ska bestämma om man ska träffa läkare eller inte.

Vad tycker du om nättjänsterna KRY och Min Doktor?

– För att inte dra stora resurser från andra delar av primärvården måste ersättningssystemet ändras. Ett videomöte ersätter inte ett fysiskt besök, men ofta är det svårt att få kontakt med sin vårdcentral.



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

AllmänMedicin gratulerar



Jämtländsk professor

Eva Samuelsson, Krokoms vårdcentral, har blivit utsedd till professor i allmänmedicin vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet. Hon forskar på appar för behandling av inkontinens. År 2017 beviljades hennes projekt "Tät.nu, e-behandling för urininkontinens hos kvinnor, män och sköra äldre" 3,9 miljoner kronor från Kampradsstiftelsen.

Annons

Betydelsen av läkarkontinuitet – reflektioner över en studie från Blekinge

Allt eftersom svensk primärvård har blivit mer pressad tycks kontinuitet bli allt svårare att uppnå. Vi gjorde en studie i Blekinge som visar ett tydligt samband mellan högre kontinuitet och färre besök på akutmottagningar och jourläkarcentraler under åren 2012-2014.

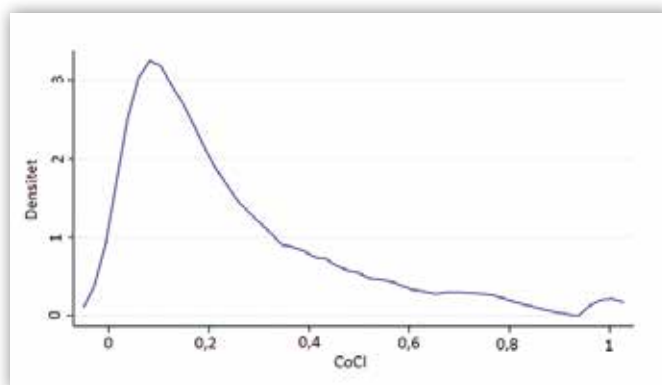
Sedan vårdvalet genomfördes 2010 har begreppet kontinuitet blivit allt mer centralt i den svenska allmänmedicinska debatten. Inom professionen upplever man att kontinuitet mellan läkare och patient har blivit allt svårare att uppnå. Statliga utredningar som gjorts sedan vårdvalet betonar också kontinuitetsproblematiken. Riksrevisionen, som 2014 fick i uppgift att granska hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti hade påverkat primärvården, konstaterade bland annat att "vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård". Trots ökat fokus på kontinuitet kunde Göran Stiernstedts rapport *Effektiv vård* från 2016 [1] "inte hitta något exempel på att huvudmännens sätt att styra vården eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet", och endast ett fåtal studier om kontinuitet i svensk primärvård har publicerats de sista 20 åren.

"De med lägst kontinuitet hade dubbelt så många akutkontakter jämfört med dem med högst kontinuitet."

I flertalet internationella observationsstudier har läkarkontinuitet i primärvården rapporterats ha en positiv samvariation med olika hälsorelaterade utfallsmått, såsom patientnöjdhet, bättre prevention, följsamhet till behandling, färre akutmottagningsbesök och sjukhusinläggningar, bättre hälsa, lägre kostnader och ökad effektivitet. Mest övertygande är evidensen för samvariationen med patientnöjdhet. Eftersom endast ett fåtal kontrollerade interventionsstudier finns publicerade, ofta med tvetydiga resultat, går det inte att dra slutsatser om kausala samband.

Tvärsnittsanalys från Blekinge

I en registerbaserad tvärsnittsstudie baserad på longitudinella data [2] undersökte vi samvariationen mellan läkarkontinuitet vid offentligt drivna vårdcentraler och antalet besök till akut- eller jourläkarmottagningar. Studien inkluderade 8 185 patienter som haft minst två läkarbesök på vårdcentral per år under tidsperioden 1 januari 2012 till 31 december 2014. För att täcka in olika aspekter av kontinuitet valdes tre olika kontinuitetsindex – Usual Provider of Care index (UPC), Continuity of



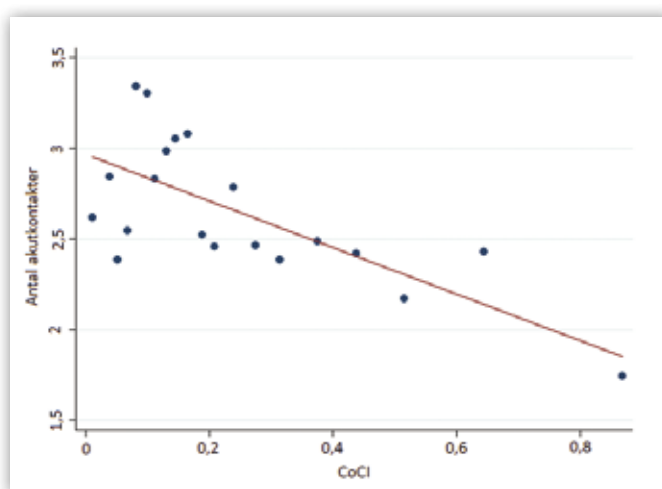
Figur 1: Spridning av kontinuitetsindex (CoCI) i studiepopulationen uppskattat med hjälp av Kernel densitet.

Care index (CoCI) och Sequential Continuity index (SECON). Samtliga index varierar från noll (olika läkare vid varje besök) till ett (samma läkare vid varje besök).

Kontinuiteten visade sig vara starkt snedfördelad (figur 1). Äldre och multisjuka hade en relativt bättre kontinuitet. Med fallande kontinuitet såg man ökande antal akuta kontakter (figur 2). Studien visade en signifikant, och kliniskt relevant, samvariation mellan kontinuitet och antalet akutkontakter. De med lägst kontinuitet hade dubbelt så många akutkontakter jämfört med dem med högst kontinuitet.

Förklaringsmodeller

Eftersom studien är en tvärsnittsanalys kan man inte uttala sig



Figur 2: Scatterplot som visar samvariation mellan det totala antalet akutkontakter och kontinuitetsindex (CoCI) och där varje punkt motsvarar ca. 400 patienter.

om eventuella kausala samband, men förklaringen till samvariationen är troligen multifaktoriell. Troligen blir vårdkvaliteten bättre vid högre kontinuitet, vilket främjar det långsiktiga ansvarstagandet hos behandlaren och leder till välbehandlade patienter. Av större betydelse är antagligen det ömsesidiga förtroende som över tid utvecklas mellan patient och behandlare. Tidigare forskning har visat att patienter värdesätter kontinuitet särskilt högt för tillstånd som upplevs som allvarliga. Det är således lätt att föreställa sig att patienter väljer att söka akut- eller jourläkarmottagning, istället för sin vårdcentral, om förtroendet för primärvårdsläkaren är lågt. Enligt Socialstyrelsen har inflödet av icke akut sjuka patienter till landets akutmottagningar ökat varje år sedan 2010 [3]. Detta mönster skulle kunna motverkas vid förbättrad läkarkontinuitet i primärvården.

Kontinuitet och förtroende

Låg kontinuitet är en starkt bidragande faktor till den förtroendekris som svensk sjukvård befinner sig i. Den amerikanska stiftelsen *The Commonwealth Fund* publicerar årligen befolkningens erfarenheter av vården från 11 olika länder, bland annat Sverige. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisade, på regeringens uppdrag, de svenska och internationella resultaten från 2016 års undersökning. En tredjedel av svarande i Sverige angav att de tycker att sjukvården fungerar bra, och denna andel har minskat avsevärt sedan 2010. Knappt 60 procent av de tillfrågade angav att vårdpersonal ofta eller alltid känner till viktig information om deras medicinska historia, jämfört med cirka 80 procent i de flesta andra länder [4].

Sjukvårdsbarometern, som är en nationell undersökning ledd och samordnad av SKL, visade 2016 att andelen invånare som har förtroende för hälso- och sjukvården uppgår till knappt 60 procent [5]. Inte överraskande visade vår studie i Blekinge kontinuitetsvärden som ligger långt lägre än vad man uppmätt i primärvårdspopulationer i större internationella studier. Medianvärdet för kontinuitetsindexet UPC var 0,33. Detta kan jämföras med Norge och Storbritannien där motsvarande värden ligger på 0,78 respektive 0,50. Primärvården i Sverige har en stor förbättringspotential när det gäller befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården och kontinuitet bör vara en central pusselbit i en sådan satsning.

Anledningar till låg kontinuitet

Dålig bemanning med fasta läkare kan delvis förklara den låga kontinuiteten i Blekinge-studien, men även andra organisatoriska faktorer spelar troligtvis en viktig roll. I genomsnitt fanns det i Blekinge 1 970 patienter per läkare (exklusive utbildningsläkare) under 2014. Motsvarande siffra var i Norge 1 128 år 2015 och i Storbritannien 1 569 år 2012. Om man begrundar dessa siffror i ljuset av nuvarande fokus på tillgänglighet är det lätt att föreställa sig hur kontinuiteten blir lidande. Kontinuitet är, liksom tillgänglighet, resurskrävande ur bemanningssynpunkt, och ett allt för ensidigt fokus på tillgänglighet riskerar att bli förödande för kontinuiteten. Bland de 13 vårdcentralerna i vår studie kunde man dock inte se något klart samband mellan bemanningssituationen och den kontinuitet som de kunde erbjuda sina patienter. Bättre bemannade vårdcentraler hade inte nödvändigtvis bättre läkarkontinuitet.

En fast bemanning är en förutsättning för att kunna skapa läkarkontinuitet, men det krävs också en organisation som



Vårdval.

©Peter Engberg, omslag till *Läkarmatrikeln* 2009.

målmedvetet arbetar för god kontinuitet. Detta tycks bli en allt större utmaning inom svensk primärvård, när trenden pekar mot större mottagningar, delade listor mellan allmänläkare, nya roller för sjuksköterskor som svarar för triagering och vård till kronisk sjuka, separat organisering av telefonrådgivning samt alternativa möjligheter för patienter att söka vård via drop-in mottagningar. Ett första steg mot ett målmedvetet arbete för god kontinuitet är att vårdcentralerna regelbundet mäter läkarkontinuiteten och att man vid varje organisatoriskt tilltag beaktar kontinuitetaspekten och analyserar ändringens konsekvenser för kontinuiteten.

Värdet av kontinuitet är dock inte lika självklart för alla patienter. Liksom andra studier tyder vår undersökning på att effekterna av kontinuitet är större för patienter med kronisk sjukdom och för patienter som besöker vården ofta. Troligtvis är det även dessa grupper som har störst efterfrågan på kontinuitet. Det är heller inte möjligt för alla läkare att erbjuda god kontinuitet. Inhyrd personal samt utbildningsläkare kan inte ge sina patienter samma kontinuitet som den fast anställda allmänläkaren. En prioritering om vem som ska få komma till den fasta läkaren är nödvändig.

Kontinuitet ur ett ekonomiskt perspektiv

Många studier har visat att en stark primärvård också för med sig en kostnadseffektiv sjukvård [6-8]. Eftersom det finns ett starkt samband mellan läkarkontinuitet och antalet akutmottagningar blir det uppenbart att det även finns ekonomiska incita-

ment att förbättra kontinuiteten. I en studie från Stockholms län av 20 000 KOL patienter undersökte man betydelsen av kontinuitet på mottagningsnivå. De 20 procent som hade sämst klinikkontinuitet hade 57 procent högre kostnader för mottagningsbesök, sjukhusvistelser, vård i hemmet, transporter och läkemedel, jämfört med de 20 procent som hade högst klinikkontinuitet [9]. Satsningar på primärvården som innebär ökade möjligheter för kontinuitet blir således en besparing för sjukvården i stort.

Slutsats

Att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården är viktigt för att garantera ett långsiktigt och hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Genom kontinuitet skapas förutsättningar för en hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov. Patientcentrerad vård är en omöjlighet utan kontinuitet. Det finns ett stort behov av vidare forskning på området. Kunskap behövs om hur kontinuiteten skiljer sig åt i olika delar av landet, i olika kontexter och mellan olika patientgrupper,

samt hur den påverkas av ökad samverkan, nya riktlinjer och vårdprogram. Det råder dock inga tvivel om att kontinuitet generellt sett har stor betydelse för patientens upplevda trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården samt att den positivt påverkar vårdkvaliteten. För att kunna öka kontinuiteten inom primärvården behövs ett målmedvetet arbete på olika nivåer – på vårdcentralen, regionalt och nationellt. Strategier som ökar kontinuiteten i primärvården kommer i framtiden att kunna minska kostnaderna för sekundärvården – en utveckling som svensk sjukvård inte har råd att förbise.

Hannes Kohnke

ST-läkare

Bräkne-Hoby vårdcentral,

Landstinget Blekinge

hannes.kohnke@ltblekinge.se



Jäv saknas.

Referenser

1. Sveriges riksdag. Effektiv vård. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/effektiv-vard_H4B32.
2. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2017;35:113-9.
3. Socialstyrelsen. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-11>.
4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016. <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016--jamforelser-mellan-Sverige-och-tio-andra-lander/>.
5. Sveriges Kommuner och Landsting. Hälso- och sjukvårdsbarometern. <https://www.vardenisiffror.se/registry/registry?descriptionSource=H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsbarometern>.
6. N. Janlöv. Measuring Efficiency in the Swedish Health Care Sector – Levels, Trade-offs and Determinants. Department of Economics, Lund University; 2010.
7. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire, England: Open University Press; 2006.
8. World Health Organization. The World Health Report 2008 – Primary Health Care: now more than ever. <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
9. Svereus S, Larsson K, Rehnberg C. Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *Eur Clin Respir J* 2017;4:1290193.

AllmänMedicin informerar

11 läkemedel som du allvarligt bör överväga att sätta ut

Douglas S Paauw, professor vid University of Washington School of Medicine, Seattle, har gjort en lista över 11 läkemedel med motiveringar varför användningen av dem bör omprövas. Är det samma som du skulle välja?



- | | |
|--|--|
| 1 Tarmreglerare | 7 Astma/KOL utan spirometri |
| 2 Antibiotika vid tandingrepp | 8 Antimuskarin för inkontinens |
| 3 Protonpumpshämmare | 9 Cholinesterasinhämmare vid Alzheimer |
| 4 Statiner för primärprevention (särskilt äldre) | 10 Muskelrelaxantia vid ryggvärk |
| 5 Bensodiazepiner | 11 Vitaminer, mineraler och andra supplement |
| 6 Betablockerare | |

11 Drugs You Should Seriously Consider Deprescribing
<https://www.medscape.com/slideshow/deprescribing-6009041#1>

Kvitton – vårt starkaste redskap i samtalet med patienten?

Den goda nyheten är att det finns språkliga redskap som förmedlar trygghet och tillit till patienten och som gör att vi läkare snabbare får veta vad som är viktigt för patienten och som patienten vill ha hjälp med.

Den dåliga nyheten är att det krävs träning att svara på det känslomässiga innehåll i det patienten berättar och att inte bli upptagen och direkt fråga till de biomedicinska problem och frågeställningar patienten kommer med i sin inledande symtompresentation.

När patienten inleder med: "Jag har så ont i ryggen!" så finns det flera *frågor* mellan raderna: Vad kan det vara? Kan och vill du hjälpa mig? Förstår du hur ont jag har? Vill du lyssna på mig? Mina *kvitton* ska svara, bygga bro och få patienten att fortsätta: Det låter jobbigt, berätta lite mera...

Om jag ställer en fråga möter jag patienten med en motfråga – patienten kan känna sig ifrågasatt. Om jag är tyst måste patienten tolka min tystnad – patientens mindrevärde (skam) och ångest aktiveras.

"För att kunna ge kvitton måste läkaren vara på plus, inte stressad men känna sig nyfiken och intresserad i patienten."

Detta innebär att man får stanna i Patientens del av konsultationen tills patienten har berättat färdigt om sina tankar, sin oro och sina önskemål. Innan man börjar på sina läkarfrågor i Läkarens del av konsultationen är det säkrast att sammanfatta och höra om det finns mer patienten söker för.

Sedan kompletterar man anamnesen och undersöker man patienten i Läkarens del.

I den Gemensamma delen av konsultationen svarar man på patientens frågor och diskuterar den vidare handläggning och uppföljning.

Kvitton är språkliga redskap till att bygga bro mellan patient och läkare. Några få exempel på kvitton:

1. Reflekterande: Det låter jätte jobbigt för dig...
2. Inbjudande: Hm, berätta lite mera. Bra, nu vet jag vad du vill, berätta lite mera...
3. Erkännande och berömmande: Bra klart! Du är verkligen mån om din hälsa.
4. Validerande: Vad bra att du kom. Det är helt normalt att man reagerar så...
5. Omsorgsgivande: Jag vill försöka hjälpa dig... Jag är ledsen att du behövde vänta...



Eva de Fine Licht och Jan-Helge Larsen på Läkaresällskapet.

Foto: Charlotte Hedberg

När patienten säger: "Jag har så ont, mår så dåligt, känner mig så trött..." förmedlar hen negativa känslor till läkaren. Om jag lyckas ge patienten ett eller flera passande kvitton på detta uppnår jag två saker:

1. Patienten känner en lättnad över att läkaren verkar förstå och behöver därför inte upprepa eller förstärka sina plågor. Patienten känner sig mera trygg och brukar då berätta det som är viktigt.
2. Läkaren slipper smittan från patientens negativa känslor. De förvandlas – delvist – till kognitiva element som kan läggas på bordet.

För att kunna ge kvitton måste läkaren vara på plus, inte stressad men känna sig nyfiken och intresserad i patienten. Det innebär att man måste ha avslutat förra patienten och vara beredd på att möta den nya patienten med närvaro.

Om jag inte lyckas ge kvitton i tid riskerar jag att bli överväldigad av patientens smärta, komma på minus och ty till det säkra, att ställa frågor som "När började det?" eller "Var gör det ont?" Då brukar patienten stoppa sin berättelse, jag går miste om information och får jobba hårdare.

Därför: Ge många kvitton och ge dem tidigt! Töm patienten – innan hen tömmer dig!

Jan-Helge Larsen

Alment praktiserende læge, lektor
Köpenhamn

Översättning:

Charlotte Hedberg, charlotte.hedberg@ki.se
och Conny Svensson



Referat från ett av "potpurrierna" vid SFAM:s konsultationsnätverksmöte 8 december 2017 (se sid 5). Jan-Helge Larsen är nestorn bakom Kalymnoskursernas pedagogik.

Viktigt med uppdaterad kunskap om ovanliga diagnoser i ett oselekerat patientflöde

Hudutslag i ett oselekerat patientflöde tillhör allmänmedicinens svårare gebit. Missade diagnoser kan få stora konsekvenser för den drabbade patienten. Följande fall illustrerar en ovanlig väg till diagnos och avspeglar kunskapsbrister hos författaren. Kanske fler än jag funderar på hur man ska hänga med i kunskapsexplosionen?

Fallpresentation

Den 60-åriga kvinnan har en välreglerad diabetes typ 2, hypertoni och en lätt artros i vänster knä. Hon sökte min kollega på vårdcentralen i april, då hon sedan sex månader haft udda, mörkoranga fläckar, periodvis ömma, på vänster underbens fram- och utsida. Sista månaden har hon varit särskilt trött. Hon svettas kopiöst på nätterna sedan menopaus för 10 år sedan.

Kollegan tycker bilden liknar knölros men reflekterar över det ovanliga att bara ena benet är engagerat. Sänka, andra rutinprover och lungröntgen är utan anmärkning.

En månad senare är hon hos diabetessköterskan. Trötthe-

ten under våren och utslaget har gjort att patienten inte orkat motionera som hon brukar. Då utslaget bredd ut sig hämtas jag för snabbkonsultation. Jag finner ett ganska jämnfärgat rött-rosa utslag nästan runt hela ankeln och upp på underbenet. Avsaknaden av klåda tycker jag talar mot eksem och den långa sjukhistorien mot bakteriell hudreaktion/erysipylas. Då jag nyligen haft flera udda fall av hudreaktion på ACE-hämmare sätter jag ut patientens enalapril.

Vid uppföljning efter en månad finner jag en glad patient. Hon har blivit av med sina mångåriga svettningar och vill aldrig mer ha enalapril. Jag vågar inte gå in på någon objektiv sambandsbedömning men funderar på om en A2-blockare senare kan ges för blodtrycket hos denna diabetiker. Patienten tycker utslaget blivit bättre men jag misstänker att hon mest vill göra doktorn glad. Jag finner utslaget väsentligen oförändrat. Jag tar en stansbiopsi med en diffus, dålig frågeställning.

PAD-svar stansbiopsi: "Hudvävnad med en djupgripan- de interstitiell inflammation uppbyggd av lymfocyter och plasmaceller. Fyndet talar i första hand för möjligheten av en borreliamanifestation, men fyndet måste korreleras mot klinisk information."

Vad är god och nära vård?



Centralt är ett personligt engagemang för patienterna, befolkningen och allmänmedicinen. Allmänläkaren bör agera så hen kan bli älskad av några, avhållen av många, respekterad av alla.

För detta krävs kontinuitet och en rimlig dimensionering i bemanningen. Men också en egen revolt mot dagens myter, att läkaren står i en kundrelation och är en produktionsfaktor i en process, som har att följa riktlinjer utformade av diagnoscentrerade subspecialister utan helhetstänkande. Och av ett administrativt ledarskap utan förankring i läkekonsten, som med ekonomiska incitament och irrelevanta uppföljande mätetal tror sig kunna styra läkaren på tvärs mot det etiska uppdraget och en komplex medicinsk verklighet.

En god och nära vård kräver att läkaren gör sig fri från andra motiv än patientens bästa och går in i en tjänande roll utan prestige och hierarkiskt högmod. Ekonomiska drivkrafter i läkargärningen, särskilt när de är kopplade till doktorn själv eller knutna till den enskilde patientens besök, kommer på sikt göra om läkarens själ och omöjliggöra de höga ideal allmänmedicinen står, eller borde stå, för.

Bengt Järhult

Vid en telefonkontakt efter ett par veckor meddelar jag patienten att patologen inte kan sätta någon exakt diagnos men framkastar möjligheten av en borreliainfektion och för första gången tänker jag på en framväxande acrodermatitis chronica atrophicans (ACA). Patienten har 2017 inte haft något fästingbett men hade hösten 2016 flera fästingar, dock utan hudreaktion.

Uppföljande serologi visar IgG över 200, negativt IgM. Efter infektionskonsult telefonledes kompletterar mikrobiologen med Western Blot, som styrker diagnosen kronisk borreliainfektion. Fästingexponeringen, det långdragna förloppet, PAD-stöd och positiv serologi gör att jag behandlar tre veckor med Doxycyklin 100 mg x 2. Efter behandlingsavslut meddelar patienten att utslaget är väsentligen borta, hon är mindre trött och en smärta hon haft i höften, som knappast kommit fram i läkarkontakterna, är nu borta.

Diskussion

Jag var inte medveten om att ett patologutlåtande kan vara vägen in i en besvärlig borreliadiagnostik, men histologi som stödjande diagnostik i specialfall är omnämnd i översiktsskrift [1]. Jag skrev till den diagnostiserande patologkollegan. Han kommentar: "Det är alltid uppskattat att få höra hur det går för patienterna vi sätter diagnos på och att vårt arbete kan bidra till en bättre vård".

Han i sin tur hade konsulterat en dermatopatolog med stor erfarenhet av Borreliamanifestationer i hud, och som har sett flera fall där hudutslagen suttit på underben, buk och intertri-



Illustration: Annika Andén

ginöst. Mitt patientfall, skriver diagnostiserande patolog, ”är således ovanligt men inte unikt. Att sprida kunskap om den varierande kliniska presentationen är viktigt.”

Primärvården har ett flöde av patienter med huvudvärk, trötthet, yrsel etc. Provtagning med Borreliaserologi avråds vid ospecifika symtom [1], om inte mer specifika yttringar av borrelia noterats. Det prediktiva värdet av serologi är alltför lågt. Intressant är att i mitt fall fanns trötthet och associerade ledbesvär som en del i symtomatologin. Myalgier och artralgi, liksom en ibland uttalad trötthet, förekommer vid ACA [2]. Bilden i mitt fall klarnade först efter behandlingen där dessa besvär minskade/försvann. Möjligen kom höftbesvären i skymundan i diagnostiken pga. patientens kända knäartros. Undrar hur många patienter med trötthet och/eller lättare ledbesvär som passerat mig under åren utan att borreliagenes övervägts?

ACA anges stå för tre procent av kliniska borreliafall [3]. Utifrån incidenssiffror i södra Sverige innebär det nedbrutet på en enskild läkare på vårdcentral/akutmottagning ett fall vart 15-25 år även om hänsyn tas till en ökad incidens sedan studien publicerades [4]. Mitt enda tidigare fall av ACA under yrkeslivet träffade jag på för 27 år sedan, en man med en tioårig missfärgning av distala foten. Efter det förknippade jag ACA med spetsen på en kroppsdel, vilket ju också själva namnet anger. Att utslaget kan finnas på övriga kroppen hade jag inte som aktiv kunskap.

En något förmildrande omständighet för en äldre distriktsläkare kan vara att bakterien Borrelia inte var upptäckt när

jag gick min utbildning i hud 1973. Min uppskattade lärare Hans Rorsman med sin lärobok hade fyra rader om fästingar. ”Fästingar är också kvalster. Fästingbett kan ge ringformad, migrerande inflammation, erythema chronicum migrans. Denna botas av penicillin. Men eventuellt infektionsagens är okänt” [5]. ACA nämns inte, inte heller lymfocytom, än mindre relaterade komplikationer med och utan utslag som neuroborrelios, artrit eller kardit.

Men läkaryrket kräver ett ständigt lärande och Läkartidningen beskrev redan 1909 ett Borreliafall. Det påpekas i en översikt med historiskt perspektiv 2004. Den artikeln borde jag ha läst noggrannare, dels för att den var skriven av en allmänläkarkollega från min tid i Blekinge som redan då var på väg att bli en auktoritet på området, dels för att han just påpekade att en långsamt expanderande blårod missfärgning och svullnad distalt på extensorsidan av en extremitet kan vara ett kliniskt fynd vid ACA [6].

Mitt fall om ACA illustrerar att ny kunskap under ett yrkesliv måste tillföras för att upprätthålla klinisk kompetens. För vanliga sjukdomar fungerar det producentbundna utbudet ganska väl men i breda discipliner som allmänmedicin och invärtesmedicin behövs ett livslångt lärande, också för mer ovanliga sjukdomar och behandlingar som tillkommer. Någon organisation för det finns inte i Sverige. Läkare, inte minst allmänläkare, ser stora brister i sin fortbildning. Endast 36 procent av vårdcentralernas allmänläkare och övriga specialistläkare anser att de har goda möjligheter att utveckla sin kompetens inom de områden som det kliniska arbetet kräver [7].

Det är hög tid att läkarkåren samlar sig till krav och tar strid för en självklarhet; en obligatorisk, systematisk fortbildning under hela yrkeslivet. SFAM har i många år krattat manegen men konkreta beslut har inte tagits. Till och med politiska partier börjar agera i brist på professionens och arbetsgivarares beslut [8].



Bengt Järhult
Vårdcentralen, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Läkemedelsbehandling av borreliainfektion-nya rekommendationer. Information från Läkemedelsverket 4:2009. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Borreliarek_webb_bokm%C3%A4rken.pdf
2. LymeNet Europe. Acrodermatitis Chronica Atrophicans. <https://www.lymeneturope.org/forum/viewtopic.php?t=491>
3. Berglund J. Lyme borrelios – klinisk bild, differentialdiagnostik och primär behandling. Information från Läkemedelsverket 4:2009. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Borreliabakgrund_webb_bokm%C3%A4rken.pdf
4. Berglund J, Eitrem R, Ornstein K, et al. An epidemiologic study of Lyme disease in southern Sweden. N Engl J Med 1995;333(20):1319–27.
5. Rorsman H. Dermatologi, Venerologi, Studentlitteratur, Lund;1973.
6. Berglund J. Borreliafall beskrevs i Läkartidningen 1909. Läkartidningen 2004;101:109-114. http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0401/pdf/109_114.pdf
7. Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Specialistläkares fortbildning. https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Specialistlakarnas_fortbildning.pdf
8. L. Tvinga sjuksköterskor och läkare till vidareutbildning. SvD 26.12.2017 <https://www.svd.se/l-tvinga-sjukskoterskor-till-vidareutbildning>

Interprofessionell samverkan för astma-KOL

Interprofessionell samverkan inom astma och KOL prioriteras högt av Socialstyrelsen och innebär fördelar för patienter och vårdpersonal. De stora kraven i framtidens sjukvård medför ett behov av att flera professioner och patienterna är delaktiga i vården. Detta är särskilt viktigt för denna ofta multisjuka patientgrupp.

I interprofessionell samverkan (IPS) ansvarar de olika yrkesprofessionerna för olika delar i vården av patienter med astma eller KOL. Det är alltid patientens egen läkare som ansvarar för diagnostik och farmakologisk behandling.

Den allmänläkare som är ansvarig för astma/KOL-mottagningen på en vårdcentral har till uppgift att ge stöd till övriga läkare, astma/KOL-sjuksköterskan och fysioterapeuten samt ansvara för utvecklingen och kvaliteten av verksamheten avseende astma och KOL.

Sjuksköterskan ansvarar för att leda och organisera astma/KOL-mottagningen med utredningar, patientutbildning och rökslutarstöd samt för handledning och utbildning av övrig personal. Fysioterapeuten ansvarar för att mäta fysisk kapacitet, se till att patienten får tillgång till lämplig fysisk aktivitet/träning, följa upp insatt träning samt instruera i andnings- och hostteknik.

Dessa tre yrkeskategorier är de som patienten med astma eller KOL främst har behov av. Andra professioner kan behöva ingå i IPS-arbetet såsom arbetsterapeut, dietist, psykolog och kurator.

Internremittering/hänvisning till andra aktörer i IPS-teamet kan ske kontinuerligt. Att bevaka ny kunskap samt medverka i kvalitets- och verksamhetsutveckling åligger alla yrkesprofessioner.

Patientutbildning

I IPS ingår strukturerad patientutbildning [1]. Patientutbildning har definierats som "en planerad process av aktiviteter för att möjliggöra för människor som har upplevt sjukdom eller som söker sjukvården, för att förbättra kunskapen, för att förvärva färdigheter och att främja frivillig

Allmänläkare	Astma/KOL-sjuksköterska	Fysioterapeut
Bedöma symtom, utreda, tolka resultat	Organisera astma/KOL-mottagning	Mäta/bedöma fysisk kapacitet/aktivitet och andningsteknik
Fastställa diagnos, ordinera lämplig behandling	Undersökningar vid utredning av misstänkt astma och KOL	Planera, genomföra och utvärdera träning i stabil sjukdomsfas samt efter exacerbation
Upprätta en behandlingsplan	Medverka i uppföljning	Individanpassa fysisk aktivitet/träning och andningsteknik
Uppföljning av läkemedelsbehandling	Patientutbildning, stöd till egenvård	Uppföljning av fysisk kapacitet/aktivitet, andningsteknik
Utreda och behandla ev. samsjuklighet	Rökslutarstöd (kan vara organiserat på annat sätt)	Medverka i patientutbildning och stöd till egenvård
Remittera till annan specialist vid behov	Introduktion/utbildning till annan personal	Introduktion/utbildning till annan personal

Tabell 1: Arbetsuppgifter vid astma/KOL för läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter i primärvården.

anpassning av beteenden för att återställa, upprätthålla och förbättra hälsan" [2]. Strukturerad patientutbildning bör individualiseras och ske utifrån patientens behov och sjukdomens svårighetsgrad [1].

IPS på den egna mottagningen

Optimal och effektiv vård uppnås när

arbetet utförs av den profession som har bäst kompetens för varje arbetsuppgift. Skriftliga rutiner om vem som ska göra vad kan underlätta arbetet. I tabell 1 och tabell 2 ges förslag på vad varje profession kan bidra med i vården av personer med astma och KOL.

Strukturerad dokumentation är viktigt

Arbetsterapeut	Dietist	Psykolog	Kurator
Bedömning av ADL	Bedömning av nutritionsstatus och energibehov	Bedömning av ångest, depression, oro och svårighet att acceptera kronisk sjukdom	Psykosocial utredning
Råd om energibesparande arbetsmetoder	Nutritionsbehandling inklusive skriftlig plan för nutrition	Kristerapi inklusive olika copingstrategier	Vägledning om samhällets stöd och resurser vid ohälsa
Utprovning och förskrivning av hjälpmedel	Utvärdering av nutritionsbehandling	Stödsamtal	Stödsamtal
Bostadsanpassning	Nutritionsundervisning vid olika sjukdomstillstånd	Behandling av ångest och depression	Stöd vid ensamhetsproblematik, social isolering och existentiella frågor
	Födoämnesallergier		Kontakter med Försäkringskassan, socialtjänsten mm.

Tabell 2: Arbetsuppgifter vid astma/KOL för arbetsterapeut, dietist, kurator och psykolog i primärvården. Beroende på utbildning och kompetens kan vissa yrkesgrupper utföra andra arbetsuppgifter.

för patientsäkerheten, för att undvika dubbelarbete och för att kunna utföra uppföljningar enligt Socialstyrelsens riktlinjer [1]. Att i ökad grad använda förutbestämda sökord underlättar en sådan uppföljning. Nya medarbetare behöver introduceras i IPS i vården av personer med astma och KOL. I introduktionen kan auskultation hos astma/KOL-sjuk-sköterska/fysioterapeut ingå. Samverkan och kompetensen stärks av att ha gemensamma möten där svåra patientfall kan diskuteras.



Illustration: Annika Andén

IPS med andra mottagningar/huvudmän

Många patienter med astma och KOL behöver vård på olika vårdnivåer och av olika huvudmän. I dagens primärvård finns inte alltid samtliga professioner på den egna arbetsplatsen. Även inom samma vårdnivå behöver vissa patienter vård på flera, ofta geografiskt åtskilda, mottagningar. För att optimera vårdprocesserna behövs rutiner för informationsöverföring.

Många landsting har generella rekommendationer om vilken vårdnivå som gäller för en speciell ålder och en viss svårighetsgrad. Det är viktigt att lokala överenskommelser med närmaste remissinstanser finns för varje vårdcentral, öppenvårdsmottagning, slutenvårdsmottagning och kommun gällande konkreta rutiner kring vårdprocessen.

IPS kan organisatoriskt utvecklas genom möten med representanter för de olika mottagningar som är involverade i patienternas vård. En viktig patientgrupp är äldre med KOL. Här kan ökad samverkan mellan vårdcentralen, kommunen, hemtjänsten, akutmottagningen och geriatrisk klinik resultera i bättre patientom-

händertagande. En annan patientgrupp är barn med astma där samverkan mellan vårdcentral, barnakut, barnläkarmottagning och skolhälsovård är en viktig del i omhändertagandet.

Vad är interprofessionell samverkan?

Att arbeta med interprofessionell samverkan (IPS) innebär att olika professioner arbetar tillsammans utifrån den egna kompetensen och mot samma mål. Detta arbetssätt är särskilt lämpligt för patienter med en eller flera kroniska sjukdomar. Patientens mål, behov och förutsättningar står alltid i fokus och patienten förväntas ingå i IPS. Samverkan ska också ske mellan olika vårdnivåer.

Detta skiljer sig från multidisciplinärt arbete där varje yrkesprofession arbetar enskilt utifrån den egna kompetensen utan någon större organiserad kontakt eller samverkan med varandra. IPS skiljer sig från traditionellt teamarbete där någon tar team-ledarens roll och fördelar arbetsuppgifter till de andra yrkeskategorierna [3]. Teamarbete med IPS innebär att alla kompetenser i teamet tas till vara på lika villkor utifrån vars och en kompetens, dvs. ett lagarbete med ordnade kontakter med varandra.

"Optimal och effektiv vård uppnås när arbetet utförs av den profession som har bäst kompetens för varje arbetsuppgift."

IPS inom astma/KOL-vården

IPS vid astma har prioritet 4 i Socialstyrelsens riktlinjer och IPS vid KOL prioritet 3 [1]. I dessa riktlinjer rangordnas åtgärderna från 1 till 10, där 1 motsvarar högst prioritet och 10 lägst prioritet. Det vetenskapliga underlaget visade att åtgärden vid astma leder till minskade symtom samt ökad sjukdomskunskap hos patienterna, jämfört med sedvanlig vård [4, 5]. För KOL har åtgärden visats ge förbättrad livskvalitet, ökad funktionell kapacitet och minskad dyspné jämfört med sedvanlig vård [1, 6]. Vård med IPS är särskilt viktigt för personer med svårare sjukdom.

Hur arbete med IPS kan lyckas:

- Utveckla rutiner för hur samverkan ska ske.
- Beskriva arbetsfördelningen mellan yrkesprofessionerna.
- Ha gemensamma möten för genomgång av remisser, remissrutiner, utbildningsinsatser och diskussion om svåra fall.
- Skapa rutiner för informationsöverföring till andra vårdgivare och instanser.
- Uppmuntran och stöd av chefer på olika nivåer.
- Samverkan med berörda patientorganisationer.

Vård baserat på IPS vid astma och KOL innebär att arbetet blir mer effektivt. Samarbetet med andra professioner ger i många fall en kompetenshöjning hos de olika vårdgivarna [7]. Patienten känner större delaktighet då vårdgivarna arbetar tillsammans, och patientens trygghet ökar då personalen är kompetent och engagerad [7].

Många patienter, framför allt de med KOL, är multisjuka vilket gör att behovet av samverkan med andra inom vården är stort, både inom samma vårdnivå eller med annan vårdnivå. I en stor internationell primärvårdsstudie hade hälften av alla patienter med KOL minst tre andra kroniska sjukdomar [8]. Ofta förekommande samsjukligheter vid KOL är kardiovaskulär sjukdom, metabola tillstånd, skelettmuskeldysfunktion, ångest, depression och kognitiv dysfunktion [9].

Nationella programrådet för astma/KOL

SKL:s programråd för astma/KOL har IPS lyfts fram som ett av fyra viktiga förbättringsområden. Ett kunskapsunderlag har tagits fram som en hjälp för implementering i det kliniska vardagsarbetet. Det publiceras på SKL:s hemsida, www.skl.se.

I en svensk KOL-studie från primärvården hade en av fem patienter, åtta år efter det att KOL-sjukdomen diagnostiserats, utvecklat diabetes och en tredjedel hade hjärtviktsdiagnos [10]. Närvaron av en eller flera andra sjukdomar är förenad med fler sjukhusinläggningar, ökade kostnader och hög mortalitet [11, 12]. Även vid astma är multisjuklighet vanligt särskilt bland äldre och kan leda till sämre astmakontroll, fler akutbesök och sämre livskvalitet [13, 14].

Hur vården är organiserad och vilka resurser som finns varierar mycket. Hänsyn måste därför tas till lokala förhållanden; alla vårdgivare har inte samma kunskap/erfarenhet av patienter med astma/KOL och många vårdcentraler har inte en godkänd astma/KOL-mottagning [15]. Väntetiderna kan vara långa och vissa har inte tillgång till fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, psykolog eller kurator [16]. Un-

derbemanning i primärvården är också ett stort problem som försvårar samverkan.

"Vård baserat på IPS vid astma och KOL innebär att arbetet blir mer effektivt."

För patienter med astma och KOL är samverkan med patientorganisationerna Riksförbundet HjärtLung och Astma och Allergiförbundet ytterligare en viktig del.

Ekonomiska/organisatoriska konsekvenser av att arbeta med IPS

Att följa rekommendationerna om för-

bättrad IPS vid astma och KOL skulle innebära, förutom ökade krav på organisation och planering, en tydlig resursbesparing. En svensk studie från primärvården med patienter med diagnosen KOL visade att den årliga vårdkostnaden (direkta kostnader) per patient på en vårdcentral med tillgång astma/KOL-mottagning på den egna mottagningen var nästan 20 000 kronor lägre än för patienter på vårdcentraler utan tillgång till detsamma [17].

NAAKA – Nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare – är ett oberoende nätverk för läkare med intresse för astma, allergi och KOL och som är specialister eller ST-läkare inom allmänmedicin.
<http://naaka.se/>



Luisa Escuder Miquel
Studierektor
Akademiskt
primärvårdscentrum,
Stockholms läns landsting
luisa.escuder-miquel@sl.se



Margareta Emtner
Leg. sjukgymnast,
professor
Institutionen för neurovetenskap,
fysioterapi och medicinska
vetenskaper, Uppsala universitet



Björn Stållberg
Docent
Gagnefs akademiska vårdcentral
Institutionen för folkhälso-
och vårdvetenskap,
Uppsala universitet



Ann-Britt Zakrisson
Distriktssköterska, med.dr.
Ordförande Astma- Allergi-
och KOLsjuksköterskeföreningen
(ASTA), Laxå vårdcentral
Universitetssjukvårdens
Forskningscentrum,
Örebro universitet

Jäv: Luisa Escuder Miquel inga potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

Margareta Emtner har erhållit ekonomisk ersättning från Boehringer-Ingelheim, AstraZeneca och Novartis för föreläsningar om KOL och fysisk aktivitet/träning samt ersättning för framtagande av broschyrer om fysisk aktivitet och träning vid KOL från Novartis och Orion Pharma.

Björn Stållberg har erhållit arvoden för föreläsningar och utbildningsaktiviteter arrangerade av AstraZeneca, Novartis, MEDA och Teva. Björn Stållberg har även deltagit i referensgrupper arrangerade av AstraZeneca, Novartis, MEDA, Fresenius Kabi, Boehringer Ingelheim, Teva och GSK.

Ann-Britt Zakrisson: inga potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Vård vid astma och KOL, Stöd för styrning och ledning [homepage on the Internet]. 2015 [cited 2016 21 January]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerastmaochkol>
2. Piredda M. Patient education: a concept analysis. International Nursing Perspectives 2004;4(2):63-71.
3. Blomqvist S. Kompetensutnyttjande i mångprofessionella team. (Swedish). [The utilization of competence in multi professional psychiatric teams.]. Academic dissertation ed. Linköping: Linköpings Universitet; 2009.
4. Clark NM, Griffiths C, Keteyian SR, Partridge MR. Educational and behavioral interventions for asthma: who achieves which outcomes? A systematic review. J

- Asthma Allergy 2010;3:187-97. DOI: 10.2147/jaa.s14772
5. Lisspers K, Stallberg B, Hasselgren M, Johansson G, Svardsudd K. Primary health care centres with asthma clinics: effects on patients knowledge and asthma control. *Prim Care Respir J* 2010;19(1):37-44. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00043 [doi]
 6. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, Gussekloo J, Boland MR, Rutten-van Molken M, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD009437. DOI: 10.1002/14651858.CD009437.pub2
 7. World Health Organisation. Framework for Action on Inter-professional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3) [homepage on the Internet]. Geneva, Switzerland: the Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health; 2010 [cited 2017 21 Mars]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
 8. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380(9836):37-43. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60240-2
 9. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014;9:871-88. DOI: 10.2147/copd.s49621
 10. Stållberg B, Janson C, Johansson G, Larsson K, Stratelis G, Telg G, et al. Management, morbidity and mortality of COPD during an 11-year period: an observational retrospective epidemiological register study in Sweden (PATHOS). *Prim Care Respir J* 2014;23(1):38-45. DOI: 10.4104/pcrj.2013.00106 [doi]
 11. Putcha N, Drummond MB, Wise RA, Hansel NN. Comorbidities and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Influence on Outcomes, and Management. *Semin Respir Crit Care Med* 2015;36(4):575-91. DOI: 10.1055/s-0035-1556063
 12. Stållberg B JC, Larsson K, Johansson G, Kostikas K, Gruenberger J-B, Jorgensen L, Sobocki P, Lisspers K. Comorbidities in Swedish COPD and non-COPD-patients: ARCTIC study. In: European Respiratory Society (ERS) annual congress. London, UK: European Respiratory Journal; 2016.
 13. Gershon AS, Wang C, Guan J, To T. Burden of comorbidity in individuals with asthma. *Thorax* 2010;65(7):612-8. DOI: 10.1136/thx.2009.131078
 14. Steppuhn H, Langen U, Keil T, Scheidt-Nave C. Chronic disease co-morbidity of asthma and unscheduled asthma care among adults: results of the national telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009 and 2010. *Prim Care Respir J* 2014;23(1):22-9. DOI: 10.4104/pcrj.2013.00107
 15. Lofdahl CG, Tilling B, Ekstrom T, Jorgensen L, Johansson G, Larsson K. COPD health care in Sweden - A study in primary and secondary care. *Respir Med* 2010;104(3):404-11. DOI: 10.1016/j.rmed.2009.10.007 [doi]
 16. Arne M, Emtner M, Lisspers K, Wadell K, Stallberg B. Availability of pulmonary rehabilitation in primary care for patients with COPD: a cross-sectional study in Sweden. *Eur Clin Respir J* 2016;3:31601. DOI: 10.3402/ecrj.v3.31601
 17. Lisspers K, Johansson G, Jansson C, Larsson K, Stratelis G, Hedegaard M, et al. Improvement in COPD management by access to asthma/COPD clinics in primary care: Data from the observational PATHOS study. *Respir Med* 2014;108(9):1345-54. DOI: 10.1016/j.rmed.2014.06.002 [doi]

Annons

På väg mot färre missade cancerdiagnoser på vårdcentralerna

Vad innebär en god och nära vård?



En god vård är personcentrerad, säker och evidensbaserad.

Nära vård är nära patienten, att de olika vårdinsatserna anpassar sig till och runt patienten, geografiskt och tidsmässigt.

Rita Fernholm

När det går allvarligt fel på vårdcentralerna handlar det oftast om att en allvarlig diagnos missas. Den vanligaste diagnosen som missas är cancer och behandling kan då kanske inte sättas in i tid. En ny studie tar reda på vilka cancerdiagnoser som missas och varför.

"Mitt prostatavärde PSA visade sig vara förhöjt och jag fick veta att remiss skulle skickas till urolog. När jag inte hört något på tre månader ringde jag till vårdcentralen och det visade sig då att remissen inte gått iväg."

60-årig man med prostatacancer

Vid granskning av lex Maria-fallen från 2011-2016 i primärvården framgår att cancer är den vanligaste allvarliga diagnosen som missas. Andra sjukdomar som felbedöms och missas är hjärtinfarkt, infektion, stroke, blodpropp i lungorna och barn-diabetes. Diagnostiska fel utgör 60-70 % av lex Maria ärendena från primärvården, men ingen har tidigare undersökt vilka diagnoser det gäller. I en ny studie vid Karolinska Institutet,

av författarna till den här artikeln, undersöks nu närmare vilka diagnoser som missats och vilka faktorer som kan ha bidragit till att de har missats.

Vidare är det viktigt att undersöka om det finns faktorer som ålder, kön, samsjuklighet, ursprungsland, socioekonomiska faktorer eller annat som är associerade med ökad eller minskad förekomst av vårdskador. Det ger en indikation på om vården är jämlik ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Förhoppningsvis kan denna kunskap även användas för att göra vården säkrare.

Studien innehåller också en enkät där patienter, läkare, sjuksköterskor och vårdcentralchefer tillfrågas om sin syn på varför diagnoser missas och vad man kan göra åt det. På så sätt får man med såväl patientperspektivet som verksamheternas egen syn på problemet.

När den kunskap som redan finns vägs ihop med kunskapen från den här studien kan man bygga åtgärdsförslag för en säkrare vård med färre missade diagnoser. Det skulle kunna leda till ett minskat lidande hos patienter såväl som minskade kostnader för vården. Åtgärdsförslag som influeras av det verksamheterna själva upplever ökar dessutom chanserna för att åtgärderna ska gå att genomföra på ett framgångsrikt sätt. Förhoppningarna är att de första resultaten ska vara klara under 2018.

Lex Maria innebär att vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I patientsäkerhetslagen står att en **vårdskada** är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs.

Allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.



Axel Carlsson
Apotekare, docent
Karolinska Institutet



Martin Holzmann
Specialist i kardiologi och internmedicin,
docent, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge, Karolinska Institutet



Karin Pukk Härenstam
Specialist i barn
och ungdomsmedicin
Ledningsläkare på Barnakuten,
Nya Karolinska Solna

Rita Fernholm
Doktorand
Boo vårdcentral
Karolinska Institutet

När ska man ställa den palliativa diagnosen? En reflektion

Vår ST-läkare berättade från en kurs om betydelsen av de vanligen använda begreppen. Det aktualiserade några tankar.

Den palliativa vårdens begrepp spetsas till när det blir ekonomi i besluten: "Döende patienter blir av med avancerad sjukvård i hemmet". I Stockholms läns landsting har man bestämt att medelvårdtiden i ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) inte får överskrida 120 dagar.

För mig väcktes frågan om tidpunkt för att ställa palliativ diagnos av en kommunsköterska på ett särskilt boende. När jag frågade vår utmärkta sköterska på Palliativa rådgivningsteamet (PRT) fick jag liknande synpunkter, de ville att vi tidigare och oftare ställde diagnos. De upplevde att de ofta kom in för sent. Det verkar som att vi är i ett mellanläge mellan kommun, PRT och sjukhuskliniker.

"Vad det som ska brytas i samtalet?"

Jag hade en mycket svårt sjuk patient med invalidiserande smärta av metastaserad prostatacancer. Han fick palliativ diagnos. Jag bedömde att han inte hade lång tid kvar. Många månader efter intensifierad mycket dyrbar behandling mötte jag honom när han promenerade i samhället. Hans cancer kan visserligen inte botas, men vi är alla palliativa, från födelsen.

Behandlingsstrategi är ett olyckligt sökord, när det endast är avsett för begränsningar som "0 HLR" (ingen hjärt-lungräddning), ej intravenösa antibiotika, ej intravenöst dropp etc. Att för samtliga patienter skriva om eventuell framtida planerad eskalering av smärtlindring är knappast meningsfullt.

De olika brytpunkterna är ångestlindrande konstruktioner som ses helt ur vårdens perspektiv, kulturellt betingad. Vad det

som ska brytas i samtalet? Tydlig information om prognos bör ju ske vid varje samtal med patient och anhörig. Vid många tillstånd är det svårt att förutse utvecklingen. Det är lättare i efterskott, retroaktivt, efter döden.

"Det är när vi kan stödja varandra i de existentiella utmaningarna som vi utvecklas."

De flesta är nog i förväntade dödsfall väl medvetna om att döden närmar sig – åtminstone vad gäller den sena brytpunkten.

Samtidigt är bristen på ärliga samtal, bedömningar och dokumentation från ansvarig sjukhusklinik, även onkologer, ibland irriterande. Patienter som är allt närmare slutpunkten fraktas i ambulans för att få ytterligare en palliativ cytostatikumkur eller annan åtgärd till mycket tveksamt värde för individen. Dessa frågor har finstämt och tankvärt resonering diskuterats av onkolog i Läkartidningen.

Detta speglar en dödsångest hos patient, anhörig men inte minst vårdarna. Man vågar inte ta ett ärligt samtal om prognos och rimlig vård den sista tiden i livet.

Våra begrepp och "kvalitetsregister" illustrerar denna dödsångest. Möjligen skiljer sig de specifika processerna något mellan olika diagnoser som cancer, demens, andra neurologiska sjukdomar, njursvikt, hjärtsvikt.

Att det skulle vara kvalitet att ha en dokumenterad ordination på fyra-fem intravenösa eller subkutana läkemedel innan man hinner avlida är en märklig konstruktion som liknar den religiösa ritualen "sista smörjelsen". Det är möjligt att det en gång hade en viktig funktion att propagera för farmaka men det känns överspelat. Jag tror inte att underbehandling av palliativa patienter är ett problem idag. Däremot finns stor risk för medikalisering av hela processen, även det ett klart tecken på dödsångest hos vårdarna.

Samtal och engagemang är viktigare och då behövs samverkan i teamet! Det är när vi kan stödja varandra i de existentiella utmaningarna som vi utvecklas.



Illustration: Katarina Liljequist



Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@norrboten.se

Samisk hälsa på agendan!

Att arbeta med samisk hälsa är ett av huvuduppgifterna för Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman (GMC). Vi arbetar med att utveckla en god hälsovård till den samiska befolkningen i Sverige.

I detta arbete ingår utbildnings-, utvecklings- och forskningsprojekt eftersom den hälsorelaterade kunskapen är knapphändig om urfolket samer, deras livssituation och kultur. Vi arbetar landstingsövergripande med framförallt de norra landstingen men också i nära samarbete med Sametinget, Svenska Samernas Riksförbund och andra samiska organisationer.

Vi arbetar med den samiska hälsan och jämlik vård utifrån nedanstående tre utgångspunkter:

- "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaron av sjukdom eller skröplighet. Hälsa på högsta

nivå är en av de fundamentala rättigheter som tillkommer varje människa utan åtskillnad av ras, religion, politisk åskådning, ekonomiska eller sociala förhållanden" (WHO 1946).

"För samer i renskötarfamiljer är renen i centrum och allt kretsar kring renen som ett reindeer-cloud".

- Samisk hälsa ses ur ett kollektivt perspektiv som innefattar familjen, släkten och övriga samer. Den samiska kulturen bygger på en världsbild baserad på förhållandet mellan natur och naturfenomen där djur och natur är centrala och ingår i hälsobegreppet. Kärleken till renen och landskapet lyfts som positiva faktorer för den samiska identiteten. (Sametinget)
- Jämlik vård innebär att inte fokusera på lika till alla, utan på att göra skillnad, på att se människors olika förutsättningar och behov [1].

På GMC har flera projekt slutförts med samisk profil, bland annat en riskanalys i samarbete med Naturvårdsverket av den så kallade Junselevargens påverkan på rennäringens utövarna i området. Det har även genomförts en studie tillsammans med Nordens Vårdscenter angående samer med funktionsnedsättning och deras behov.

Akutsjukvård i glesbygd

Akutsjukvård i extrem glesbygd (AXG) innebär att vi med egna AXG-instruktörer utbildar lekmän i samebyar, sameföreningar, fjällräddning, polis, räddningstjänst, och privata helikopterföretag i AC- och Z-län. Leksamarna utbildas i ett anpassat ATLS (Advanced Trauma Life Support). Ett undervisningsmaterial med praktisk handbok [2], app för smartphone, undervisningsfilm och en distriktsläkarkedja i beredskap kompletterar konceptet.

AXG har avtal med privata helikopterföretag i fjällvärlden, vilka har utrustats

med sjukvårdsutrustning och snabbt kan komma den nödställda till undsättning. När någon blir svårt sjuk eller skadad inom fjällräddningsområdet i Jämtland och Västerbotten och personen själv eller anhörig ringer till SOS-alarm sätter SOS-Alarm igång AXG:s larmplan som komplement till ordinarie sjukvård och fjällräddningen.

Renskötare önskar annan sjukvårdsstruktur

Enligt avhandlingen "Att leva i två världar" [3] är hälsoproblem som muskuloskeletala besvär, främst från armbågar, händer och handleder och ländrygg, vanligt förekommande. Förtroendet för personal inom hälso- och sjukvård och psykiatri visade sig vara lägre bland samer ur renskötarfamiljer jämfört med övrig norrländsk befolkning. Flera faktorer påverkar förtroendet för sjukvården, bland annat historiska trauman, den egna kulturen, hälso- och sjukvårdens bristande kulturkompetens samt sjukvårdens organisation.

Det framkom i intervjustudier att renskötare önskade att hälso- och sjukvården

Författarpresentation

Lena Kroik, distriktssköterska, och Lena Daerga, sjuksköterska, kommer från renskötarfamiljer. De bor i Borgarfjäll respektive Klimpfjäll men jobbar på distans mot Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman, ca 20 mil enkel väg.

Lena Kroik är doktorand vid Umeå Universitet. Hon genomför sitt avhandlingsarbete som ett fristående projekt i DöBra-programmet vid Karolinska Institutet.

Laila Daerga disputerade den 15 september 2017 vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet. Nu arbetar hon som länskoordinator i projektet "Kunskapsnätverk för samers hälsa" och som samordningssjuksköterska i Akutsjukvård i extrem glesbygd (AXG).

"Att arbeta på distans medför stora möjligheter att vara yrkesverksam även om man bor i glesbygd. Med rätt teknisk utrustning och bra internetuppkoppling är det inga problem."

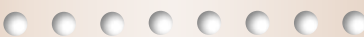




Foto: Thomas Kroik Kristoffersson

var organiserad mer som en erkänt duktig skoterverkstad med flexibla öppettider och där vårdbehovet i större utsträckning kan tillgodoses med hänsyn till renskötsel. Renskötsel är en livsstil. För samer i renskötarfamiljer är renen i centrum och allt kretsar kring renen som ett "reindeer- cloud" (metafor för iCloud).

Regeringen har anslagit tre miljoner kronor till ett "Kunskapsnätverk för samers hälsa". Syftet med projektet, som pågår till och med år 2019, är att utforma en långsiktig och samlad strategi för utveckling och förbättring av samernas hälsosituation. Involverade är Västerbottens läns landsting, Region Norrbotten och Region Jämtland Härjedalen tillsammans med Sametinget, Svenska samernas riksförbund, Landsförbundet Svenska samer, Samerna, SameÄtnam och Sáminuorra.



Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) i Storuman har som uppdrag att arbeta med utbildning, utveckling och forskning inom fyra områden:

- landstingskommunala samverkansprojekt
- sjukstugemodellen
- distansöverbryggande teknik i vården
- samisk hälsa

Hur vill samer ha livets slutskede?

DöBra är ett nationellt forskningsprogram där vi vill lyfta frågor kring döende, död och sorg för att möjliggöra förberedelse för mötet med livets slutskede. Det övergripande syftet är att minska undvikbart lidande relaterat till döende, död och sorg och att pröva innovativa sätt att integrera stringent forskning med hållbara förändringsprocesser. Vi undersöker bland annat hur kultur, miljö och samtal kan förbättra för den döende och de närstående oavsett var man vårdas i livets slutskede.

Projektet "Samer och vård i livets slutskede – kunskap om traditioner för att möta framtidens vård" syftar till att undersöka den kunskap som finns i det samiska samhället kring frågor som rör vård i livets slut. Detta görs genom samtal om döende, död och det som kommer därefter. En inledande litteraturgenomgång visade att dessa frågor knappt är vetenskapligt studerade.

I första delen av projektet har dessa samtal genomförts som enskilda intervjuer i både den svenska och norska delen av Sapmi, från Funäsdalen i söder till Kiruna i norr. De personer som intervjuats har bl.a. varit präster, församlingsmedarbetare, begravningsentreprenörer och personer verksamma i samisk äldreomsorg. Erfarenheter samt resultaten från denna första projekt delar till grund för nästa delstudie.

En viktig erfarenhet från första delstudien har varit att intervjusituationerna, där två personer möts för att samtala om frågor som rör döende, död och sorg i en forskningsintervju, emellanåt känts främmande. Den ligger inte i linje med hur traditionen för dialog och kunskapsutbyte vanligen går till i samiska sammanhang.

I nästa delstudie kommer vi därför att mötas i miljöer där kunskapsutbyte oftare sker, exempelvis vid elden i kåtan, i kanten av rengärdet eller med fjällandskapet som plats för samtalet. Genom att diskutera erfarenheter, traditioner och tankar om framtiden i ett sammanhang som känns naturligt och uppmuntrar till samtal ges deltagarna möjlighet att tala om det de tycker är viktigt. Ämnen som annars kan upplevas som känsliga, såsom döende, död och sorg, kan därmed bli lättare att samtala om. Detta tillvägagångssätt har sin utgångspunkt i så kallad urfolksforskningsmetodologi, där forskningen sker tillsammans med urfolket i den miljö de vanligen lever och är verksamma i.



Lena Kroik

Distriktssköterska, doktorand
Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman
Umeå universitet
lena.kroik@vll.se

Laila Daerga

Sjuksköterska, med.dr, länskoordinator i projektet "Kunskapsnätverk för samers hälsa"
Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman

Referenser

1. Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social jämlikhet minskar skillnader i hälsa. SKL 2013. ISBN 978-91-7164-928-7.
2. Brändström, H., Nordgren, M., Kroik, L., Berggren, P. AXG – Akutsjukvård i extrem glesbygd. Umeå: Västerbottens Läns landsting 2014.
3. Daerga, L. Att leva i två världar: Hälsoaspekter bland rensköttande samer. Umeå University medical dissertations, 2017. ISSN 0346-6612;1906.

Inbjudan att presentera ditt förbättringsarbete

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genomsitt Kvalitet och patientsäkerhetsråd SFAM Q in till

XV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 15 november 2018, Svenska Läkaresällskapet Stockholm

Dagen är en mötesplats för ca 150 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården.

Temat för året:

Initiativet är vårt! Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården? Föreställningar, förväntningar och farhågor?

För mer info se www.sfam.se

Anmäl ditt Förbättringsprojekt
innan 180514



Lämna förslag till 2018 års Hippokratespristagare senast 15 maj

SLS etikpris, Hippokratespriset, på 10 000 kr och Clarence Blomqvist medalj i silver, tilldelas en läkare som har en stor etisk medvetenhet, är kliniskt verksam och aktiv i undervisning samt en förebild för kollegor, medarbetare och studenter i etikfrågor.

Alla får föreslå kandidater!

Skriv en kort motivering samt kontaktuppgifter till personen som föreslås! Deadline 15 maj 2018! Hippokratespriset tilldelas i år en kvinna (vartannat år kvinna/man).

2017 gick priset till Rolf Ahlén:

<http://www.sls.se/om-oss/aktuellt/publicerat/2017/rolf-ahlzen-far-arets-etikpris/>

För frågor kontakta:

agneta.ohlson@sls.se
08-440 88 75



Svenska
Läkaresällskapet

Annons

Resebrev: Jeepdoktor i Kenya 2003–2017

Under 6 veckor jobbar jag åter som "jeepdoktor" för Läkarbanken i Kenyas inland. Det är 15 år sedan jag första gången mötte ett helt annorlunda sjukdomspanorama och fick anledning att med en infektionskollega redovisa "bedside-medicin" på bynivå [1].

Vad har hänt under åren med landet, med mig själv och mitt perspektiv på sjukvård? Svalornas kvitter undernocken på de enkla mottagningarna förbinder mig med Sverige.

Kenyas BNP-tillväxt speglas i städernas nya flöde av motorcyklar, ofta med 4 passagerare på sadeln, kanske ett spädbarn intryckt mellan de vuxna eller en färgglad kvinna livligt talande i mobil i farten.

Den växande bilparken med sönderskade fordon i rallykörning på de fasansfulla vägarna, fortfarande ofta i lermodd, torde utgöra turisternas och hjälparbetarnas dödshot, överskuggande alla risker för smitta med tropiska sjukdomar. Är vägarerna farbara har kineserna byggt dem. Kenyansk korruption, som genomsyrar



Bild 2: Fetma är ett nytt problem som drabbar Kenyas barn.

Foto: Bengt Järhult

allt, omöjliggör kollektiva projekt och samhällsansvar för infrastruktur och hälsa.

Nya och gamla sjukdomar

Svällande buk, omfång, allt mer västerländsk klädsel och livsstil hos en växande medelklass i städerna bärar för ett förändrat sjukdomsmönster med "non-communicable diseases" (NCDs). Det är ett begrepp som också Läkarbanken införlivat i sitt arbete [2].

På linjerna har numera en sjuksköterska en egen mottagning och följer upp diabetes, hypertoni, epilepsi etc, där problemet ofta är följsamhet till ordinationen. Patienterna ute i byarna uppfattar att det höga blodtrycket botats efter 2 veckors behandling eller så lägger pengabrist hinder i vägen för långtidsbehandling.

I det stora hela är fattigdomen och livsvillkoren ute i byarna oförändrade sedan jag först jobbade som jeepläkare; skabb, dermatofytoser, mask, luftvägs- och tarminfektioner samt malaria utgör merparten av besöken.

Det är klart färre nya fall av HIV och många är i behandling med fri medicin och ambitiösa uppföljningsprogram. Det är inte längre lika skamligt/laddat att föreslå HIV-test eller meddela testresultat talande för smitta. Nu finns ju till skillnad från 2003 behandlingsmöjligheter även på landsbygden.

En annan positiv utveckling är malaridiagnostiken, där Kenyas guidelines

är tydliga med att mikroskopi och/eller snabbtest krävs för behandling. Kenya hoppas därigenom undvika en resistensutveckling för artemesinpreparat såsom skett i Asien [3]. Det är dock osäkert vad som kommer hända, då en betydande överanvändning sker genom inköp direkt på apotek för egenbehandling vid förkylning samt att en så stor del av vården är kommersialiserad eller har ett privat utbud med ekonomiska incitament att behandla. Jag hade flera fall med barn som utan säkerställd diagnos givits kinin parenteralt med per oral uppföljning. Det



Bild 3: Perifer facialispares. Foto: Bengt Järhult



Jiggers, en lokalt endemisk plågsam hudåkomma orsakad av sandflugans larver.

Foto: Bengt Järhult



Bengt Järhult med mandazi, dagens färdkost, i händerna.

växande flödet av illegala och undermåliga mediciner i världen är en annan orsak till befarad resistensutveckling [4].

Då är läget på antibiotikaområdet sämre. Medarbetarna i Läkarbanken beskriver tydligt skillnaden mellan "Muzungo-doktorers" förskrivning och inhemska läkares. Det är positivt om Läkarbanken och andra NGO föregår med gott exempel. Antibiotika kan fortfarande köpas utan recept, åtminstone på mindre nogräknade apotek.

År 2003 kunde jag vid konsekutiv blodtrycksmätning inte se något samband mellan blodtryck och ålder, inte heller mellan vikt och ålder [5]. Det är välkända samband i Sverige.

Inte heller denna gång kunde annat än enstaka patienter med diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller resttillstånd efter CVI ses på landsbygden. Medelvärdet för vikten på män över 30 år var 60 kg och medelvärdet för blodtryck var 132/82 mm Hg. Motsvarande värden för kvinnor var 63 kg respektive 131/85 mm. Om hela befolkningen på sikt antar medelklassens livsstil finns anledning till oro (bild 2).

Bild 3 visar en pojke med perifer facialis pares, som handlades på bymottagning pga. en nationell sjuksköterskestrejk som lamslagit landet i fyra månader. Strejken med katastrofala konsekvenser blev ändå inte en valfråga i det pågående presidentvalet som endast präglats av maktspel. Pojken var återställd efter en vecka.



ST-läkaren Carl-Johan Friis mäter överarmens omfång.

Foto: Bengt Järhult

Kenya vs Sverige

Denna gång har jag en "trainee" med mig, en ST-läkare i allmänmedicin. Jag skulle önska alla ST-läkare en sexveckorsperiod här eller i ett annat låginkomstland. Att lära sig lita på sjukhistorien, kliniskt status och sitt eget omdöme är i Sverige knappast längre möjligt ens i primärvården i överutbudet av labprover, tekniskt avancerade undersökningar och ett av subspecialister och myndigheter påbjudet diagnostik, där det bästa, 100 procent fulländad diagnostik, har blivit det godas fiende: patientens välgång eller rätt till förberedelse inför sin död utan illusioner om bot.

Jag efterlyser en läkarroll präglad av helhetssyn, personligt ansvar och etisk reflektion.

Inte så att jag förordar de afrikanska bymottagningarnas små möjligheter till differentialdiagnostik, men arbetet här med Läkarbankens motto "att med enkla medel göra så mycket det går för så många som möjligt" är uppfordrande för en seriös diskussion i Sverige.

Med rätta har under senare års sjukvårdskris i Sverige ekonomistyrning, NPM-metoder och ett ledarskap utan medicinsk, professionell kompetens kritiserats [6], men läkarkåren har all anledning till självreflexion och inte bara skylla allt på okunniga politiker och administratörer.

Flertalet svenska läkare är passiva eller likgiltiga inför sjukvårdens strukturproblem och kommande resursbrist med risk för ett framväxande ojämnt vårdutbud

präglad av försäkringslösningar, höjda egenavgifter och privatisering. Kenya är ett förskräckande exempel på statsmaktens abdikering vad gäller vårdansvar och vad kommersialiseringen av vården innebär.

I hög grad styrs svensk sjukvårds problem och kostnader av hur den enskilde läkaren tänker och agerar. Det är fullt möjligt för professionen själv att lösa kontinuitetsproblemet, fragmentiseringen av patientens vård, vidga kompetensen och viljan att ta ansvar utanför subspecialitetens staket och låta diagnostiken styras av vad som etiskt är meningsfullt.

Kenyas sjukvårdsproblem är förvisso annorlunda än Sveriges men kan vara en ögonöppnare. Båda länderna behöver ett paradigmskifte.



Mikael Jönsson, njurmedicinare från Östersund.

Foto: Bengt Järhult



Bengt Järhult

Distriktsläkare i Ryd

bengt_jarhult@hotmail.com

Referenser

1. Hedström S-Å, Järhult B. Praktisk sjukvård på bynivå i Afrika – god träning i bedside-medicin. Läkartidningen 2005;102:1346-52
2. Perk J. Icke-smittsamma sjukdomar ökar i låginkomstländer. Skandinaviska Läkarbanken, 23 april 2017. Rotarydoctors.se
3. WHO/ Antimalarial drug efficacy and drug resistansen. Oct 26,2017 www.WHO.int
4. Olagliga läkemedel. Läkemedelsboken 2017 www.lakemedelsboken.se
5. Järhult B. Det diabola syndromet. Läkartidningen 2004;101:2746-7
6. En Värdefull Vård. Svenska Läkaresällskapet juni 2015. www.sls.se



Innehållsrik dag om våra ensamkommandes psykiska hälsa



Den 8 december 2017 bjöd Läkartidningen in till ett seminarium om ensamkommande flyktingbarns psykiska hälsa. **Margaretha Bågedahl Strindlund**, Läkartidningen, och **Clara Hellner**, Karolinska institutet, inledde programmet.

Juridiken

Louise Dane från Stockholms universitet beskrev det juridiska regelverket kring migration.

Det är förbjudet att avvisa en person till ett land där han eller hon riskerar förföljelse, eller där personen riskerar att sändas vidare till hemlandet. Uppehållstillstånd kan man få om man har skyddsbehov som flykting (enligt tillfälliga lagen tre år) eller alternativt skyddsbehövande (13 månader). Barn kan få permanent uppehållstillstånd i särskilda situationer. Vid avslag från alla instanser kan man i vissa fall vända sig till Europadomstolen.

Vad visar forskningen?

Natalie Durbéej är kriminolog och med.dr., Centrum för psykiatrforskning i Stockholm och forskargruppen CHAP (Child health and parenting), Uppsala.

Ensamkommande barn har i hög utsträckning posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och/eller depression. Ohälsan har sin grund i traumatiska erfarenheten före flykten, men postmigrationsfaktorer har stor betydelse. Den psykiska ohälsan kvarstår lång tid och kan öka över tid. Postmigrationsfaktorer kan ha större betydelse än traumatiska upplevelser. Flickor mår sämre än pojkar, och ensamkommande mår sämre än de som kom med sin familj.

Barnen mår bra av det som alla barn mår bra av: nätverk, skola etc. Behandlingsmöjligheter är traumamedveten omsorg, Teaching recovery techniques (TRT), traumafokuserad KBT och psykodynamisk terapi med traumafokus.

Erfarenheter från BUP

Mikael Billing är psykolog på BUP:s asylpsykiatriska avdelning i Stockholm.

Förändringen i ungdomarnas liv har skakat om deras identitet och fört dem in i det okända och på levnadsbanor över vilka de inte har någon kontroll. Det legala statuset slår ut allt annat. De får känslor av att inte betyda något. Senaste halvåret har depressiva symtom, sömnproblem, suicidhot och -handlingar ökat. Hälften av dem som kommer till BUP har suicidtankar.

Ungdomarna behöver få stöd i relationer med boendepersonal, lärare och fosterföräldrar. De är samtidigt sårbara och resilianta. Fokus på resiliens ökar förmågan hos ungdomen att handskas med sina svårigheter och utmaningar. Ungdomen kan se och skapa mening samt känna hopp, vilket är centralt när framtiden är osäker. Man kan behandla svåra fall i svåra omständigheter, även om man inte når ända fram.

Tillit är en essentiell aspekt i mötet med ensamkommande

ungdomar. Misstro kan leda till ökad vaksamhet och ångest i samspelet med andra och till isolering, liksom till att man håller tillbaka känslig och personlig information.

Alla behöver utbildning

Sofie Bäärnhielm talade om personallens behov. Vissa baskunskaper behövs om att söka asyl utan vårdnadshavare, t.ex. olika aktörers ansvar, boendeformer, betydelsen av 18-årsdagen och rätten till vård. Basfärdigheter är att kunna identifiera psykisk ohälsa och PTSD i olika åldrar och att veta något om utvecklingspsykologi.

Bemötandet är viktigt. Skam och skuld behöver valideras och normaliseras. Hur närmar man sig trauman? Samtidigt är de som vilka tonåringar som helst. Kultursensitivitet är viktigare än kulturkompetens.

Utbildningsmaterial och webbaserade utbildningar finns på BRIS, Transkulturellt centrum, SKL och Socialstyrelsen. Kunskapsguiden och Uppdrag psykisk hälsa är andra informationskällor.

Mötet med ensamkommande kan väcka olika och komplexa känslor hos behandlaren. Det är en utmaning att inte hamna i uppgivenhet och att kunna lyfta fram hopp.

Vi behöver etisk vägledning för hur vi ska agera som läkare. Ett exempel är ST-läkaren som möter allt fler suicidala ungdomar på akuten. Bör läkare delta i medicinska åldersbedömningar och utfärda s.k. "transportabilitetsintyg"? Vi behöver stå upp för mänskliga rättigheter i ett polariserat samhällsklimat!

Gruppbehandling gav resultat

Anna Sarkadi är professor i socialmedicin vid Uppsala universitet. Från hälsokontroller fick hon höra "tänderna var för djäkliga men folktandvården var fantastisk" och "den psykiska hälsan var dålig – vi undersökte den men gjorde ingenting åt den".

Teaching recovery techniques är ett program för hjälp till självhjälp för ungdomar med symtom på PTSD. Det är gruppintervention med traumafokuserad KBT, fokuserad på symtomen. Ingen skarp gräns 18 år finns, och man kan ha nytta av det även under asylprocessen. Utvärdering visar att det gav socialt stöd och påverkade ungdomarnas uppfattning om begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet positivt.

Ingrid Eckerman
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Sofie Bäärnhielm.
Foto: Ingrid Eckerman



Anna Sarkadi.
Foto: Ingrid Eckerman

En längre version av denna artikel återfinns på sfam.se/tidskriften.



"Först-i-ST" – medsittning enligt Staffanstorpsmodellen

Under flera år har antal allmänspecialister på vårdcentralen Staffanstorp sjunkit gradvis på grund av pensioneringar och andra skäl. Det har inte varit möjligt att nyrekrytera allmänspecialister i tillräcklig takt trots närhet till universitetssorter. Vi vill peka på ett möjligt arbetssätt som ger positiva effekter på specialistutbildningen i allmänmedicin och som kan spridas i Sverige.

Det finns idag en stor resurs i form av pigga och erfarna allmänläkare som är på väg att gå i pension eller som nyligen gått i pension. Deras erfarenhet och yrkesmognad kan komma till stor nytta på vårdcentraler i behov av stöd för att få en bra handledning utifrån befintlig bemanning. Ulf Måwe, ordförande i kompetensvärderingsrådet, är mycket positiv till att sprida "Staffanstorpsmodellen" i landet.

Läget i Staffanstorp

Gruppen av utbildningsläkare är bra och vill gärna arbeta tillsammans. Studierektor, pensionär som arbetar kliniskt på vårdcentralen en dag per vecka, har haft farhågor kring hur vårdcentralen ska kunna säkerställa en god ST-utbildning utifrån handledarsituationen.

Precis som annars i primärvården gäller det att vara kreativ och använda de tillgångar man har. Våra ordinarie specialistläkare är mycket positiva till handledning och handleder vardera två ST-läkare. Två av våra pensionerade deltidssamarbetande läkare har kvar handledarskapet för "sina" ST-läkare. ST-läkare brukar i sin tur vara bihandledare för AT-läkare utifrån målbeskrivningen i nya ST där handledning ingår. Hyrläkare som i regel kommer på längre kontrakt har varit positiva till medicinsk rådfrågning och praktisk instruktion, men kan inte ta något



Kompetensvärderare och ett gäng utbildningsläkare samlade. Från vänster: Annica Hilbert, Fredrik Hejdenberg, Kirsten Nilsson, Caroline Gillberg och Annelie Waldener.

handledaruppdrag. Artikelförfattaren har avstått från formellt handllarskap då det finns en potential för rollkonflikt mellan handledarrollen och chefsrollen.

Vi har dessutom förmånen att ha en pensionerad läkare, Kirsten Nilsson, som under många år har haft timanställning som kompetensvärderare för mitt-i-ST. Vid något tillfälle kläcktes idén att erbjuda utbildningsläkarna redan i början av ST en medsittning enligt samma koncept och därefter återkommande varje termin. Vi kallar det "först-i-ST". Alla utbildningsläkare, även AT-läkare och vikarierande legitimerade läkare, har fått en heldagsmedsittning per termin med Kirsten Nilsson.

Förstärker handledningen

De ordinarie handledarna har upplevt det som ett värdefullt stöd att få hjälp med medsittningar och strukturerad uppföljning, vilket är ett krav i ST-föreskriften. Medsittningen dokumenteras skriftligen i ST-läkarens portfölj.

Kompetensvärderaren är nu inne på tredje terminen med

Vårdcentralen Staffanstorp

- Staffanstorps kommun (moderat styre)
- Lund 9 km, Malmö 15 km
- Centralorten byggdes ut kraftigt under 1960- och 1970-talen
- Vårdcentralen byggdes 1985, finns i stora lokaler mitt i byn
- BVC på familjecentral ett kvarter bort sedan 2012
- Totalt kring 45 anställda
- Alla personalkategorier inom primärvård finns på plats – sjuksköterska, undersköterska, läkare, sekreterare, dietist, kurator, psykolog, fysioterapeuter och arbetsterapeut
- Kring 14 000 listade patienter
- Samma åldersfördelning som i Skåne som helhet
- Befolkningen är till övervägande del svensktalande och har relativt goda socioekonomiska förhållanden (CNI index 0,76). Diagnostyngd strax under snittet för Skåne (ACG index 0,96)

Bemanning

- 2,8 ordinarie allmänspecialister (varav 0,5 enhetschef)
- 4 trogna pensionerade allmänläkare som arbetar 1–2 dagar per vecka på vårdcentralen och BVC
- 2–3 pågående hyrläkarlinjer (allmänspecialister med längre kontrakt)
- 8 utbildningsläkare med föräldraledighet i varierande grad (6 ST, 1 leg.läk., 1 AT)
- 3–4 utbildningsläkare åt gången brukar vara i tjänst

Annons



Vill du bli medsittare?

Skicka en intresseanmälan per mail till Kirsten Nilsson kirsnils@gmail.com. Du har handlett några egna ST-läkare och har mångårig erfarenhet från vanligt vårdcentralsarbete.

Är du verksamhetschef eller handledare och tycker detta låter intressant? Hör efter i dina egna nätverk och/eller kontakta Kirsten Nilsson kirsnils@gmail.com.

medsittningar och kan notera stora framsteg hos alla utbildningsläkare. Reflektion från Kirstens sida är att hon som återkommande kompetensvärderare bygger upp en relation och ett förtroende, hon känner av vad som kan sägas.

På sikt behöver ordinarie handledning förstärkas, och därför försöker vi, förutom en ständig strävan efter att öka antalet ordinarie allmänspecialister, även rekrytera en allmänmedicinare för en renodlad handledartjänst. Förhoppningen är att rekrytera en senior distriktsläkare som vill prova på en annorlunda roll. Med få egna patienter ska en sådan roll lägga en tydlig tonvikt på att bistå utbildningsläkare med dagliga praktiska instruktioner

Vad är god och nära vård?



- Kontinuitet
- Bra samarbete med övriga aktörer (specialistvård/kommun m.m.).
- Tydligt uppdrag. Vad har högst prioritet och vad kan göras i mån av resurser?
- Proportion mellan resurserna som ställs till förfogande och vad vården förväntas åstadkomma.

Liv Remitz

Så säger utbildningsläkarna

"Kirsten upplevs som väldigt tydlig och rak men ändå på ett bra sätt så att ST-läkaren kan ta till sig uppmaningar."

"Det går bra när Kirsten säger 'Så här kan du inte skriva.'"

"Det är oerhört värdefullt för mig att få feedback på min interaktion med patienterna av en erfaren, inkluderande och generös kollega. Eftersom vi träffar många patienter på en heldag, hinner hon se beteendemönster hos mig och kan fånga upp brister. Jag kände mig stärkt i min yrkesroll och fick flera användbara instruktioner i hur somatisk undersökning och samtal kan förbättras. Det viktigaste för mig som AT-läkare var att bli bekräftad i att det jag kan erbjuda duger: jag kan mycket och gör ett bra arbete. Jag önskar att alla utbildningsläkare fick tillgång till heldag sit-ins med kvalificerade, intresserade handledare!"

och genomgångar. En sådan roll är ganska ny för primärvården och kan motsvara en avdelningsöverläkares roll på sjukhusen.

I skrivande stund har vi inte rekryterat till denna tjänst, men spontanansökningar från tidningen Allmänmedicins läsare välkomnas. Tanken är att utbildningsläkare som får bra instruktion och råd i olika frågor kommer att utvecklas snabbare och därmed kan handlägga fler patienter med bra patientsäkerhet. Många av Allmänmedicins erfarna läsare har kanske förträngt hur många timmar de under sina första kliniska verksamma år spenderade utanför äldre kollegors dörrar för att fråga än det ena och än det andra.



Liv Remitz
Studierektor, enhetschef
Vårdcentralen Staffanstorps
liv.remitz@skane.se

Att börja forska senare i livet ger andra förutsättningar

När jag var ung såg jag forskning som en karriärväg och den som doktorerat som någon som uppnått sitt mål. Att jag, som fick barn under studietiden och flyttade till landet, skulle göra forskarkarriär var en omöjlig tanke. Och ändå, här sitter jag med en blank doktorsring och mycket arbete framför mig. Vad hände?

Om jag hade varit yngre när jag doktorerade hade det sannolikt varit enklare. Som deltagare i ett pågående forskningsprojekt

hade jag tilldelats ett doktorandprojekt som genomförts med forskningsgruppens och institutionens beskydd. På mitt sätt, från periferin och med annan erfarenhet, blev jag ensam med stort ansvar för mitt projekt och min utveckling. Vägen blev krokigare, men jag lärde mig mycket som jag annars hade gått miste om. Den här avhandlingen hade jag inte kunnat skriva utan åren med SFAM, men inte heller utan lång erfarenhet som allmänläkare i ett mindre landsting.

Som ung doktorand hade jag säkert anpassat mig mer till



institutionens behov, tänkt mer på min framtida karriär och vågat mindre. Nu blev det viktigare att använda den erfarenhet jag samlat på mig för att göra nytta. Genom att börja forska med lång erfarenhet av allmänmedicinska patienter kan jag bidra till forskningen med oräddhet för komplexa frågeställningar och den nyfikenhet och bredd som krävs för att lösa vardagens problem på en vårdcentral. För mig var det värt all möda att genomföra disputationen därför att det gav tillfredsställelsen att få utvecklas och ge mitt bidrag till kunskapen om allmänmedicin.

"Jag är fortfarande besökaren från landet som skrev en avhandling."

Institutionerna behöver både formbara unga doktorander och oss som börjar forska senare i livet. Vi som kommer med egna frågeställningar och lång erfarenhet kan närma oss forskningen med mindre prestige. Det ger oss möjlighet att använda andra forskningsverktyg, formulera frågorna annorlunda och se andra tolkningsmöjligheter. Vi borde ses som resurser att föra forskningen framåt, inte känna oss som obekväma gäster. Mötesplatser för utbyte av erfarenheter behövs, lika mycket för institutionernas utveckling som för vår. Jag hoppas se mer nyfikenhet när framtida doktorander utifrån disputerar.

Den ursprungliga planen

Min utbildning till specialist i allmänmedicin tog tid. Jag började läsa på 70-talet, tog examen i allmänmedicin på 90-talet och hade valt att flytta från universitetssjukhusets närhet. Min första tjänst var på en nystartad vårdcentral i Blekinge. Att jobba utan stöttning från erfarna kollegor i ett område med sociala problem och flyktförläggning ger ovärderlig erfarenhet och kunskap.

Min plan att inte betrakta mig som färdigutbildad förrän jag kunde värdera en vetenskaplig artikel, ha varit på Läkarstämman och gått "steg 1 kursen" i psykiatri sköts upp. Efter några år bytte jag tjänst, men förutsättningarna var fortfarande långt från optimala. Det var bara att inse att ingen skulle ge mig tid. Om något av mina mål skulle bli verklighet var det bara att börja. Psykiatrikursen var inte aktuell längre, läkarstämman klarade jag av och jag anmälde mig till den utlokaliserade grundkursen i forskningsmetodik. Den var svårt att hinna med, men efter två omgångar blev jag äntligen klar.

Vi får de patienter vi förtjänar

För mig blev SFAM:s idéseminarier viktiga. De fick mig att lyfta blicken från vardagen och se de stora dragen. Jag arbetade med fortbildning och tidskriften. Parollen "1/1500" blev en nästan magisk formel när "husläkarlagen" kom och gick. Men vad betyder egentligen en allmänläkare på 1500 patienter? Om det ska betyda lika arbetsbörda måste alla urval av 1500 patienter vara slumpmässigt likvärdiga. Men våra sköterskor matchar oss vid bokningen och vi har rykten om hur vi är och vad vi kan. För oss allmänläkare innebär det att vi har patienter med olika behov.

Landstingen införde listningssystem som gjorde vårdcentralerna beroende av listade patienter. För landstingen blev det en lagstiftad skyldighet 2010 att ha vårdval i primärvård med

etableringsfrihet och konkurrensneutralitet. Patienternas val av vårdgivare hade blivit en av de viktigaste förutsättningarna för vårdcentralerna, och för allmänläkarnas arbetsvillkor. Vad visste vi om detta val egentligen?

Teorier om val fanns i psykologisk forskning. Val av vårdgivare passar bra in i teorier om komplexa val med okända faktorer. I valsituationen använder vi bara några av de kända faktorerna, resten bryr vi oss inte om. En annan teoribildning är den om socialt kapital. Det är de sociala krafterna som håller ihop våra samhällen tillsammans med lagstiftning och ekonomiska krafter. Att ha tillit till att andra vill oss väl är själva grundförutsättningen för att vi ska vilja vara delaktiga i samhällsbygget, men också betydelsefullt för vår egen hälsa.

Beskrivningar av patienters val av vårdgivare fanns i hälsoekonomisk litteratur, men utan djupare analyser av de faktorer som användes. Starfield hade visat att tillgången till allmänläkare kunde påverka dödligheten i USA. Teorierna visade att valfrihetsreformer med komplexa val inte förbättrar kvalitet och att pengar inte är ett bra styrmedel. Men att inte ha någon som helst koppling mellan patienternas vårdbehov, storleken på budget och åtagande höll på att marginalisera svensk primärvård helt.

Vilket ansvar har den som ser problem?

Den som ser utan att göra något blir delaktig i problemet. Kunskap om hur svenskar väljer sin primärvård skulle ge bättre förutsättningar att utforma vårdvalet i primärvården så att det gagnar patienter och sjukvården. Studier av tillräckligt god kvalitet krävs.

En dag hörde jag på radion att en avhandling bara är ett "körkort i forskning". Ansvaret att bidra till kunskapen om svenskers val av primärvård hade blivit mitt, för att ingen annan tänkte på att vårdvalet behövde den kunskapen. Ett doktorandprojekt kändes möjligt och borde ge praktiska förutsättningar och tillräcklig kvalitet.



Doktorand.

©Peter Engberg, omslag till Läkarmatrikeln 2012.



Att vara nyfiken på något är inte att ha formulerat en forskningsfråga. Först tänkte jag koncentrera mig på hur patienter väljer läkare i primärvården som ett komplext val med okända faktorer. Det visade sig vara omöjligt så jag började med en beskrivning av vilka som gjort ett aktivt val i Blekinge istället.

Meningen var att studien skulle följas av kvalitativa studier, men så blev det inte. Jag hade byggt en databas med en hel befolkning och börjat förstå hur man kan jobba med den. Kunde jag använda den för att visa att allmänmedicin är lika viktig för svenskar som för amerikaner? Det kändes som en möjlig väg för mig att bidra till att stärka svensk allmänmedicin.

Man behöver vara tålmodig

Databasen innehåller diagnoser, sammanvägd sjuklighet, antal läkarbesök och antal vård dagar på sjukhus under 2007. Den kunde kompletteras med socioekonomiska och geografiska faktorer och senare med dödligheten 2008-2015. Det gick att få etiskt tillstånd att använda dessa uppgifter för att studera hur primärvård, sjukhusvård och överlevnad hör ihop. Handledare hade jag och ett godkänt doktorandprojekt.

Finansieringen visade sig vara svårare än jag trodde. Läkare bör forska om sjukdomar, inte blanda olika forskningstraditioner. Men när jag pratade med allmänläkare i olika sammanhang fick jag den uppmuntran jag behövde för att fortsätta, och åtminstone lite forskningsbidrag beviljades.

Relationen till institutionen blev inte heller problemfri. 2,5 timmes tågresa är ett effektivt hinder för att bli en i gänget, särskilt om man inte håller sig till traditionen. Man blir en besökare som inte riktigt angår. Min upplevelse var att jag skulle bevisa att jag dög och att det finns oskrivna lagar som exkluderar.

"Läkare bör forska om sjukdomar, inte blanda olika forskningstraditioner."

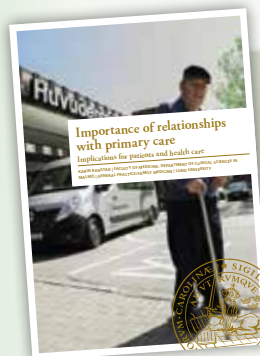
Ett doktorandprojekt är en utbildning. Att skriva artiklar är bara en del av det som krävs för att disputera. Doktorandkurserna gav mycket, men tog tid från en ansträngd vårdcentral. Med ett eget projekt får man öva på att skriva etikansökan, ansökan om forskningsmedel och sköta annan byråkrati. En packe böcker i statistik krävdes för att begripa tillräckligt för att kunna göra de beräkningar som krävdes.

Det är så svårt att förenkla och förkorta tillräckligt för det strikta formatet i en artikel. Inte blev det enklare av en tvärvetenskaplig forskningsfråga, att sitta ganska ensam och med en ovanlig statistisk metod. Avhandlingen gav större utrymme och var därför enklare att skriva.

I samband med disputationer värnar universitetet fortfarande om sin exklusivitet med byråkrati och oskrivna regler. Att göra på mitt eget sätt fick bli en ersättning för vetenskapen om hur man brukar göra.

Avhandlingen

Min forskning kom att handla om relationen mellan patienter och primärvården i ett svenskt landsting under den tid listning



Ranstad K.
Importance of relationships with primary care; implications for patients and health care.
Lunds universitet 2017.
ISBN 978-91-7619-491-1

Avhandlingen

Avhandlingen bygger på att kombinera teorier från skilda forskningsområden. Den bekräftar att goda relationer mellan befolkning och primärvård är associerade med mindre behov av sjukhusvård. Allmänmedicin har liknande betydelse för svensk vård som den Barbara Starfield och andra har visat under amerikanska förhållanden.

Vi behöver fler studier av primärvårdens olika relationer som tar hänsyn till sjukdomsburda och patientkomplexitet snarare än komorbiditet.

Jag fortsätter att analysera sambandet mellan patient-läkarrelationer i primärvården och hälsa och behöver hjälp att belysa andra frågeställningar och utvidga studierna till andra delar av landet.

infördes. De uppgifter om enskilda individer som finns i våra register begränsas av frågor som kan ställas. Sambandet mellan orsak och verkan blir problematiskt när man inte kan laborera med tiden eller alternativa händelseförlopp. Men man kan bygga statistiska modeller med relevanta faktorer och studera associationer mellan dessa. Har man de verkliga förhållandena som "golden standard" kan man undersöka hur väl modellerna beskriver verkligheten. Man kan jämföra olika delar av befolkningen och göra statistiska pseudoexperiment när det inte går att experimentera i verkligheten.

Två faktorer i vårddata speglar relationen mellan patienter och primärvård på olika sätt. Läkarbesök kostar pengar och det finns en etablerad uppfattning om vad det är. Aktiv listning är under vissa förutsättningar uttryck för en relation som patienter vill skydda. Konsultationer och listning visar på olika aspekter av relationen med primärvården: att använda och skydda den. Det finns naturligtvis fallgropar vid tolkningen som att sjukare behöver fler besök och att det kan finnas andra bevekelsegrunder för aktiv listning. För tolkningen är det bra att Blekinge har ett gemensamt sjukvårdssystem som är ganska enkelt att förstå sig på, och att själv ha sett hur listningssystemet används.

Sjukvårdssystem kan beskrivas på olika sätt. Vi är vana vid att tänka i hierarkiska modeller där högre nivåer kontrollerar lägre med regler och mål, eller marknadsmodeller där enskilda förväntas fatta de beslut som ger mest åt dem själva. Kombinerar man hierarkiernas information om vårdens resultat med marknadsmodellernas val och jämförelser får man New Public Management, NPM. De här teorierna utgår från att summan



av systemets olika delar ger systemets resultat. Men det finns andra teorier som utgår från organisationer som komplexa nätverk i ständig anpassning. I teorier om komplexa nätverk är tillit en nyckelfaktor och utbyte av kunskap och förhandling om meningsfullhet huvudverksamheten. Relationer mellan patienter och vårdare blir centrala och nyanser i dessa relationer viktiga för hälsan.

Genom att tänka på sjukvårdsorganisationen som lika komplex som våra multisjuka patienter kunde jag koppla primärvårdens förutsättningar och relationer till antalet vårddagar och numera även till överlevnad. Min avhandling bygger på två artiklar om aktiv listning och två om associationen mellan aktiv listning och antal vårddagar under olika förutsättningar.

Hösten 2017 disputerade jag, med betydligt fler i publiken från Blekinge än från min institution. Jag är fortfarande besökaren från landet som skrev en avhandling.

Karin Ranstad
Nättraby vårdcentral
karin.ranstad@ltblekinge.se



SFAM:s nya fortbildningspodd!

Ringla (www.ringla.nu) är en plattform för "innovativ vård och omsorg". Den stöds av Socialdepartementet, Stockholms läns landsting, Region Kronoberg, QRC Stockholm och Fysioterapeuterna. Goda exempel läggs in, och man kan anmäla sitt eget förbättringsprojekt.

Här har SFAM fått en egen undersida (www.sfam.ringla.nu) med både poddar och filmer. Samarbetet med Ringla har möjliggjorts av projektpengar från den statliga satsningen på kronisk sjukdom.

SFAMpen (<http://sfam.ringla.nu/i-fokus/sfampen>) är en poddserie där man pratar med personer som på olika sätt brinner för att utveckla sin del av hälso- och sjukvården.

Här kan vi lyssna på bland andra Åke Åkesson i Borgholm om framtidens primärvård, Stina Gäre Andersson om förbättringsarbete på vårdcentralen, Åsa Kadowaki om hållbart arbetsliv i primärvården, Fahrad Khaghani om interkulturell kommunikation och Per Steneryd om att jobba strukturerat med missbruk. Till poddarna finns en kort sammanfattande text och tillhörande länkar.

Det är ST-rådet som har utvecklat denna modernitet. Tanken är att podden ska fungera som ett diskussionsunderlag för läkarmötet eller ST-träffen, som en för-

djupning eller som en aptitretare på väg till eller från jobbet.

Filmerna är ett sätt att tillgängliggöra godbitar från SFAM:s konferenser för dem som inte hade möjlighet att vara där och för dem som vill friska upp minnet. Här finns filmer från ST-dagarna i Åre 2017, intervjuer från nationella kvalitetsdagen 2017, filmer från kongressen i Karlstad 2017, nationella kvalitetsdagen 2016 och inte minst ett utbildningspaket om PrimärvårdsKvalitet.

Vem har glädje av denna sida? Den riktar sig till ST-läkare men är intressant även för lite "äldre" läkare. Det är en utmärkt idé att använda materialet som underlag för diskussioner vid läkarmöten och FQ-grupper. Det finns verksamheter som använder Läkaresällskapets tisdagsmöten på det sättet, men här är materialet direkt anpassat för allmänmedicin.

Det här sättet att inhämta ny kunskap har säkerligen framtiden för sig.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

En **podcast** (poddradio, podd) är en ljudfil på nätet som man kan ladda ner på datorn, plattan eller mobilen, eller streama direkt över nätet. Man väljer vad man vill lyssna på via ett program eller en app.

När podden är publicerad i ett RSS-flöde (really simple syndication) kan man prenumerera. Filerna laddas då ner automatiskt allt eftersom de publiceras.



Annons



Den allmänmedicinska relationskompetensen

Vad den är och hur den kan bedömas

Den allmänmedicinska relationskompetensen utvecklas och utövas i interaktionen mellan läkare och patient och det är bara där den kan bedömas av examinatorn. Tydlighet måste råda om vad examinatorn uppmärksammar och vad som kännetecknar olika nivåer av kompetens. En sådan tydlighet behövs i själva verket genom hela specialistutbildningen för att vi ska kunna hävda allmänmedicinen som specialitet.

År 1998 publicerade jag i AllmänMedicin tre artiklar [1, 2, 3] om allmänmedicinsk kompetens och hur den skulle kunna bedömas i en examen. Artiklarna beskrev den allmänmedicinska kompetensen i två dimensioner; *individkompetens* (expertkompetens) och *generalistkompetens* (bredden av sjukdomskunskaper).

Beskrivningen av individkompetensen hade relationen till patienten som förutsättning, men jag uppmärksammade inte den kompetens som relationen specifikt kräver och utvecklar. Vidare har jag insett att det är vedertaget att sätta likhetstecken mellan medicinsk *generalistkompetens* och allmänmedicinen i dess helhet. Ett nytt begreppspår behövs: *relationskompetens* (expertkompetens) och *sjukdomskompetens* (breddkompetens).

Allmänmedicinsk specialistkompetens innebär att breda kunskaper om sjukdomar förenas med en särskild förtrogenhet med relationen som arbetsform och kunskapskälla. Den medicinska generalismen är viktig för alla kliniskt verksamma läkare men är allmänläkarens specialitet.

Kompetensbeskrivning – ett förslag

Specialiteten allmänmedicin innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem och att i dialog med dem undersöka deras förutsättningar att klara av problemet utan vidare medicinsk inblandning samt att vid behov föreslå och genomföra medicinska åtgärder eller remittera till annan specialist.

Arbetsformen är den moraliskt grundade och samhällsligt reglerade relationen mellan läkare och patient, som när den är ömsesidig och ändamålsenlig gör det möjligt för patienten att berätta hur det är och för läkaren att leva sig in i det som berättas. En gemensam version av det som patienten upplever skapas, och det är den som är underlaget för bedömningen av orsak; sjukdom eller annat. Relationens samlade handlingskraft för patientens bästa mobiliseras i överenskommelse om vad som sedan ska göras och hur ansvaret ska fördelas.

De två delkompetenserna

Relationskompetensen (expertkompetensen) – tas i anspråk i alla konsultationer oberoende av vad de specifikt handlar om

- Respekt och intresse för patienten i samtal och undersökning.
- Ansvar – vägleda relationen så att dess samlade förmåga mobiliseras i överenskommelser och beslut, samt vakta relationen i organisationen.

- Självkännedom – se den egna personen i relationen och kunna parera för egoistiska drivkrafter.
- Empati – leva sig in i vad patienten i sin situation upplever och tänker (kroppen, psyket och lidandet/utsattheten) samt leva sig in i vad patienten vill och kan göra.
- Samtalsförmåga – frigöra en engagerad och konstruktiv interaktion.
- Helhetssyn – se patienten i sitt sociala och kulturella sammanhang.

Sjukdomskompetensen (breddkompetensen) – tas i anspråk som specifik kunskap beroende på vad konsultationen handlar om

- Bredd, det vill säga tillräckligt mycket och tillräckligt lite kunskaper om tillräckligt många sjukdomar.
- Beredskap för det oväntade och ovanliga.
- Förmåga att se samband och sammanhang i en biomedicinsk komplexitet.
- Anpassning till primärvårdens epidemiologiska förutsättningar med låga prediktiva värden för vanliga symptom i förhållande till sjukdom.

Förutsättningar för observation och bedömning av relationskompetensen i konsultationen

Moralen är grunden i relationen

- Läkarbetet är ett moraliskt projekt med syftet att bistå människor när de är sjuka eller inte mår bra. Den huvudsakliga arbetsformen är relationen till patienten [4, 5, 6]. För att medicinens möjligheter ska kunna prövas, och kanske tillämpas, behöver läkaren kunna leva sig in i vad patienten upplever och vill samt ställa den individuella situationen mot det vetenskapligt allmängiltiga och professionellt be-



Illustration: Annika Andén



prövade. Läkarens respekt och intresse för patienten tillsammans med moraliska förmågor som ansvarstagande, omdöme, självkännedom och självständighet avgör hur väl patientens behov blir tillvaratagna. Målet för en examinator bör vara att kunna ge ord åt allt som bedömningen grundar sig på. Till exempel kan en överdriven respekt för objektivitetskravet hålla tillbaka ett inneboende intresse för patienten som medmänniska.

Aktörernas roller

- Allt är interaktion. Båda bidrar till resultatet. Hur läkarens relationskompetens bidrar till en enskild lyckad konsultation kan vara svårt att urskilja.
- Patientens medverkan och reaktioner har sin självständighet men speglar också läkarens relationskompetens.

Mötets förlopp och innehåll

- Läkaren själv har aldrig fullständig kontroll över förloppet men däremot ansvar för att mötet ger bästa möjliga utbyte. Läkaren måste kunna skilja sitt professionella engagemang från egoistiska behov [7, 8]. Det finns två personer i relationen, och relationskompetensen förutsätter kännedom om båda.
- I varje sekvens handlar interaktionen huvudsakligen om en sak – ett tema [9]. När olika teman konkurrerar med varandra blir kommunikationen oklar och uppgiften handlar då om att hitta vägen till det för ögonblicket mest relevanta temat.
- Ett yttrande förhåller sig vanligtvis till något som sagts i ett föregående yttrande som en replik eller ett gensvar, men det lägger också till något som bestämmer vart samtalet i nästa yttrande tar vägen. Här har läkaren subtila men avgörande möjligheter att hjälpa patienten att komma in på det viktiga och att själv bli mer involverad [10, 11].
- Nyckelsituationer, vägval, där läkarens gensvar kan få stor betydelse, är ofta bara antydda och avtecknar sig mot förloppet som pauser eller som att stämningen i rummet ändras.
- Betydelsen av läkarens enskilda handlingar beror av sammanhanget där de utförs. En sluten fråga kan vara mycket öppnande om den ställs i rätt ögonblick.
- Att konsultationen fastnar eller tappar energi avtecknar sig mot förloppet som en förlust av den uppriktighet eller det samförstånd som skulle ha drivit den framåt. Vad som föregår avstannandet är det mest intressanta, men hur man får tiden att gå utan att "arbeta" är också viktigt.
- En replik som slår an ett nytt tema är ett gensvar på metanivå. Den har sitt innehåll men anger också att det är dags att tala om något annat. Det är inte självklart att läkaren ska ange tema. I nödvändiga faser av spontanitet, där båda drivs av sitt engagemang, kan det vara avgörande att patienten väljer vägen. Den metodiska patientcentreringen [12] behövs när patientens perspektiv inte kommer fram spontant, men när den introduceras sker detta fortfarande på läkarens initiativ.

Kommunikationens nivåer

- Det manifesta – tal, kroppsspråk, handgrepp – erbjuder sig lättast för bedömning, men kompetensen kommer inte sällan till uttryck i det självklara och outtalade. Det till synes enkla

kan vara frukten av en hög kompetens. Den allmänmedicinska examinators tränade sinnen och erfarenhet behövs ofta för att uppfatta att så är fallet.

- Manifest och outtalat är en saklig distinktion för vad som kan eller inte kan höras och ses. Uttryckligt och underförstått är en annan distinktion som handlar om hur innebörder förmedlas. Det underförstådda har alltid sina tecken men de behöver tolkas.
- Kommunikationens metanivå handlar om dess form och vilka innebörder som förmedlas, till exempel att patienten vill något som läkaren inte vill eller läkaren vill något som inte patienten vill, men man talar inte om det utan bara om innehållet, som att den nya medicinen inte känns bra eller att motion är bra för hälsan [13]. Metanivån är alltid underförstådd, men det underförstådda i en replik eller ett ansiktsuttryck behöver inte knyta an till metanivån utan kan vara något för sig.

"Allmänmedicinsk specialistkompetens innebär att breda kunskaper om sjukdomar förenas med en särskild förtrogenhet med relationen som arbetsform och kunskapskälla."

Förhållandet mellan relationskompetensen och sjukdomskompetensen

Relationskompetensen och sjukdomskompetensen går in i varandra. Bara med tillräcklig sjukdomskompetens kan examinanden ta sitt ansvar för patienten och sjukdomskompetensen bidrar till empatin, men hur bra sjukdomskunskaperna tillämpas i det enskilda fallet beror också i hög grad av relationskompetensen.

Bedömningens form

- Medsittning ställer stora krav på uppmärksamhet och lyhördhet och kräver en teknik som gör det möjligt att följa förloppet medan det pågår; tema för tema och interaktionen inom teman i viktiga faser.
- Fördelen med medsittning i förhållande till video är att bedömaren faktiskt är närvarande. Stämningar är lättare att förnimma, och pekar mot det outtalade, där en erfaren bedömare kan göra rimliga och viktiga tolkningar av hur läkaren utövar relationskompetensen. Att ha varit medsittare ger också ett större utbyte vid observation av videoinspelade läkar-patientmöten. Fantasin och erfarenheten hjälper till där mediet i sig är lite stumt.
- Videon dokumenterar det som faktiskt sker men på viss distans. Möjligheten att se flera gånger tillåter detaljanalys och detta ger ett strukturerat lärande inom bedömandets konst som går att överföra till medsittningen.
- Att bli observerad och bedömd i examen innebär naturligt en anspänning och självobservation och säkert ofta en viss förlust av en spontanitet som examinanden annars har.



Bedömningen av den praktiska kompetensen – förslag till en ny modell

Registrera förloppet

I en bedömning av en komplex och snabbt förloppande situation som en konsultation är det nödvändigt att låta mycket passera okommenterat för att kunna rikta uppmärksamheten på det viktigaste. Men det finns gränser för hur långt reduktionen kan gå utan att det viktigaste göms. Om man i bedömningen av konsultationer bortser från relationen, förloppet och de inre sammanhang som ger enskildheterna deras innebörder är det inte längre konsultationen man bedömer. Det behövs en metod för att registrera förloppet under observationen med utrymme för individuella preferenser. Den fungerar när registreringen inte är en distraktion utan höjer uppmärksamheten och medvetenheten. Ett sådant protokoll skulle kunna innehålla:

"Relationskompetensen och sjukdomskompetensen går in i varandra. Bara med tillräcklig sjukdomskompetens kan examinanden ta sitt ansvar för patienten och sjukdomskompetensen bidrar till empatin, men hur bra sjukdomskunskaperna tillämpas i det enskilda fallet beror också i hög grad av relationskompetensen."

Teman

Hälsningen, inbjudan, upplevelsen, egenbedömningen och diagnosen, förväntningarna, undersökningen och dess resultat, klarläggande av problemet/diagnosen, åtgärderna och överenskommelserna samt andra teman som presenterar och definierar sig själva.

Repliker/gensvar/handgrepp/undersökningar

Inom teman registrering av sekvenser av repliker och gensvar med markering av gensvarens typ (lyssnande/icke lyssnande, explorativa/icke explorativa, affektiva/kognitiva, öppet ärliga/försiktiga eller överslätande). Handgrepp som förutom uttryck för nivå av manuell färdighet också är en form av gensvar. Uppmärksamhet på sekvenser av spontanitet och engagemang.

Pauser

När? Vems är pausen, patientens eller läkarens?

Nyckelsituationer

Bestämmer interaktionens riktning och djup. Kan ibland bara identifieras retrospektivt.

Helhetsintryck

Läkarens intresse, respekt, kunskapsnivå, ansvarstagande, om-döme, självständighet; patientens roll och medverkan; interaktionens energi och planmässighet; klarheten om det som var

patientens problem; klarheten i överenskommelser; konsultationens utfall i förhållande till det som var problemet.

Skriva en "Konsultationsberättelse" och göra bedömningen

Med protokollet som underlag och på viss reflekterande distans kan examinatorn skriva en kort redogörelse för konsultationsförloppet och till detta foga vad som uppfattas vara den rimliga uppgiften för examinanden och vilka eventuella specifika svårigheter patienten bjöd på samt utifrån detta mer definitivt ta ställning till i vilken grad målet blev nått. Med hänvisningar till enskilda teman och moment i konsultationsberättelsen kan examinatorn diskutera tänkbara orsaker till att viktiga mål nåddes eller brister som gjorde utfallet mindre bra.

Konsultationsberättelserna i examinatorns rapport

Bedömningen i rapporten ska vara för kollegans och professionens och därmed för patientens bästa; vårda det negativa lika mycket som det positiva.

Beskriv återkommande förhållningssätt; positiva eller negativa i förhållande till relationen, konsultationsförloppet och utfallet.

Skriv bara sådant som är grundat i konkreta iakttagelser. Bedömningar som slutits indirekt har även de sin grund i sådant som faktiskt sker.

Tänk kompetens i tre nivåer: Utmärkt, bra och otillräcklig.

Carl Edvard Rudebeck
Pensionerad professor i allmänmedicin
Västervik
carledvard.rudebeck@ltkalmar.se



Referenser

1. Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? I. Allmän-Medicin 1998;19:26-30
2. Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? II. Allmän-Medicin 1998;19:134-7
3. Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? III. Allmän-Medicin 1998;19:187-90.
4. Pellegrino E, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press, 1993.
5. Petersson C. Kunskap och läkekonst – tankar om allmänmedicin. Lund: Studentlitteratur, 2014.
6. Rudebeck CE. Kropp och ord I en allmänläkares rum. Lund: Studentlitteratur, 2012.
7. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Stockholm: Natur och Kultur, 1972. Originalens titel: The Doctor, His Patient, and the Illness, 1964.
8. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. Eur J Gen Pract 2000;6:135-9. 23.
9. Roberts C, Sarangi S. Theme-oriented Discourse Analysis of Medical Encounters. Med Educ 2005;39:632-40.
10. Schegloff EA. Repair After Next Turn: The last Structurally Provided Defense of Intersubjectivity in Conversation. American J Sociology 1992; 1295-1345
11. Wretmark G. Läkaren möter människan. Lund: Studentlitteratur, 1984.
12. Larsen JH. Patientsamtalet. Handbok i mötet mellan läkare och patient. Lund: Studentlitteratur, 2015.
13. Watzlawick, Bavelas JB, Jackson DD. Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes. New York: WW Norton & Company, 1967.



KursDoktors allmänläkardagar – en återkommande höjdpunkt

Tre välmatade allmänläkardagar i januari lockade inte mindre än 194 deltagare, varav 57 från annan region. Konferensen var förlagd till Park Avenue Hotel, i hjärtat av Göteborg. Programmet bjöd på många intressanta föreläsningar och seminarier, alltifrån smärtbehandling och primärvårdshepatologi till allergologi och ångestdiagnostik.

Inbjuden gäst var utredaren *Anna Ner-*

gårdh som i juni lägger fram ett förslag till primärvårdsreform. Hon beskrev nuvarande uppdelning på öppen och sluten vård som föråldrad och menade att den bör ersättas av en organisation med fokus på sjukvårdsuppgifter, inte på den byggad där vården bedrivs.

Ett exempel på hur man som innovativ entreprenör bygger upp välfungerande primärvård i ett invandrartätt område kunde *Christer Andersson*, chef för Nöt-

kärnan Bergsjön Vårdcentral, vittna om i sin föreläsning.

Flera deltagare tyckte att det som givit dem allra mest var ”goda möjligheter att utbyta tankar och idéer med sina kollegor”, liksom seminarier där ”man fick bekräftat att de kunskaper man har gäller fortfarande”.

Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@sfam.se



Sandra af Winklerfelt redovisar utredningen vid ångest. Foto: Gösta Eliasson



Hanna Åsberg, SFAM och Marina Tuutma, DLF. Foto: Gösta Eliasson



Anna Nergårdh samtalar med en deltagare. Camilla Sandin Bergh och Britt Bergström i bakgrunden (KursDoktor). Foto: Gösta Eliasson



AllmänMedicin gratulerar

Glesbygdsmedicinskt stipendium



Anna-Karin Agvald, Tierps vårdcentral, har fått resestipendium från Svensk Förening för Glesbygdsmedicin. För stipendiet ska hon resa till 15:e WONCA World Rural Health Conference i New Delhi 26-29 april. Den som vill höra henne berätta om detta är välkommen till föreningens nästa årliga konferens i Storuman 16-17 maj. (se <http://www.glesbygdsmedicin.info>)

Stockholms handledarpris

Emma Wahlqvist Lotker, Dalens vårdcentral och **Astrid Wennström Rakhorst**, Brommaplans vårdcentral hamnade på delad förstaplats för 2017 års handledarpris i Stockholm.

”Emma har alltid öppen dörr och hittar alltid tid. Med stort intresse tar hon sig an små och stora frågor från yngre kollegor, oavsett om hon har ansvar för att handleda dem eller ej. Emma är alltid tillåtande i sitt bemötande och inga frågor anses dumma eller för små. Man lämnar aldrig Emmas rum utan att ha en plan för hur man ska gå vidare.”

”Astrid finns alltid tillgänglig för diskussion och samtal. Hon visar förtroende för mig som läkare och jag har under perioder ansvarat för hennes lista vilket jag verkligen har uppskattat. Astrid tillåter mig att växa och gör att jag nu känner mig flygfärdig inför specialistbevis om ett halvår.”



Emma Wahlqvist Lotker.



Pelle Swartling död

Per G Swartling har avlidit i en ålder av 83 år. Hans närmaste är hustrun Gudrun och barnen Torbjörn, Gunnar, Lisa och Jan med familjer. Som provinsialläkare, forskare och medicinalråd har han inte bara haft ett rikt liv. Han bidrog på många sätt till utvecklingen av specialiteten allmänmedicin.

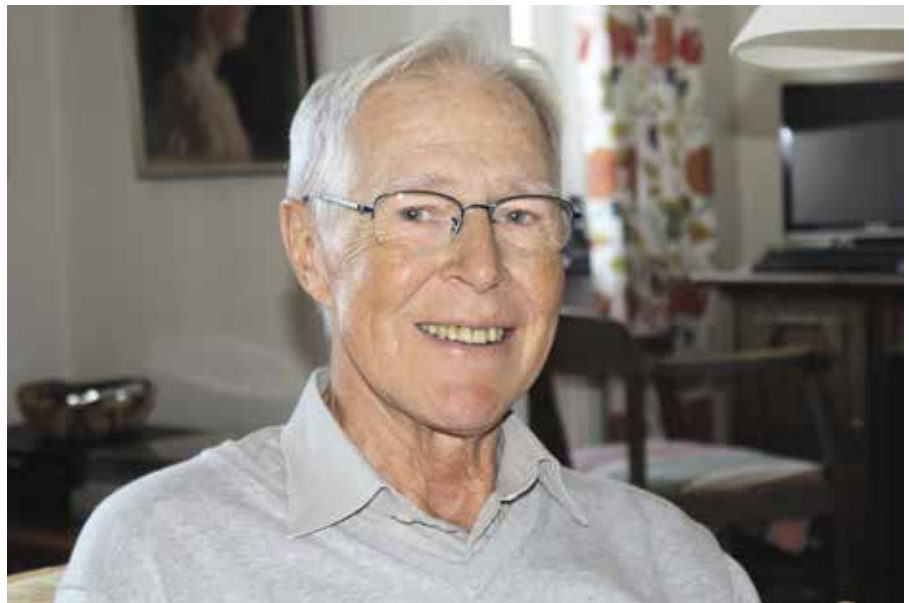
Per, eller Pelle som han själv föredrog att kalla sig, tog studenten i Borås 1953, läste medicin i Göteborg och blev medicine licentiat 1961. Efter tjänstgöring på olika sjukhus tillträdde han en provinsialläkartjänst i Varberg 1969. I en intervju i AllmänMedicin 4-2014 berättar han om hur det var att jobba som provinsialläkare på sjuttioalet.

– Jag hade mellan trettio och fyrtio patienter om dagen och jour vart tredje dygn. Var det fullt i väntrummet klockan fem var det bara att jobba på tills man var klar. Men det fanns också tid för ett par hembesök, ofta per cykel. Det var så roligt att träffa alla dessa människor! De kom till sin doktor för småsaker, som en gammaglobulinspruta eller en urinkontroll. Men det kunde också vara dramatik, med vårdintyg och dödsfall.

Efter några år i Varberg bar det iväg till England med hela familjen och där efter till Uppsala och en vårdcentralchefstjänst i Tierp. Vid den här tiden hände det mycket i primärvården och i Tierp bedrev man avancerad primärvårdsforskning och ett riksbekant projekt för samverkan mellan landstingens och kommunens tjänster.

I början på 90-talet blev Pelle Swartling medicinalråd och han har berättat om det hårda arbetet på Socialstyrelsen.

– Vi medicinalråd gick omkring som bleka och trötta figurer. Det formligen östes uppgifter över oss. Men de högre



Pelle Swartling.

Foto: Gösta Eliasson

cheferna kunde bara säga: Lös det här! Och sedan gå hem.

Efter sex slitsamma år på Socialstyrelsen fick Pelle Swartling symtom på utbrändhet och vid millennieskiftet valde han att lämna medicinalrådsposten och återvända till sin gamla arbetsplats, Tierps vårdcentral, denna gång som halvtidsvikarie. Med humor berättar han om ett lustigt patientmöte han hade där.

– När jag hade återkommit till Tierps vårdcentral efter alla dessa år frågade en äldre patient om ”jag möjligen kunde vara son till den *gamle* doktor Swartling, han som jobbade här i Tierp för många herrans år sedan”.

För några år sedan drabbades Pelle Swartling av en svårartad streptokocksepsis som krävde intensivvård, intubation, nedsövning, och dialys. ”Han kommer nog inte att klara sig” var det dystra beskedet från läkarna. Men han återhäm-

tade sig, mycket tack vare sin goda fysik och sina dagliga cykelturer.

Pelle Swartling var en klok och varm-hjärtad person, utrustad med ovanligt stor empatisk förmåga och en ödmjuk livshållning. Det räcker inte att kalla Pelle Swartling för en god allmänläkare. Han var i själ och hjärta också en sann människodoktor.



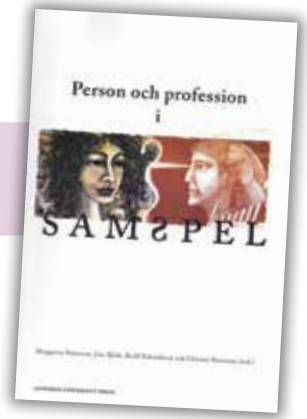
Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@telia.com

In memoriam

Göran Westman, distriktsläkare i Vännäs och professor emeritus vid Umeå universitet, har gått bort. Han drev olika frågor om hur (primär)vården kan organiseras och var där en föregångare. Vi hoppas på en längre runa i AllmänMedicin 2-2018.





En värdefull inspirationskälla till FQ-grupper

Professionella personer ägnar mycket energi åt att ligga i framkant när det gäller kunskaper och färdigheter. Men det finns också en individuellt-mänsklig dimension, särskilt inom allmänmedicinens domäner. Den här boken redovisar ett antal gruppssamtal som haft för avsikt att öka förståelsen för den humanistiska sidan av yrket.

Det går aldrig att förstå – och inte heller att hjälpa – en människa om man inte möter henne just där hon själv befinner sig. Det gäller till exempel att veta om, när och hur naturvetenskap och teknik ska användas i det individuella fallet. Att det finns kraftfulla medicinska åtgärder betyder inte att det alltid är rätt att använda dem. Boken tar upp denna och många andra liknande professionella dilemman.

På bokens framsida finns en bild av en kvinna. I förordet beskrivs kvinnans blick som "gåtfull, att den står nära konsten". Det säger oss att människan och hennes kropp är större än vad vår medicinska blick förmår fånga. Verkligheten blir omdefinierad av kvinnans egen historia, världsbild och omgivning under det att biomedicinens opersonligt rationella blick blir till "en strålkastare som söker genomborra tingens yta och människans kropp".

I boken beskrivs ett projekt initierat av samarbetsgruppen *Hälsa, humaniora och medicin* vid Region Kronoberg och Linnéuniversitetet. I ett antal tematiskt upplagda halvdagsseminarier möttes företrädare för olika professioner, bland annat läkare, för att reflektera över yrkesrollen, vardagliga händelser, konflikter, etiska dilemman och oklara fall utanför de trygga rutinerna, reglerna och manualerna.

Deltagarna uppmanades att med skönlitterära texter som

inspirationskälla skriva berättelser utifrån egna reflektioner om hur de upplevt olika utmaningar i sin yrkesroll. Deltagarnas texter lästes sedan upp i gruppen och fick ligga till grund för reflektion och diskussion.

I bokens första del beskrivs upplägget och genomförandet av projektet. Det verkligt intressanta kommer dock när man läser om deltagarnas reflektioner och hur gruppdiskussionerna avlöpte. Här finns pärlor som fångar de utmaningar som vi alla möter som professionella. Begrunda till exempel detta bidrag från en ST-läkare:

"Ser ni, fru Holl, det är utmärkt. Allt är i bästa kondition. Ingen anledning till åtgärd, som jag brukar säga." Hon tittar frågande upp på honom. Och går ut genom dörren. "Inte hon, inte idag" tänker han. Systemet som han representerar skulle knäcka henne.

Det är inte enkelt att tala om dessa mjuka värden, och ännu svårare är det att hitta bra lärformer. Därför är det nödvändigt att vidmakthålla en kollegial dialog om hur vi närmar oss vårdsökande människor på deras egna villkor. Det aktuella projektet är ett välkommet bidrag som ökar möjligheten att etik, humanism och förmåga till gott omdöme vävs in i fortbildning och yrkesliv.

Boken kan varmt rekommenderas som inspirationskälla till samtal i FQ-grupper och som diskussionsunderlag under lokala ST-dagar.

Gösta Eliasson
Falkenberg

gosta.eliasson@telia.com

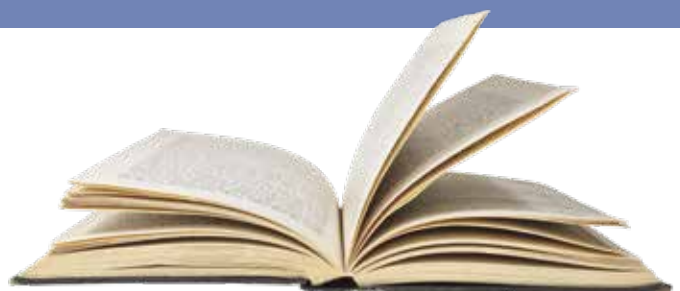


AllmänMedicin informerar

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!



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.sfamnv.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

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

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
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**Mars**

Mitt-i-ST-seminarium
19.3 Stockholm

April

Balint-konferens
13-14.4 Lund

SFAM:s kongress
18-20.4 Norrköping

Oktober

ST-dagarna
15-17.10 Jönköping

November

SFAM:s kvalitetsdag
15.11 Stockholm

2019**Maj**

Svensk allmänmedicinsk kongress
8-10.5 Borås

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
17-20.6 Aalborg, Danmark

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
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.