

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2024 ÅRGÅNG 45

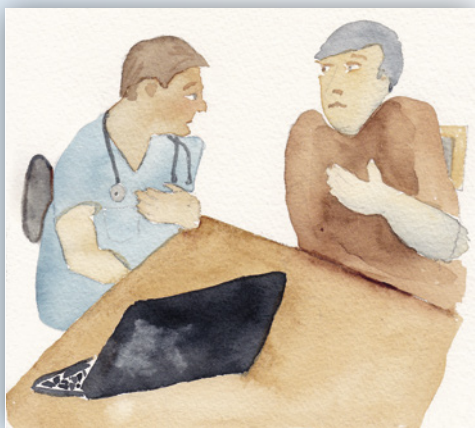


Relation och kontinuitet
Hjärt-kärlsjukdom och diabetes

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Låt även ST ta ansvar för relation och kontinuitet
Magnus Isacson
- 3 Ljusare tider?
Jens Halldin
- 6 Läkarkårens apati måste ersättas av egenansvar och läkareetik
Bengt Järhult
- 8 Den underbara allmänmedicinen
Christer Petersson
- 14 ContOpt: En metod för att förbättra patient-läkarkontinuiteten genom att optimera patientlistornas kvalitet
Linus Johnsson
- 20 Relation och kontinuitet – viktigast av allt!
Åke Åkesson
- 22 Kontinuitet och tillgänglighet i Bergsjön
Christer Andersson
- 24 Forskning om personkontinuitet i primärvården
Anna Nager
- 26 Relationen gör allmänläkaren
Carl Edvard Rudebeck
- 30 Vad förklarar praxisvariationen i primärvården vid sekundärprevention efter stroke – en kohortstudie baserad på alla patienter med ischemisk stroke i Region Stockholm
Maria Wolf
- 33 Att fasta med diabetes – vet du hur dina patienter gör och hur du kan stötta?
Jenny Berggren
- 36 En jämförande studie av blodtrycksmätning – i egenvårdsrum, på mottagningen och med ambulatorisk blodtrycksmätning
Gunnar Nilsson och Anna Lindam
- 38 Nygammal sårvård med Dakins lösning – distriktsläkaren kan läka svårläkta sår
Anna Holst, Karin Bergqvist och Ulrica Almhöjd
- 42 Nationella Kvalitetsdagen för primärvården: Jämlikhet i vården
Jenny Berggren
- 46 "Prioteamet" – en vårdcentrals resa mot hållbart arbetssätt
Marek Czajkowski
- 48 Årets ST-handledare i allmänmedicin i Västerbotten och Årets allmänläkare väst
- 49 Allmänmedicinskt arbetssätt – finns ett sådant?
Henry Egidius
- 51 Ensamheten är en taggtråd
Charlotta Busch
- 52 Automater och människor
Christer Petersson
- 53 Rapport från WONCA i Sydney
Hans Thulesius
- 56 Postdoc på The George Institute for Global Health i Sydney
Miriam Pikkemaat
- 58 Att arbeta med ursprungsbefolkningen på Nya Zeeland som distriktsläkare
Karin Starzmann
- 60 Vilken typ av läkare jobbar i glesbygd?
Sofie Lyhammar
- 61 Mot Dumheten kämpa gudarna förgäves
Björn Landström
- 62 Fascinerande beskrivning av en oändlig jakt utan säkert slut
Gunilla Byström
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: Relation och kontinuitet ■ Tema: Hjärt-kärlsjukdom och diabetes
■ Klinik & forskning ■ Blandat/Recensioner ■ Utbildning & Fortbildning



Omslagsbild AllmänMedicin nr 1–2024

Relationen mellan läkare och patient utvecklas ofta med åren. En förutsättning är att patient och läkare lyssnar på varandra. Vid intensiv lyssnande förstärker man ibland med att man speglar varandras gester, det vill säga likadant som den andre. När man börjar uppmärksamma sådana speglingar sker det oftare än vad man tror, korsade armar eller ben, liten harkling eller andra små gester.



Annika Andén
Illustratör,
pensionerad allmänläkare
annika.anden@gmail.com

Låt även ST ta ansvar för relation och kontinuitet

Vi vet alla hur viktigt det är med relation och kontinuitet och jag predikar det i princip dagligen. Men hur bra är vi allmänläkare själva egentligen på att tillämpa relation och kontinuitet? Jag inser att jag kanske predikar för de redan frälsta som förmodligen är de som läser denna ledare men jag vill ändå poängtera att det inte bara är politiker och förvaltning som står i vägen för att vi ska få till en stark primärvård med relation och kontinuitet.

Vi har nyligen lanserat ett policydokument från SFAM angående ST-läkares utbildning och hur vi ska ge dem möjligheten att bli så bra specialister som möjligt. Ett dokument som varit ute på remiss i föreningen vilket givit oss många värdefulla inspel. En av de saker vi betonar i vårt dokument är just kontinuiteten och att våra ST-läkare ska ges möjlighet att på ett tidigt stadium ta ansvar för sina patienter.

För jag misstänker att många av oss inser att alltför många ST-läkare går miste om möjligheten till relation och kontinuitet och att ta hand om sina patienter över tid. ST-läkarna får först ansvar för några patienter, sedan ytterligare några och sedan alla vårdcentralistade patienter, även om intentionen att behålla kontinuitet säkert fanns där i bakgrunden.



Men att diskutera besök är stenålderstänk.

Vi kan inte fortsätta så om vi vill förändra primärvården till det bättre. Om vi i stället för ett ostrukturerat ”hela havet stormar” ger våra ST-läkare en rimlig lista från dag ett med bra och närvarande handledning så har detta potential att revolutionera primärvården med ett flertal olika positiva effekter. Till exempel:

1. ST-läkarna förstår tidigare vad jobbet går ut på och ges möjlighet att utvecklas och bli bra specialister genom att ta ett personligt ansvar för sina patienter över tid.
2. ST-läkarna skyddas från en orimlig arbetsbelastning i form av en aldrig sinande flod av vårdcentralistade patienter.
3. De ST-läkare som tycker att det är jobbigt med personligt ansvar för sin egen lista inser detta, på ett tidigt stadium, och har då chansen att byta bana, i stället för att man kommer på det när man varit specialist i två år och sedan byter.

Jag brukar själv framhålla att kontroll över sin egen tidbok och att prioritera bland sina egna patienter är det absolut viktigaste om man ska klara av jobbet som allmänläkare med egen lista. Och utan lista är ju detta omöjligt att praktisera. Hur ska då ST-läkarna lära sig detta?



... alltför många ST-läkare går miste om möjligheten till relation och kontinuitet ...

Det pratas om hur många besök ST-läkarna ska ha per dag. Något som även diskuteras specialister emellan. Men att diskutera besök är stenålderstänk. Jag har själv kanske tio besök per dag men samtidigt tio telefonsamtal, tjugo chattärenden, fem konsultationer från andra yrkeskategorier och så vidare och så vidare. Att hantera detta är vad ST-läkarna måste utveckla. Att prioritera vem som får komma på besök och när det räcker med ett telefonsamtal, ett chattärende eller ett brev. Det är att vara allmänläkare. Att prioritera och vara ytterst medicinskt ansvarig för sina patienter i stort som smått. Utan egen lista till ST-läkarna klarar vi inte det.

Sedan inser jag att det finns risker med detta såsom fullistning på ST-läkare med obefintlig handledning från oseriösa aktörer som vill få bemanningen att se bra ut och ha ”hög produktion” till ett lägre pris. Det finns en risk att vår titel som specialist i allmänmedicin urvattnas, även om jag själv inte känner någon oro för detta.

Men potentialen och kraften i detta överväger rejält så därför hoppas jag att vi närmaste åren gör det vi kan för att ge våra ST-läkare ansvar för sina egna patienter så att de kan utvecklas till riktigt kloka och kompetenta specialistkolleger. Det finns gott hopp utifrån det jag själv sett i form av briljanta yngre kolleger runt om i landet. Låt oss bara ta vara på dessa.



Magnus Isacson
Ordförande SFAM
magnus.isacson@sfam.se

Se dokument via sfam.se eller i e-tidning: SFAMs rekommendationer för ST-läkare – slutgiltig version 231206

Ljusare tider?

Nu går vi mot ljusare tider. I alla fall när det gäller antalet timmar som solen är uppe. Tyvärr finns det en hel del som skymmer och gör att tiderna ser mörkare ut. Sett ur vårdens perspektiv så verkar det kommande året innebära att svängremmen dras åt i de flesta landsting. Även primärvården drabbas av detta, vilket innebär att de vackra orden om att satsa på primärvården och ställa om till ”nära vård”, ännu mer riskerar att bara bli vackra ord.

Att överhuvudtaget spara in på vården är orimligt. Men att skära ner anslagen till primärvården blir, inte minst i skenet av de vackra orden de senaste åren, helt bakvänt. Att satsa på primärvården måste vara mer än bara ord. Det krävs att primärvården får mer pengar. Nu blir det istället tvärtom, mindre pengar. Även de regioner som inte minskar anslagen i budgeten, gör det i verkligheten med tanke på kostnadsökningar som gör att pengarna räcker till mindre i år jämfört med förra året.

Andreas Thörneby som sitter i SFAM:s styrelse sammanfattade det kärnfullt på X (även känt som Twitter):

”Hur trovärdig är den långsiktiga satsningen på primärvården (omställningen) om allt som krävs för att regionerna skall skrota hela skiten – anställningsstopp, hyrläkarstopp, strukna bemaningsmål, ingen fortbildning – är lite inflation?

Kvar finns de krympande förutsättningarna, det alltmer ökande uppdraget från sekundärvården, och en tilltagande trötthet.

Svårt att inte bli cynisk.

Tillit till regionernas ambition, förmåga att styra, leda och fördela resurser är allt.

I nuläget är tilliten mycket nära noll.”

Dessutom är det ju så, att inte faktiskt i den verkliga verkligheten satsa på primärvården är ju ekonomiskt korkat. En bra

och väl fungerande primärvård, som på riktigt kan arbeta med relation och kontinuitet, är inte bara bättre utan också billigare.

Samtidigt har vi inget att vinna på att deppa ihop och ge upp. Vi kämpar på, både på våra mottagningar och i samhället. SFAM och vår ordförande har de senaste åren synts mer i debatten. Även lokalt görs mycket arbete, till exempel den debattartikel som kollegor från SFAM och DLF i Halland skrev tillsammans nyligen med rubriken ”Vet du vem som är din fasta läkare?” [1].

Inte minst görs mycket heroiskt arbete på vårdcentraler runt om i landet, både för att hålla näsan över ytan och på en del ställen har man lyckats få möjlighet att bygga något bra, i detta nummer kan vi läsa både om Borgholm och Bergsjön.

Deadline för nästa nummer av AllmänMedicin är 18 mars, teman i detta nummer blir **Jämlikhet i vården** och **Cancer i Primärvården**, alla bidrag, både till temana och övriga tidningen, är välkomna.

God läsning så ses vi i Uppsala på kongressen i slutet på april!



Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Referens:

1. <https://www.hallandsposten.se/asikter/debatt/ver-du-vem-som-ar-din-fasta-lakare.f415c220-09e5-49a0-beff-bcb05fdd1291>

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2024

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2024.

Tid: onsdagen den 24 april kl 16.00-18.00

Plats: Uppsala Konsert & Kongress, Vaksala torg 1, Uppsala

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.

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

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) en månad före mötet.

Välkommen! Magnus Isacson – SFAM:s ordförande

SFAM:s torsdagsmöten

Program våren 2024

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) i samarbete med Svenska Läkaresällskapet (SLS) bjuder in till digitala föreläsningar kl. 13.00–14.00, med möjlighet till fördjupning och nationell kollegial dialog kl. 14.00–15.00.

- 22 feb** **Religiös fasta och diabetes**
Jenny Berggren, specialist i allmänmedicin, Östergötland, föreläser. Den muslimska fastemånaden ramadan börjar den 8 mars och avslutas 9 april i år. En stor andel av muslimer med diabetes fastar under ramadan. Vet du hur dina patienter gör? Vet du hur du kan ge råd kring att fasta säkert? Vad behöver vi läkare och diabetessköterskor veta? Vi bjuder även in diabetessköterskor till detta viktiga ämne.
- 21 mar** **"Personlig men inte privat"**
På grundutbildningen till läkarexamen lär vi oss att distansera oss från patienten, men i allmänläkarens vardag är relationen vårt viktigaste arbetsredskap. Hur kan vi vara empatiska med patienten (samtidigt som vi bibehåller fokus, högt tempo och medicinsk skärpa) utan att ge avkall på vår egen hälsa? Medverkande: Christina Andersson, psykolog, och Jens Boman, läkare och docent på Umeå universitet.
- 18 apr** **Fasta kontakter i vård och omsorg - infrastruktur för personcentrerat arbete**
Fokus på den fasta läkarens roll och relation till fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt. Medverkande: Susanna Althini, specialist i allmänmedicin, medicinskt sakkunnig och ledamot i SLS nämnd, med flera.
- 23 maj** **Den sköra patienten**
Vilka av våra patienter är "sköra"? En grupp som inte kan göra sin röst hörd som andra grupper har rätt till en vård som tillgodoser dess behov. Det är vårdgivarens ansvar att tillgodose det. Vad krävs när det gäller struktur, kunskap och resurser för våra sköraste patienter? Medverkande: Magnus Nord, specialist i allmänmedicin och medicine doktor, samt Gunnar Carlgren, specialist i allmänmedicin, båda från SFAM:s råd för sköra äldre.



SFAM:S TORS DAGSMÖTEN

SFAM:s torsdagsmöten är ett forum för utbyte av kunskap och erfarenheter som bidrar till allmänläkarnas professionella utveckling. Näst sista torsdagen i månaden kl. 13.00–14.00 bjuder vi in till digitala föreläsningar, med möjlighet till fördjupning och en nationell kollegial dialog kl. 14.00–15.00. Var med och ta del av aktuell kunskap och hur kunniga och drivande allmänläkare kan förändra hälso- och sjukvården i riktning mot en stark allmänmedicin med utgångspunkt i en fast patient-allmänläkarrelation.

PROGRAM OCH ANMÄLAN www.sfamstorsdagsmoten.se

Missar du något möte kan du se dem i efterhand via hemsidan.

Annons



Läkarkårens apati måste ersättas av egenansvar och läkaretik

Under mina 15 första år i den blekingska primärvården sågs läkarlett ledarskap på kliniker och vårdcentraler som en självklarhet. Utvecklingen drevs i huvudsak av lokala initiativ, i läkargemenskap och utifrån HSL med sina centrala skrivningar om vård efter behov, lika för alla. Politiker och de fåtaliga administratörerna sågs på 80-talet som vänner utan revirmotsättningar.

Under mina sista 15 år i Kronobergs primärvård är bilden helt förändrad. Vårdcentralcheferna är inte läkare utan oftast sjuksköterskor som är lojala i att implementera regionledningens diktat och styrmetoder. Administratörerna, ekonomerna och HR-folket har tillväxt exponentiellt, långt mer än sjukvårdsarbetarna. Regionförvaltningen har blivit en stat i staten. En enda sjukvårdsdirektör har varit läkare men fick silkesnöret då ledningen inte tålde medicinsk kompetens [1, 2].

Denne kollega är den ende sjukvårdsdirektör som återgått till hederligt arbete. En lång rad andra höga och mellanhöga chefer försvinner hastigt och lustigt och vecklar ut sina miljonfallskärmar på skattebetalarnas bekostnad. En fick omedelbart sparken och 4 miljoner [3]. Den senaste försvann i våras efter två år och fick 2,5 miljoner för att akut sluta [4]. Detta efter att ha skapat konflikter med nästan alla och saboterat Kronobergs primärvård, en gång ett föredöme. Mänskliga kontakter, fundamentet i allmänläkares patientvård, skulle digitaliseras. En chattbot via 1177 skulle införas i regionen trots att denna teknik saknar vetenskapligt stöd [5]. Även regiondirektören har nu meddelat sin avgång [6].



Administratörerna, ekonomerna och HR-folket har exponentiellt tillväxt, långt mer än sjukvårdsarbetarna.

Vad hände mellan dessa mitt yrkeslivs två 15-årsperioder? Viktigast marknadstänkandet och privatiseringar, att New Public Management (NPM) skulle tillämpas också i offentlig vård. Läkarförbundet höll inte emot, initierade tvärtom köp- och säljtänkandet och penningen som drivkraft i nästan allt [7, 8]. Solidariteten läkare emellan slogs sönder av individuell lönesättning, samarbete ersattes av slagordet konkurrens och kar-



Ekonomiska ogenomtänkta styrsystem blev en del av förbundets policy och möjliggjorde det läkarfientliga, medicinskt inkompetenta ledningssystem som maktberusat brett ut sig.

riärutbildningar i förbundets regi. Ekonomiskt ogenomtänkta styrsystem blev en del av förbundets policy och möjliggjorde det läkarfientliga, medicinskt inkompetenta ledningssystem som maktberusat brett ut sig. Läkaresällskapet har å sin sida förordat rambudget, läkaretik och HSL:s likabehandling och behovsparagrafer [9].

Sjukvården behöver långsiktigt perspektiv och planering, en omöjlighet idag när regionerna blivit svängdörrar i karriären. Hälften av sjukvårdsdirektörerna har suttit mindre än två år [10]. De tillskansar sig månadslöner upp till 200 000 [11]. Det som skulle vara demokratins plikttrogna utförarorganisation har blivit tummelplats för rövarbaroner i allians med konsultbolag. Deras halvkriminella infiltration i till exempel regionledningen i Stockholm är väl dokumenterad [12-14]. Nitton Boston Consulting Group (BCG)-konsulter upptaxeras nu med 300 miljoner i efterbörden till Nya Karolinska Sjukhuset (NKS) [15]. Vissa konsulter hade årslöner på 30 miljoner. Bara ledaren Stefan Larsson, som omfattas av läkaretiken, drog in 117 miljoner 2017-20 [16]. Ändå uppmärksammades bristen på evidens i marknadssystemet värdebaserad vård tidigt i NKS-processen [17-19] men den stoppades inte.

Förstatligande av sjukvården är ingen lösning i sig. Se på arbetsförmedling och försäkringskassa. Eller internationellt. Det statliga engelska NHS har jätteproblem. Privatisering fjärrar än mer ledningen från verksamheten. Sveriges största vårdkoncern styrs från Australien och var på vippen att köpas upp av kapital från USA och en mellanösterndiktatur [20, 21]. Nästa gång så.

Sjukvårdens styrsystem och ledningsfilosofi måste i grunden ändras. Det är bara delvis en organisationsfråga. Läkarkårens apati inför den politiskt-administrativa överbyggnaden måste ersättas av egenansvar, läkaretik och de principer sällskapet formulerat [9]. Låt metamorfosen starta med:

- Den administrativa överbyggnaden måste kraftigt minska



och bli vårdpersonalens tjänare, inte dess herrar.

- Högsta medicinsk kompetens, läkare med praktisk vårderfarenhet och delaktiga i vårdarbetet, ska finnas på alla ledningsnivåer inklusive regionledning.
- Involvera personalen och fackliga företrädare tidigt i kravspecifikation och bedömning av chefer. Lämna den pseudodemokrati som idag är förhärskande i tillsättningsärenden. Låt läkarkollektivet med stöd av andra personalgrupper rekrytera vårdens chefer istället för ohemula rekryteringsfirmor.
- Tro inte att privatisering och ekonomiska incitament löser

vårdens problem. Den mest lämplige ledaren är inte den mest snikne. Utlova inga fallskärmar när nya chefer kontrakteras.

Jäv saknas.

Bengt Järhult
Pensionerad allmänläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com



Referenser:

5. Snellman A, Czajkowski M, Olsson L, Ahlén R. Digital triagering i primärvården. Uppdatering av en systematisk översikt från Camtö 2021. Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro, HTA-rapport 2023: 63. <https://www.regionorebrolan.se/siteassets/media/forskning/hta-camtö/rapporter/rapporter-2023/2023.63-digital-triagering-i-primarvarden---uppdatering-av-en-systematisk-oversikt-fran-camtö-2021.pdf>
7. Järhult B, Järhult J. En trovärdig partner måste göra upp med sin historia. Läkartidningen. 2019;116:FL9S.
9. Svenska Läkaresällskapet. En värdefull vård <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/ledning--styrning/en-vardefull-vard/rapport-och-sammanfattning/>
19. Järhult B, Andersson C, Cizinsky S, Ekerstad N, Eliasson M et al. Ska värdebaserad vård införas av konsulter utan vetenskaplig evidens? Läkartidningen. 2017;114:EFHM.
21. Järhult B, Pelling L. Värdbolag ska inte säljas till diktaturer. Aftonbladet 220604. <https://www.svd.se/a/KzJe25/vardbolag-ska-inte-saljas-till-diktaturer-skriver-bengt-jarhult-och-lisa-pelling>

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

SFAM:s ST-dagar arrangeras i Nyköping 9–11 oktober

ST-dagarna är en årlig kongress för ST-läkare i allmänmedicin. Här möts hundratals blivande allmänläkare från hela landet för att inspireras, utbyta kunskaper och erfarenheter och tillsammans verka för en bättre primärvård–för både patienter och läkare. Bakom arrangemanget står SFAM, medan planeringen och det praktiska genomförandet drivs av ST-läkare från lokala vårdcentraler.

De första ST-dagarna hölls i Västerås 2003 och nu har turen kommit till Sörmland och Nyköping att arrangera 2024 års dagar. **Temat är: Mod, Relationer och Hållbarhet.** Kongressen kommer bestå av föreläsningar samt paneldebatter i helsal. Men också valbara föreläsningar och workshops i mindre grupper. Kvällsaktiviteter, bankettmiddag samt valbara morgonaktiviteter är också en del av programmet.

Vi vill med denna kongress ingjuta mod och inspirera till hållbara arbetsmetoder, både för patienter och läkare.

Välkomna till kuststaden Nyköping – det kommer bli bra!

Läs mer och anmäl dig på <https://stdagarna.se/>

**MOD, RELATIONER
& HÅLLBARHET**

Det kommer bli bra



Den underbara allmänmedicinen

På SFAM-kongressen i Kalmar våren 2023 höll kollegan Kjell Johansson ett mycket uppskattat föredrag under rubriken *Den underbara allmänmedicinen*. För den som söker kärnan i den breda, mångfacetterade allmänmedicinen kan jag inte tänka mig en bättre vägledare än Kjell. Han är rak och rolig. Han har sakkunskap och stor erfarenhet, kan förena närhet med kritisk distans. Och han gör det med stor humor.

Som gammal allmänläkare med några års distans till jobbet ger han mig lust att på nytt kasta mig in i patientarbetet. Men jag börjar med att ta bilen de tio milen från Växjö till Torsås för en pratstund med Kjell. Torsås ligger cirka 5 mil söder om Kalmar. Trots den geogra-

fiska närheten har vi aldrig tidigare träffats. Min GPS hittar vägen genom smålandsskogarna och prickar med precision vårdcentralen i Torsås. Den ser ut ungefär som vårdcentraler brukar göra, diskret villa i gult tegel med flygelbyggnad. Av de 7 000 invånarna i kommunen är 6 900 listade här. Här finns just nu sammanlagt 6,6 läkare i tjänst exklusive BT och hyrläkare.

Inne i huset möter Kjell. Han ser yngre ut än jag hade föreställt mig. Han närmar sig 70, men har inga tankar på pension. Vitaliteten går inte att ta miste på. Leende och lättroilig lotsar han mig till konferenslokalen där vi sätter oss kring ett långsmalt bord tillsammans med en av sjuksköterskorna i distriktet.

”

Nästan allt väsentligt sker i mötet med den fysiska patienten. Där får du information genom alla sinnen.



Torsås vårdcentral. Från vänster verksamhetschef Eva-Lotta Johansson, kollegan Kristina Nilsson och Kjell Johansson.



BVC 1998.



BVC 2021. Barnet har blivit mamma.

– **Så vad är då kärnan i allmänmedicinen, Kjell?**

– Patienten i rummet. Där har du centrum. Allt annat är periferi. Digitala redskap kan vara bra, liksom guidelines och vårdprogram så länge de inte är alltför omfattande. Man måste passa sig för att gå vilse i algoritmerna. Nästan allt väsentligt sker i mötet med den fysiska patienten. Där får du information genom alla sinnen. Där kan du se och känna av sådant som bilden på den platta digitalskärmen aldrig kan avslöja. Och glädjen förstås att möta en levande människa.

– **Du har stort människointresse?**

– Det måste jag nog säga. Jag har haft förmånen att få följa så många genom åren, gamla lärare och andra människor från barndomen. Jag minns särskilt en gammal söndagsskolfröken som hade överlevt flera hjärtstillestånd med stora funktionsnedsättningar, men med gott humör. När jag frågade henne hur hon kunde vara så positiv svarade hon: ”Jag har lärt mig att leva sakta.” En livsvisdom som vi skulle behöva lite till mans.

På BVC har jag träffat barn som kommit igen med egna barn några decennier senare. Många gamla människor, som absolut inte velat till sjukhus, har jag kunnat hjälpa med enkla hembesök när de närmat sig slutet. Varje livsöde berör och intresserar mig.

– **Men visst måste även du ha dina ”blyddaggar” och ”surdegar?”**

– Jag är inte så säker på det. Visst finns det dagar som innehåller fler gruskorn än guldskorn, men efter varje arbetsdag försöker



Den gamle mannen som ville dö hemma



Kjell Johansson på sin expedition bland tidskrifter och musikboxar.

jag samla mig för att hitta guldkornen. Och det går för det mesta. Bland mina patienter finns till exempel en familj med fem generationer kvinnor, alla med diffus värk. Det blir täta kontakter, ibland påfrestande, men det går att hitta någon slags balans genom åren. Jag är nogg med att inte ta till opiater och försöker undvika långa sjukskrivningar. Jag läser på i deras journaler och försöker lära mig deras sjukhistoria och livslopp. Det går att hitta intressanta pusselbitar. Jag funderar ofta på om deras åkommor är ärftliga eller socialt förvärvade. Jag har inte kommit längre än till att det är en blandning av båda. Arv och miljö i samspel som så ofta vid sjukdom. Man måste kunna lyssna även om man inte kan tillgodose alla önskemål.



Jag använder gärna förklaringsmodeller som individuell känslighet och sårbarhet. Det fungerar hyfsat.

– Patienter kan vara svåra, men inte omöjliga? Men hur är det med diagnoser. Finns det särskilt svåra diagnoser?

– Då tänker jag genast på sådant som kronisk prostatit, amalgamöverkänslighet, elallergi, ME/kronisk trötthet. Ja, de är svåra av många olika skäl. Tunga symtom utan mätbara biologiska avvikelser. De leder ofta till långa sjukskrivningar. Sjukvården har väldigt lite att erbjuda. Vi som har varit med några år har ju sett att symtomen är likartade även om diagnosnamnen förändras med tiden. Smärta och trötthet finns nästan alltid. I början av min tid i primärvården var kronisk prostatit vanlig. Nu ser man den nästan inte. Även elallergi tycks ha minskat något. ME finns kvar liksom utmattningssyndrom. Postcovid är kanske det senaste tillskottet?

– Jag drabbades själv av ganska svår covid i början av pandemin. Det fick oönskade sideffekter i tidningar och tv, jag blev oskyldigt anklagad för att ha smittat ner ett helt äldreboende. Men framför allt drabbades jag av en förlamande trötthet som gjorde att jag inte orkade gå många meter, trots att jag före sjukdomen var mycket vältränad. Det tog veckor eller månader innan jag var tillbaka i min gamla form. Jag visste att jag var tvungen att träna. Det finns inga sjukdomar man kan vila bort.

– Säger du det till patienterna?

– Det är åtminstone min grundinställning när det gäller kultur- och tidsberoende sjukdomar som dessa. Idéhistorikern Karin Johansson har skrivit många kloka saker i ämnet, men inför den enskilde patienten måste man alltid vara ödmjuk. Man måste återigen lyssna utan att kunna tillfredsställa alla önskemål. Jag använder gärna förklaringsmodeller som individuell känslighet och sårbarhet. Det fungerar hyfsat.

– Du har många exempel både på glädjen och tyngden i en lång relation. Du har snart varit här i Torsås i 37 år, Kjell?

– Här på vårdcentralen ja, men på orten har jag varit nästan hela livet. Jag föddes på en bondgård i Gullabo ungefär två mil härifrån. I Gullaboskolan började min utbildning och fortsatte sedan i Torsås. Jag gjorde en utflykt till Lund för medicinstudier och till Kalmar för AT-tjänstgöring, men sedan har det varit Torsås. Jag brukar säga att jag är specialist i ”Torsåsmedicin”.

– Som innebär?

– Att känna människorna och ta hjälp av mina medicinska faktakunskaper, när de söker mig för hälsoproblem. Jag följer medicinska tidskrifter för att hålla mig uppdaterad. Jag har stor hjälp av olika kunskapsstöd, i synnerhet Medibas, som jag använder dagligen. Inte minst för den utmärkta patientinformationen. På datorns skrivbord ligger den alltid öppen tillsammans med FASS, diagnoskoderna och Allmusic.com.

– Allmusic? Spelar du musik för patienterna?

– Det händer, men inte särskilt ofta. Jag minns en ung mamma som hamnat i en depression efter sin första förlossning. Jag pratade ganska länge med henne innan jag frågade vad barnet skulle heta. Vincent, svarade hon. Oj då måste jag spela en låt för dig, sa jag och hämtade fram låten ”Vincent” med Don McLean. Hon blev omedelbart förtjust i musiken och några veckor senare fick jag ett vykort, där hon tackade för ”musikterapi”. Nu var hon lycklig över lille Vincent. I det fallet tror jag att musik fungerade bättre än SSRI skulle ha gjort. Men annars är det mest jag själv som lyssnar på musik. Ofta när jag skriver journalanteckningar, brev, kollar provsvar och sådant. Jag föreställer mig att rytmen i musiken sätter spår i mina ganska torra texter. Jag är en stor musikälskare och vågar knappt tala om hur stor skivsamling jag har.



Jag föreställer mig att rytmen i musiken sätter spår i mina ganska torra texter.

– Jag anar det när jag ser din expedition tapetserad med fina affischer och flera unika musikboxar. Den där Miles Davis-boxen ser mycket exklusiv ut.

– Det är den.

– Men åter till din läkarroll. Varför ville du bli läkare?

– Vet egentligen inte. Många kurskamrater hade ju höga idealistiska ambitioner. Jag brukade på skämt säga att det var för att jag skulle kunna köpa så många skivor som möjligt. Men

på allvar var det nog för att jag hade bra betyg och ett tydligt intresse för människor.

– Och varför allmänläkare?

– Jag bestämde mig under AT. Sjukhusrutinerna med ronder och rapporter och väldigt lite patientkontakt var inget för mig. När jag kom ut i primärvården var det som att komma ut i det fria. Här fanns ”patienten och jag i rummet”. Det har hela tiden varit det viktigaste och har förblivit så.



Man måste kunna lyssna även om man inte kan tillgodose alla önskemål.

– Du känner nästan hela bygden här. Kan det inte bli för mycket? Konsultationer på Konsum, besök i villan på fritiden, nattliga telefonsamtal?

– Absolut inget av detta. Om någon frågar mig i privata sammanhang hänvisar jag alltid till mottagningen. Och människor respekterar det verkligen. Viss betydelse har det nog att tillgängligheten på mottagningen är ganska god.

– Trots en god arbetsmiljö med fin kontinuitet är ni inte riktigt fullbemannade vad gäller fasta tjänster. Ni har utmärkta utbildningsläkare, men måste ändå stödja er på ett par hyrläkarlinjer. På många håll är det mycket värre. Vad tror du om allmän medicinens framtid?

– Det är förstås ett problem med hyrläkeriet. För enskilda kollegor kan det ge ett handlingsutrymme, som de inte får på en fast tjänst. Ekonomiskt är det fördelaktigt att vara hyrläkare, men som helhet borde företeelsen avskaffas genom ett gemensamt landsomfattande beslut. Det trasar sönder bassjukvården till en hög kostnad. För alla merutgifter skulle man istället kunna höja grundlönerna. Jag vet att det är orealistiskt, men så borde det vara. Nätläkeriet är ett snäpp värre. Här har vårdbehov och tung sjuklighet helt offrats på tillgänglighetens och de lätta, ofta

självläkande åkommornas altare. Statistiken över brukare och diagnoser talar sitt tydliga språk. Nätläkarna bryter mot flera punkter i läkaretiken, inte minst genom sin osunda reklam. De uppmanar till helt onödiga kontakter och bidrar därmed till medikaliseringen i hela samhället. Nätläkarna borde inte ha en krona av offentliga resurser.

– Och hur vill du då locka unga läkare till allmänmedicinen?

– Personligt föredöme är viktigt. I vår region ser vi goda exempel i exempelvis Borgholm och Emmaboda.Handledningen måste fungera. Självt tycker jag att handledning är roligt och fungerar även som huvudhandledare för en grupp AT-läkare. Där talar jag varmt för allmänmedicinen.

– Du verkar nöjd med ditt professionella liv som allmänläkare.

– Jag hade gärna sett att vi haft en fullbemannad vårdcentral här i Torsås, men avstånden spelar roll. En dag när jag ligger där på rygg ”avsomnad som en greve” kommer jag nog att vara riktigt nöjd. Jag hittade ju ett yrke som passade mina personliga egenskaper och intressen. Vad mer kan man begära?

Där slutar vårt samtal. Kjell går iväg för att undersöka en ett-åring som skadat benet. Under slutet av samtalet har kollegan Kristina Nilsson suttit med. Hon har gjort AT och ST här i Torsås och jobbar nu som specialist sedan 2019. Vi talar lite om arbetsförhållanden och villkor inom allmänmedicinen. Hon kan utan reservationer bekräfta det hon hört Kjell säga i samtalet. Arbetsbördan är stor, men belöningen ännu större. Hon ser fram emot framtiden som specialist i allmänmedicin, allra helst här i Torsås.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



Vill du komma i kontakt med Kjell Johansson gör du det via mejl: kjell.johansson@regionkalmar.se

Deadline för nr 2-2024 är 18 mars och tema för nästa nummer är

Jämlikhet i vården / Cancer i primärvården

Har du något du vill bidra med så ta kontakt med redaktören så snart som möjligt via mejl: chefredaktor@sfam.se

Annons

ContOpt:

En metod för att förbättra patient-läkarkontinuiteten genom att optimera patientlistornas kvalitet

Listning av patienter på namngivna läkare kan främja en god relationskontinuitet förutsatt att listornas storlekar anpassas till läkarnas kapacitet och i så stor utsträckning som möjligt består av de patienter som var och en har bäst kännedom om. I denna artikel presenteras ContOpt, en applikation som skräddarsytt för att optimera patientlistor utifrån båda dessa aspekter. Metoden är robust nog för att kunna överbrygga avsevärda variationer i patientkännedom och arbetsförhållanden.

Bakgrund

Ett av allmänläkarens mest centrala strävanden är att lära känna sina patienter [1]. Det är numera okontroversiellt att god

relationskontinuitet mellan läkare och patient leder till lägre mortalitet, morbiditet och kostnader [2]. I Sverige är relationskontinuiteten lägre än i andra europeiska länder, vilket bland annat beror på att svenska allmänläkare ägnar mycket tid till administration och att patienterna träffar många andra professioner mellan läkarbesöken [3]. Kontinuitet prioriteras inte heller alltid av organisationen [4]. De specialister i allmänmedicin som finns idag täcker omkring hälften av behovet, givet det listningstak på 1 000 patienter per heltid som föreslås av företrädare för professionen [5].

Patient-läkarkontinuiteten vid en vårdcentral avgörs, förutom av bemaningssituationen, principiellt av två fak-

torer: patientlistornas sammansättning och bokningarnas träffsäkerhet [6]. I denna artikel presenterar jag en metod för att optimera det förstnämnda. Metoden utgör kärnan i ContOpt, en Java-applikation som jag har utvecklat för detta ändamål och som jag tillhandahåller gratis för medlemmar i SFAM. Därtill beskrivs den bakomliggande matematiken i tillräcklig detalj för att den som vill ska kunna skapa sin egen implementation.

Tyglad kontinuitet

Låt oss börja med ett minimalistiskt exempel för att illustrera de grundläggande principerna. Vi föreställer oss en vårdcentral med tre läkare: A, som länge har arbetat heltid; B, som är i slutet av sin ST; och C, en distriktsläkare som nyss har påbörjat sin anställning. Vårdcentralen har tolv patienter, som under de senaste åren har besökt vårdcentralen enligt det mönster som visas i vänstra halvan av tabell 1. För enkelhets skull vill vi fördela dem jämnt mellan läkarna; vi bortser alltså för tillfället från att de är olika ”tungta” och alltså kan förväntas ta olika mycket resurser i anspråk.

Om vi helt enkelt skulle lista varje patient på den läkare som den har haft mest kontakt med, skulle minst åtta av patienterna hamna hos A, högst tre hos B, och endast en hos C, vilket är långt ifrån den önskade fördelningen. Vår strävan efter maximal kontinuitet måste alltså på något sätt tyglas. I detta lilla material kunde vi nog göra detta för hand, men i ett realistiskt scenario med tusentals patienter skulle det bli ogörligt. Att fördela patienterna slumpmässigt skulle å andra sidan gå fort, men skulle också bryta upp många långvariga patient-läkarrelationer.

Patient	Antal kontakter med läkare			Matchningspoäng med läkare		
	A	B	C	A	B	C
1	13	1	0	0,98	0,04	0,00
2	6	3	2	0,63	0,45	0,66
3	3	1	1	0,14	0,04	0,21
4	6	6	0	0,63	0,89	0,00
5	0	5	3	0,00	0,82	0,87
6	1	1	0	0,02	0,04	0,00
7	6	5	2	0,63	0,82	0,66
8	13	8	2	0,98	0,96	0,66
9	5	4	2	0,46	0,68	0,66
10	17	3	2	1,00	0,45	0,66
11	0	0	2	0,00	0,00	0,66
12	6	3	0	0,63	0,45	0,00

Tabell 1: Fiktiva data kring tolv patienter och tre läkare vid en vårdcentral. Vänstra halvan visar antal kontakter i varje patient-läkardiyad, med det högsta värdet för varje patient färgmarkerat. Till höger har ContOpt omvandlat varje antal kontakter till en matchningspoäng med hjälp av en matematisk funktion som tillåter läkarspecifika parametrar. För samtliga läkare valdes $\beta = 0$, $\gamma = 0$, $\delta = 5,5$ och $\epsilon = 0$ medan α tilläts variera ($\alpha_A = 0,26$; $\alpha_B = 0,16$; $\alpha_C = 0,08$). Färgmarkeringarna visar den högsta poängen för varje patient.

Funktion	Tillåtna värden	Förklaring
$d' = \frac{d - 1}{d_{max} - 1}$	$d \geq 1$ $0 \leq d' \leq 1$	Min-max-normaliserat tyngdmått där lägsta tyngden i populationen antas vara 1 och den högsta är d_{max} .
$c = \frac{\alpha(0,5 - 0,4\beta d')}{\beta d'(0,4 - 0,8\alpha) + 0,5}$	$0 \leq \alpha \leq 1$ $-1 \leq \beta \leq 1$ $0 \leq c \leq 1$	Höga α minskar matchningspoängen, mest vid medelhög familiaritet. β ökar eller minskar matchningspoängen i proportion till patientens tyngd.
$c' = c(1 - \gamma)$ om redan listad, annars $c' = c$	$0 \leq \gamma \leq 0,5$ $0 \leq c' \leq 1$	Höga γ ökar matchningspoängen för patienter som redan är listade på läkaren.
$q = \frac{p(1 - c')}{p(1 - 2c') + c'}$	$0 \leq p \leq 1$ $0 \leq q \leq 1$	Transformera familiaritetsvärdet utifrån ovan nämnda parametrar.
$r = \frac{1}{1 + e^{\delta(1-2q)}} + \frac{2q - 1}{1 + e^{\delta}}$	$1 \leq \delta \leq 10$ $0 \leq r \leq 1$	Vid höga δ ger även högerförskjutna kurvor höga matchningspoäng vid medelhög familiaritet.
$s = 2r^2m + r(1 - 3m) + m$ där $m = \epsilon + \gamma + X$ om redan listad, annars $m = \epsilon + X$	$0 \leq \epsilon \leq 0,01$ $X \sim U[0, 0,005]$ $0 \leq m \leq 0,515$ $0 \leq s \leq 1$	Höga ϵ (och höga γ , men bara för redan listade patienter) ökar kurvans skärning, vilket ökar matchningspoängen, mest vid låg familiaritet. Den uniformt fördelade slumpmässiga variabeln X fungerar som en tiebreaker vid annars lika matchningspoäng.

Tabell 2: Familiaritetsvärdet p för en patient-läkardiyad omvandlas till matchningspoängen s genom en serie transformationer, där fem läkarspecifika parametrar kan justeras tills listorna har önskad sammansättning: α (motstånd), β (tyngdkänslighet), γ (klistriighet), δ (branthet) och ϵ (dragningskraft). Patienttyngd beräknat som $d = \sqrt{x+1}$, där x är antal kontakter de senaste fem åren, har på den aktuella vårdcentralen visat sig vara en bra prediktor för framtida kontaktthet

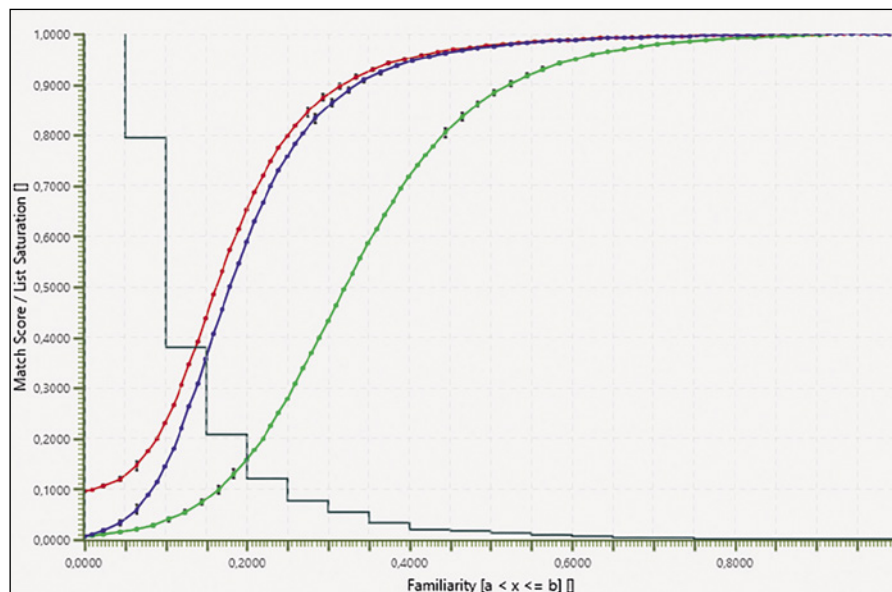
Hur kan vi med en rimlig arbetsinsats åstadkomma en lösning som mestadels respekterar kontinuiteten utan att listorna blir hopplöst obalanserade?

Läkarspecifika parametrar

ContOpts svar på problemet är att i möjligaste mån lista varje patient på den läkare som känner den bäst, men att dessutom låta användaren justera varje läkares benägenhet att dra till sig patienter.

Först måste antalet kontakter i varje patient-läkardiyad omvandlas på lämpligt sätt till ett värde mellan 0 och 1; vi kan kalla detta mått *familiaritet*. I de aktuella exemplen har detta skett på enklast möjliga vis genom att dividera antalet kontakter med 20, varefter värden över 1 avrundats ner till 1. Beroende på hur fördelningen av kontakter ser ut kan man behöva välja en annan nämnare, alternativt en mer sofistikerad matematisk funktion. Därefter prövas olika lösningar iterativt:

1. Genom en serie matematiska transformationer (se tabell 2) omvandlas varje



Figur 1: Matchningspoäng (y-axeln) som funktion av familiaritet (x-axeln). Genom att varje läkare tillåts ha sin egen uppsättning kurvor kan man kompensera för varierande förutsättningar. Den blå kurvan motsvarar parametrarna $\alpha=0,18$, $\delta=5,5$ och $\epsilon=0,0060$. Den röda kurvan visar hur klistriighet ($\gamma=0,09$) vertikalförskjuter kurvan för patienter som redan är listade på läkaren, vilket kan förhindra att de listas om. Den gröna kurvan visar hur negativ tyngdkänslighet ($\beta=-0,46$) högerförskjuter kurvan för de tyngsta patienterna ($d=1$). Kaplan-Meier-kurvan (i grått) visar hur många patienter (uttryckt som andel av målet för läkarens liststorlek) som läkaren har minst den familiaritet med som anges av x-koordinaten

familiaritetsvärde till en *matchningspoäng* mellan 0 och 1 (se figur 1).

2. Patientlistor skapas genom att varje patient matchas med den läkare med vilken den har högst matchningspoäng (se högra halvan av tabell 1).
3. Användaren granskar och värderar resultatet. De läkarspecifika parametrarna justeras vid behov enligt principerna i tabell 3, varefter användaren går tillbaka till steg 1.

Den högra halvan av tabell 1 visar hur de valda parametervärdena resulterar i att läkarna som avsett får fyra patienter var. Att kunna balansera listorna på detta sätt är viktigt ur arbetsmiljösynpunkt. Vi vill dock också att listningen ska öka sannolikheten för att en patients fasta läkarkontakt är den som känner den bäst. Hur mycket en lista bidrar till kontinuiteten kan värderas utifrån dess *renhet* och *fullständighet*. Listans renhet är den andel av listan som utgörs av patienter som känner sin listdoktor bäst av alla läkare på vårdcentralen. Listans fullständighet är andelen av de patienter som känner läkaren bäst som faktiskt tillhör listan. I exemplet känner tio patienter A bäst (om vi räknar med de fall där A kommer på delad förstaplats). Eftersom bara fyra av dessa får plats, blir listan 100% ren och 40% fullständig. Bara en patient känner på C, blir C:s lista 25% ren och 100% fullständig.

Ett realistiskt scenario

Jag kommer nu att visa hur ContOpt hanterar ett autentiskt scenario. Datan inhämtades hösten 2021 som ett led i ett förbättringsarbete som dock avslutades i förtid efter ett ledningsbeslut. Datasetet består av antalet kontakter mellan 15 016 patienter och 19 läkare vid en vårdcentral under en 5-årsperiod (se tabell 4). En av läkarna var nyanställd och hade därför ännu ingen egen lista. 816 patienter saknade fast läkare. På grund av förändringar i läkarnas arbetsgrad och ansvar var många listor obalanserade i förhållande till kapaciteten.

Målet är att varje patient ska få en namngiven fast läkare, om möjligt den som känner den bäst. Liststorlekarna ska också anpassas till varje läkares effektiva arbetsgrad. Eftersom patienter kan vara olika vårdkrävande, är vi denna gång

	Undermåttad	Övermåttad
Överviktad	Öka dragningskraften (ϵ)	Minska tyngdkänsligheten (β)
Normalviktad	Minska motståndet (α)	Öka motståndet (α)
Underviktad	Öka tyngdkänsligheten (β)	Minska dragningskraften (ϵ)

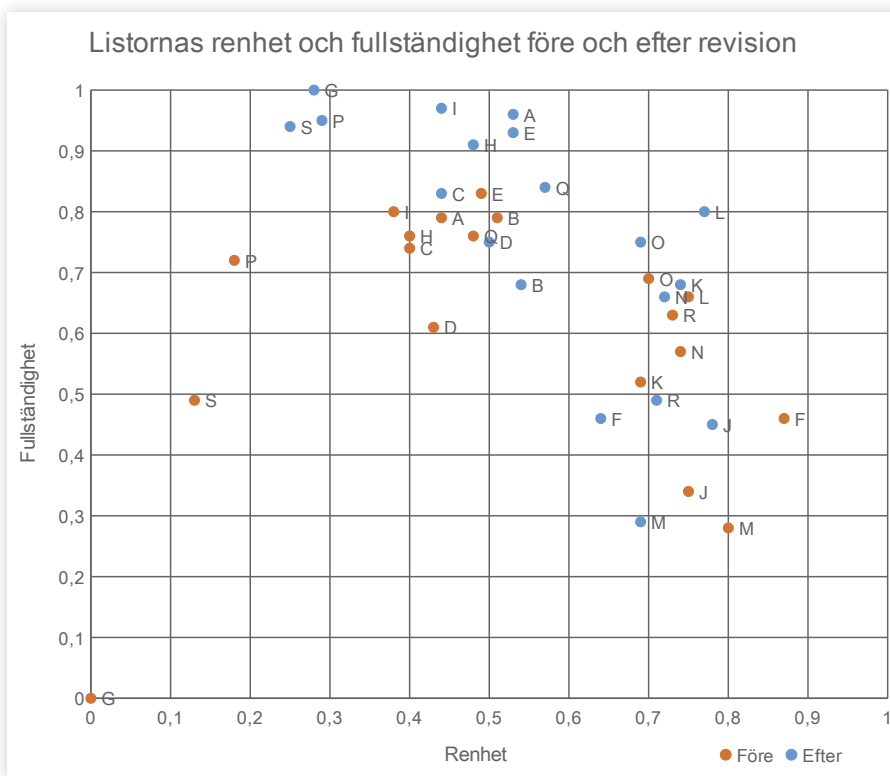
Tabell 3: Principer för justering av läkarspecifika parametrar. En "överviktad" lista har en högre genomsnittlig patienttyngd än vårdcentralen som helhet. En "övermåttad" lista har en högre viktad storlek än vad som förväntas givet läkares arbetsgrad och effektivitet. Förändringar i α påverkar främst mättnaden genom att patienter med medelhög familiaritet tillkommer eller faller bort. Förändringar i β påverkar benägenheten att attrahera tunga patienter, vilket påverkar mättnad och viktning i samma riktning. Förändringar i ϵ påverkar främst benägenheten att attrahera patienter som inte känner någon av läkarna på vårdcentralen. Eftersom de flesta av dessa har noll kontakter totalt, tenderar mättnad och viktning att påverkas i olika riktningar.

intresserade av liststorlekar som viktats utifrån patienttyngd.

Efter att en korstabell av samma slag som den vänstra halvan av tabell 1 importerats till ContOpt justerades parametrarna iterativt enligt principerna i tabell 3. Detta pågick tills skillnaden mellan högsta och lägsta listmättnad understeg 5%. Även skillnaderna i genomsnittlig patienttyngd hade då i viss mån jämnats ut. I fyra fall blev det dock

nödvärdigt att acceptera över- eller underviktade listor eftersom listornas kvalitet annars skulle ha påverkats orimligt mycket. Totalt innebär förslaget 3 533 omlistningar.

Listornas renhet och fullständighet före och efter revisionen framgår ur figur 2. Trots att balansering av listornas storlekar och sammansättning har prioriterats kan man där se en positiv effekt även på listornas kontinuitetsfrämjande potential.



Figur 2: Förslaget innebär att listornas renhet ökar från 48% till 55% och deras fullständighet från 68% till 78% (viktade medelvärden). Både före och efter revisionen ligger punkterna längs en bågformig kurva, vilket beror på att det är mycket svårt att åstadkomma en lista som är både ren och fullständig. Om läkaren känner många patienter kan listan lätt göras ren, men näppeligen bli fullständig; det omvända gäller för en läkare som känner få patienter.

Läkare	Effektiv närvaro	Antal kontakter	Bästa patientkännedom	Före revision			Läkarspecifika parametrar			Efter revision		
				Viktad liststorlek	Listmättnad	Genomsnittlig patienttyngd	α	β	ϵ	Viktad liststorlek	Listmättnad	Genomsnittlig patienttyngd
A	42%	1 300	383	668	159%	2,06	0,09	0,00	0,0006	697	166%	2,16
B	45%	2 993	636	950	211%	2,05	0,32	0,46	0,0000	754	168%	2,01
C	75%	3 236	701	1 169	156%	1,92	0,15	0,52	0,0000	1 261	168%	2,03
D	50%	3 306	608	773	155%	1,91	0,27	1,00	0,0000	857	171%	2,00
E	53%	2 048	490	832	157%	2,12	0,10	0,00	0,0012	879	166%	2,19
F	15%	1 563	336	236	157%	2,83	0,37	-0,30	0,0024	251	167%	2,22
G	27%	426	127	0	0%		0,03	0,40	0,0031	445	165%	2,12
H	46%	1 439	414	725	158%	1,94	0,11	0,00	0,0006	753	164%	2,03
I	56%	1 621	427	805	144%	1,90	0,07	0,00	0,0009	930	166%	2,08
J	50%	6 397	1 334	776	155%	2,73	0,31	-1,00	0,0020	835	167%	2,30
K	70%	5 445	1 227	1 007	144%	2,31	0,25	0,00	0,0000	1 159	166%	2,20
L	45%	2 727	719	701	156%	2,38	0,18	-0,46	0,0017	769	171%	2,19
M	45%	8 016	1 447	768	171%	3,21	0,50	-1,00	0,0027	758	168%	2,68
N	40%	2 965	668	625	156%	2,55	0,23	-0,50	0,0024	661	165%	2,28
O	63%	3 694	896	995	158%	2,41	0,23	0,00	0,0025	1 037	165%	2,25
P	39%	770	236	766	196%	1,74	0,10	1,00	0,0000	663	170%	1,84
Q	46%	2 043	538	818	178%	2,04	0,16	0,00	0,0006	754	164%	2,03
R	50%	6 124	1 078	1 106	221%	2,52	0,49	-0,74	0,0000	845	169%	2,40
S	42%	760	227	655	156%	1,60	0,10	1,00	0,0000	708	169%	1,74
Ingen		15 468	4 376	640		1,67				0		
Hela VC	897%	72 347	10 640	15 016	167%	2,13				15 016	167%	2,13

Tabell 4: Autentiska data från en vårdcentral som tillämpar listning på läkare. Den effektiva närvaron har skattats för varje läkare utifrån arbetsgrad, sidouppdrag och annan frånvaro, samt klinisk erfarenhet. Den totala arbetskraften på mottagningen beräknas till 8,97 heltidstjänster, vilket är 60% av den rekommenderade bemanningen för 15 016 patienter. I kolumnen "Bästa patientkännedom" framgår för varje läkare hur många patienter som känner just denna läkare bäst bland läkarna på vårdcentralen. För alla läkare gäller parametrarna $\gamma = 0,001$ och $\delta = 5,5$ medan α , β och ϵ har tillåtits variera. Revisionen medför att spridningen i listmättnad (viktad storlek dividerad med optimal storlek enligt normen 1/1 000) minskar från 144–221% till 164–171%, och att spridningen i genomsnittlig patienttyngd minskar från 1,60–3,21 till 1,74–2,68. När det gäller de två sistnämnda måtten har avvikelser på mer än 10% från medelvärdet färgmarkerats

Om vi istället hade fördelat patienterna slumpmässigt, hade vi kunnat förvänta oss en liten ökning av listornas fullständighet på bekostnad av en påtaglig minskning av deras renhet.

Avslutande reflektioner

Listning av patienter på läkare är i bästa fall en kompromiss mellan lagom stora, balanserade och kontinuitetsfrämjande listor. Den metod som presenterats i den

na artikel hjälper användaren att prova sig fram mellan lösningar som på olika sätt balanserar dessa värden. Jag har presenterat ett exempel där en tillämpning av metoden hade kunnat förbättra listorna i

samtliga avseenden, vilket visar att metoden är klart överlägsen ett slumpmässigt eller godtyckligt förfaringssätt. Beroende på vilket journalsystem som används kan det dock vara en tidskrävande process att lista patienter på enskilda läkare, vilket belyser vikten av att ha kontinuitet och förbättringsarbete i åtanke när IT-infrastruktur utvecklas.

Jäv saknas.



Linus Johnsson

Allmänläkare, med dr i bioetik,
Vårdcentralen Strängnäs,
Centrum för forsknings- och bioetik, Uppsala Universitet
linus.johnsson@crb.uu.se

Referenser:

1. Johnsson L, Höglund AT, Nordgren L. The voice of the profession: how the ethical demand is professionally refracted in the work of general practitioners. *BMC Med Ethics*. 2023 Sep 26;24(1):75.
2. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Kontinuitet i vården. 2021. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/kontinuitet-i-varden/>
3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. 2020. <https://www.vardanalys.se/rapporter/ihp-2019/>

4. Svenska Läkaresällskapet. Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val. 2023. https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport_sls_kkv-20230823.pdf
5. Distriktläkarföreningens och Svensk förening för allmänmedicins Tankargrupp för God och

Nära vårds genomförande. Världens bästa primärvård – en sjukvårdsreform. 2022. <https://sfam.se/wp-content/uploads/2022/04/PVreform.pdf>

6. Johnsson L. Hög eller låg kontinuitet? Lagom stor lista? Fokus-täckningsdiagrammet som förbättringsverktyg. *AllmänMedicin*. 2023;(2):32–5.

11 april 2024

En utbildningsdag om astma, allergier och KOL för allmänläkare av allmänläkare

NAAKA (SFAM:s nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare) anordnar en utbildningsdag för allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin.

NAAKAs styrelse har arbetat fram ett intressant program och bjudit in engagerade föreläsare. Under dagen kommer vi att belysa en rad frågor som allmänläkare ställs inför i det dagliga arbetet med personer med astma, allergier och KOL. Vad kan vi allmänläkare göra för att ställa rätt diagnos hos patienter med luftvägsbesvär? Vad är nytt i Läkemiddelsverkets behandlingsrekommendationer för astma och KOL? Och så favoriter i repris: "Spirometri" och "Inhalationsteknik".

Plats: Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Varmt välkomna!
NAAKA

För mer information och registrering skanna här:

Annons

Relation och kontinuitet – viktigast av allt!

En av världens mest spridda lögnar är att efterfrågan på sjukvård är oändlig och att den inte går att mäta. Jag hör den nästan varje vecka från människor som jobbar i sjukvården, från beslutsfattare och politiker, men aldrig från den allmänhet som skulle stå för denna oändliga efterfrågan. Lögnen används ofta som argument för införande av ytterligare filter och murar mellan vård sökande och allmänläkare, fysiska eller digitala. Under ett antal decennier har vården anställt fler och fler sjuksköterskor för att i telefon förklara för oroliga människor att de inte får eller behöver träffa en läkare eftersom det inte finns några tider. Människors behov av att få tala med läkare överprövas på lägre kompetensnivå. Eller till och med av en algoritm.

Uppkomsten av nätläkare visade snabbt att det fanns ett stort behov hos många människor av att få tala med läkare. Även här konstaterar man gärna lite förringande att de flesta som söker kontakt har enkla eller obetydliga problem som de absolut inte skulle behöva besvara vården med. De vård sökande skulle kunnat prata med en förälder, mor- eller farförälder eller annan

klok person som skulle kunna eliminera vårdbehovet. Eller helt enkelt låtit bli att söka.

Man bortser från att de vård sökandes oro för dem är av största betydelse och att de är nog initierade för att förstå att det krävs en läkare för att stilla den. Eller sätta rätt diagnos. Det är ofta svårare och osäkrare att med säkerhet utesluta sjukdom än att ställa diagnos. Det kräver både kunskap och erfarenhet. En nybliven specialist i allmänmedicin har ägnat merparten av de tolv årens utbildning åt diagnostik och differentialdiagnostik.

Att förbättra den differentialdiagnostiska förmågan är något vi allmänläkare jobbar vidare med hela livet. ”Vad kan det mer vara?” ”Kan du se tre andra möjliga diagnoser?” Dessa för oss så centrala begrepp är inte alls av samma betydelse i sjuksköterskeutbildningen. Ändå är det oftast regeln, inte bara i primärvården, att låta sjuksköterskor göra första bedömningen, ställa eller utesluta diagnos.

När vi nu har en bred acceptans för Socialstyrelsens En på elvahundra-bemanning och allt fler är överens om att vården så snabbt som möjligt måste nå dit (Är någon emot? Vilka? De



Borgholms hälsocentral.

Foto: Sonja Oikari

”

Med en lista på 1 100 patienter på en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin [...] kan allmänheten ges den självklara möjligheten att vid oro för sjukdom stämma av detta med sin läkare.



Reception huvudentré Borgholms hälsocentral.

Foto: Sonja Oikari

borde listas i en särskild spalt och ges en egen artikel) är det också hög tid att börja mönstra ut alla ”istället för fast läkarkontakt lösningar”. Och att acceptera att relation och kontinuitet ger tillit och trygghet. Med en lista på 1 100 patienter på en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin i en normalbefolkning (ACG, CNI, befolkningstäthet) 100 eller 200 fler eller färre vid avvikelser kan allmänheten ges den självklara möjligheten att vid oro för sjukdom stämma av detta med sin läkare.

”

Människors behov av att få tala med läkare överprövas på lägre kompetensnivå. Eller till och med av en algoritm.

Den relation man har underlättar. Man finner snabbt varandra i konsultationen vare sig den är digital eller fysisk. Relationen ger tillit åt båda håll. Kontinuiteten ger unika och nödvändiga möjligheter till uppföljning och därmed trygghet. Åt båda håll. Som ansvarig läkare kan jag ofta säga att vi avvaktar en vecka eller två och ser vad som händer i stället för att som vid avsaknad av kontinuitet, varierande nätläkare, hyrläkare eller ingen läkare alls, vara tvungen att gå vidare med ofta onödiga och oroande provtagningar, undersökningar och remisser, och därmed ibland överbelasta vården så att nödvändiga åtgärder försenas.

Tillvaron är idag för många människor otrugg. Institutio-

ner som kyrka, skola och polis har förlorat i betydelse som trygghetsbärare. Detta gör det viktigare än någonsin att skapa förutsättningar för varje individ att vara trygg i sin vård. Med relation och kontinuitet.

En annan lögn eller framtidsdystopi som gärna upprepas och snabbt sprids är den att vi på grund av ändrad åldersfördelning inte kommer att klara vården utan att automatisera den. Utan att låta människor diagnostisera sig själva med hjälp av 1177-direkt. Eller att vi inte alls kommer att klara den.

Jag har haft glädjen att i nio år vara chef för Borgholms hälsocentral. Trots att Borgholm är ”Sveriges äldsta kommun”, med en demografi som Sverige kommer att ha 2072, går det alldeles utmärkt. Jag har tillsammans med mina arbetskamrater fått se hur en ökande läkartäthet möjliggjort relation och kontinuitet, och hur detta helt förändrat invånarnas trygghet. I Hemsjukhuset 2017 garanterades alla i kommunal hemsjukvård en namngiven läkare som kunde göra hembesök när det behövdes.

Från 2018 fick alla, oavsett ålder, tillgång till direkttelefon till sin läkare. Detta har möjliggjorts av systemet med listning på ST-läkare, som därigenom får en mycket mer meningsfull utbildning och redan från början får ta personligt ansvar. Att arbetsättet lockat så många talar för sig själv. De flesta av dagens specialister i Borgholm är utbildade där och idag arbetar nio ST-läkare med att utveckla läkarrollen i Framtidens sjukvård. Trots att Borgholm ännu har en bit kvar till Socialstyrelsens bemanningsmål!

Jäv saknas.

Åke Åkesson
Allmänläkare, Öland
ake.akesson@gmail.com



Kontinuitet och tillgänglighet i Bergsjön

Bergsjön vårdcentral öppnade den 1 oktober 2009 som en av sju Nötjärnan vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Bakgrunden till detta är LOV (lagen om valfrihetssystem) som trädde i kraft i januari 2009 och som innebar fri etablering av vårdcentraler i hela landet så länge man följde respektive landstings/regions regelbok. I Västra Götalandsregionen kallas den Krav- och kvalitetsboken och det är samma regelverk och ersättningssystem för privatägda och offentligdrivna vårdcentraler.

Anledningen till att det blev sju vårdcentraler är att vi (Lars Brune, Katarina Järbur och jag) inte hittade läkare till fler. En grundläggande tanke med de nya vårdcentralerna var (och är) att de skulle vara personalägda, oftast var det de läkare som var med från start som fick ett delägarskap. Nötjärnan Vård och Omsorg AB äger en minoritetsandel av alla vårdcentraler och står för vissa stödtjänster eller det som kallas overhead; IT, ekonomi, personalavdelning/HR, löneutbetalning.

De personalägda vårdcentralerna skulle styra sig själva med vissa mindre insatser av Nötjärnan Vård och Omsorg. Tanken med delägarskapet är att man som delägande läkare eller sjuksköterska är beredd att ta på sig ett helhetsansvar och att sköta vårdcentralen ur alla de aspekter som berör verksamheten; ekonomiskt, juridiskt och, viktigast, medicinskt. Allt för att hålla fokus på ett patientcentrerat arbetssätt med prioritet på mottagningsarbete, hembesök, BVC och särskilda boenden, eller med andra kliniska verksamheter där läkare, sjuksköterskor och psykologer träffar patienter.

De två läkare som var med från starten (jag och Peter Hanson) hade arbetat med drop-in på olika jourcentraler i Göteborg och gjort erfarenheten att patienterna från nordöstra Göteborg (där stadsdelen Bergsjön ligger) uppskattade detta. Drop-in hela dagarna var därmed en självklarhet från start. Vi hade inför starten av vårdcentralen via Göteborgs Stads statistikdatabas läst på ordentligt om demografin i Bergsjön och noterade att runt 85% hade utländsk bakgrund och de största invandrargrupperna kommer från Somalia, Irak och Balkan. Detta i kombination med en generös tolkersättning som fanns med i Krav- och kvalitetsboken gjorde att vi anställde egna tolkar på de största språken. Redan från dag ett hade vi anställda tolkar på somaliska, kurdiska, arabiska och BKS (bosniska, kroatiska och serbiska).

Vi fick 6 000 listade från start, vilket sedan växte mycket snabbt; från 6 000 listade 1 oktober 2009 till 19 950 listade

1 oktober 2023, och från två läkare till 22. Dessutom har det tillkommit en fullständig rehabmottagning med fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Bergsjön hade 2009 cirka 16 500 invånare, därutöver ett okänt antal asylsökande och personer som vistas här utan tillstånd (gömda).

En viktig del av grunden för den allmänmedicinska specialiteten är enligt min uppfattning grovt sett två saker: Medicinsk generalistkompetens (i första hand bred sjukdomskunskap) och kännedom om den enskilda individen.

För att den allmänmedicinska specialiteten ska fungera behöver verksamheten organiseras utifrån att varje läkare har en egen lista med patienter som man tar hand om över tid. En viktig förutsättning för att få till en välfungerande allmänmedicinsk verksamhet är att ledningen för vårdcentralen arbetar kliniskt

och inkluderar läkare. Idealt är att verksamhetschefen är allmänläkare men det kan fungera med en sjuksköterska som chef om man har ett tätt samarbete med läkargruppen och låter den styra utformningen av hur vården ska bedrivas.

Det bör också vara möjligt för patienten att själv avgöra när behov finns för att träffa sin fasta läkare. En hög tillgänglighet till patientens fasta läkare och möjlighet till kontinuitet mellan läkaren och patienten över lång tid är saker som är avgörande för att vi ska få ut det bästa av allmänmedicinen. Det är också mycket viktigt att det inte finns några hinder för kontakten mellan patienten och dess fasta läkare. Vi har inställningen att det inte finns några onödiga läkarbesök. Alla besök bidrar till att öka läkarens kunskap om sina patienter och för patienten att lära känna sin läkare och på så sätt få ett ökat förtroende för sin läkare.

Man måste som allmänläkare vara beredd att acceptera att patienter söker för sådant som vi som läkare kan tycka är medicinska bagateller. För patienten är det med all säkerhet inte så, de kommer för att de oroar sig för ett symptom, eller för att de helt enkelt vill träffa sin läkare och få hjälp med det som de uppfattar som ett viktigt problem. En invändning som ofta kommer i detta sammanhang är att då riskerar vi undanträngningseffekter där relativt friska personer tar upp tiden som kunde gått till de multisjuka. För att hantera detta behöver liststorleken per allmänläkare vara rimligt stor. Det är genom storleken på listan som man styr att alla patienter som behöver komma under året får en chans att komma till sin läkare.

När vi startade vårdcentralen 2009 låg fokus mest på till-



Drop-in hela dagarna var därmed en självklarhet från start.

gänglighet via drop-in och kontinuiteten löste sig själv då vi endast var två läkare som arbetade på mottagningen. De kommande åren växte vårdcentralen snabbt och vi blev fler läkare och det blev svårare att få till kontinuiteten mellan patient och läkare på ett bra sätt. Vi styrde då inte patienterna till sin fasta läkare, de fick välja när de kom till receptionen. För att öka kontinuiteten införde vi i september 2018 ett IT-system som kan hålla reda på respektive läkares egen lista och då ökade kontinuiteten från runt 55% till 75% i snitt och ännu högre till specialister i allmänmedicin. Alla läkare, inklusive ST-läkare, har en egen lista. En ST-läkare i början av sin tjänstgöring har cirka 400–600 listade för att mot slutet av tjänstgöringen närma sig 1 200–1 500.

Vi som arbetar på Bergsjön vårdcentral uppfattar nog att många av våra patienter prioriterar tillgänglighet till vilken läkare som helst högre än kontinuitet till samma läkare. Men de som haft kontinuitet under många år uppskattar det och vill helst träffa sin fasta läkare. Vi försöker arbeta med att få med våra patienter på tanken att kontinuitet är bra och att vi försöker organisera vår verksamhet på ett sätt som främjar kontinuitet och tillgänglighet.

Men vi måste nog tillstå att det finns en viss inbyggd motsättning mellan kontinuitet och tillgänglighet när man arbetar på vårt sätt med drop-in hela förmiddagarna. Detta uppstår genom det faktum att man som fast läkare inte är på plats hela tiden och då träffar vi varandras patienter. Detta är nog också delvis ett uttryck för att det finns ett ”gap” mellan hur vi som läkare ser på vad som är en medicinsk åkomma av akut karaktär jämfört med hur många av våra patienter ser på samma sak. Rädslan och ångesten för att det där symtomet skall vara något farligt kan ta över och då söker man även om man inte kan träffa sin fasta läkare den dagen.

Jag har nu 14 års erfarenhet av patientarbete och lång kontinuitet med vissa. En del av dem jag träffat under en mycket lång tid har högt förtroende för mig och vill gärna ha min bedömning. Detta hindrar dem dock inte från att söka hos någon av mina kollegor när jag inte är på plats. I de fallen brukar det också vara så att de kommer till mig veckan efter och är lite lätt anklagande i tonen att ”du var ju inte där så jag fick träffa NN ...”, då vill de höra min åsikt om den bedömning de fått av kollegan.

Den relationsskapande delen av arbetet med patienterna är enligt min uppfattning extremt viktigt. Det handlar om att lära känna sin patient, och ibland hela familjer, för att skapa en känsla av att jag/vi finns här när ni behöver oss. Det är också viktigt när vi försöker överföra kunskap och utbilda våra patienter. Det finns en väldigt tydlig erfarenhet i Bergsjön som handlar om att de första åren vi hade öppet sökte man väldigt mycket med sjuka barn, gärna med alla barn. Inget annat än läkarbesök accepterades även om våra sjuksköterskor lika gärna

kunde ge information om till exempel vätskeersättning vid magsjuka. Vi tog oss an uppgiften och träffade alla dessa sjuka barn och deras föräldrar.

Detta samtidigt som vi varje år minskade antibiotikaförskrivningen (sedan några år ligger vi under genomsnittet i Västra Götalandsregionen när det gäller antibiotikaförskrivning) genom idogt arbete med att pedagogiskt förklara för många oroliga föräldrar varför antibiotika inte fungerar mot förkylning och varför man inte skall ta en massa prover vid enklare infektioner. Det är dessa tusentals individuella kontakter som lett fram till att vi nu har ett annat sökmönster, föräldrarna har lärt sig att hantera mycket av förkylnings- och magsjuksymtomen själva och kommer inte lika ofta med den frågeställningen.

Det handlar om att bygga relationer över lång tid, att vinna patientens förtroende och att skapa en känsla av trygghet hos patienten eller föräldern till det sjuka barnet. Den i ögonblicket enkla åtgärden att skriva ett recept eller beställa onödiga prover kan förkorta konsultation och göra patienten tillfälligt nöjd men i längden missar man chansen att på riktigt skapa förtroende och därmed en tryggare och mer självständig patient.

Ibland träffar jag på en invändning mot ovanstående arbetssätt som går ut på att det inte är effektivt; ”det är inte vård på rätt nivå” eller ”varför skall läkares tid tas upp med medicinska bagateller”. När jag hör detta då hänvisar jag definitionen av allmänmedicin där vi ska lära känna våra individuella patienter och ett besök till patienten fasta läkare är aldrig i onödan utan det är ett tillfälle att få mer kunskap om sin patient.

Dessutom fungerar detta väldigt väl för gruppen mångsökare där många lider av hälsoångest. Vi har sett hur det oftast utvecklar sig över tiden mellan en patient med hypokondri och dess fasta läkare; den första tiden, det kan vara ett till två år, kommer kanske personen i fråga en till två gånger per månad (ibland oftare). Men över tid glesas det, oftast men inte alltid, ut och det övergår i ett mer rimligt sökmönster med fyra till sex besök per år.

Om patienten får möjlighet att komma till sin fasta läkare minskar risken att vederbörande upplever ett behov av att söka på akuten och där riskera att utsättas för onödiga undersökningar.

Jäv: Chef på och delägare i Nötjärnan Bergsjön Vårdcentral och BVC AB.



Christer Andersson

Allmänläkare, Nötjärnan Bergsjön Vårdcentral
christer.andersson@notkarnan.se



För att den allmänmedicinska specialiteten skall fungera behöver verksamheten organiseras utifrån att varje läkare har en egen lista med patienter som man tar hand om över tid.

Forskning om personkontinuitet i primärvården

Vi allmänläkare anstränger oss ofta för att patienten ska få den behandling som är lämpligast. Utöver hur väl vi använder oss av kunskapsbaserade metoder för diagnos och behandling och hur vi sedan lyckas förmedla vår kunskap till patienten, finns andra aspekter som spelar in i hur väl behandlingen lyckas. En av dessa faktorer, som vi som individuella läkare inte har makt att påverka i så hög grad, är kontinuiteten mellan patient och vårdpersonal.

Det finns många fördelar med kontinuitet i vården. Att känna sin patient och dennes tidigare sjukhistoria underlättar en dialog om behandlingen och minskar riskerna för misstag. Det bidrar till anpassning av behandlingen utifrån patientens egna förutsättningar. Om patienten känner tillit, som vuxit fram vid upprepade konsultationer med samma läkare, är det också större chans att patienten följer den ordinerade behandlingen, eller hör av sig om den inte fungerar.

Rent förnuftsmässigt kan man föreställa sig att kontinuitet i vården är viktigt för hög kvalitet i vården. På senare år har också en del forskning visat att så är fallet. En systematisk översikt undersökte sambandet mellan kontinuitet i primärvården och dödlighet, oavsett orsak [1]. I nio av tolv inkluderade studier sågs ett samband mellan högre kontinuitet i vården och lägre dödlighet. En annan systematisk genomgång av kontinuitet i vården hos patienter med astma eller KOL visade låg till måttlig säkerhet på evidens för att högre kontinuitet jämfört med lägre kontinuitet förhindrar för tidig dödlighet, minskar riskerna för oplanerat vårdutnyttjande och minskar vårdkostnaderna [2].

Tyvärr ser det inte så bra ut vad gäller kontinuitet i primärvården i Sverige. I Sverige har kontinuiteten i vården minskat under det senaste decenniet [3]. Bland patienter med en långvarig sjukdom rapporterar 34% att de har en fast läkare på vårdcentralen. Motsvarande siffra för personer med flera långvariga sjukdomar är 41% [3]. Jämfört med andra länder är dessa siffror låga [4].

Olika typer av kontinuitet

Det finns olika sätt att mäta kontinuitet i vården. Det vi som allmänläkare kanske i första hand tänker på är personkontinuitet, det vill säga att man träffar samma vårdpersonal vid flera tillfällen över en längre tid. Men kontinuiteten kan också

ligga på andra nivåer, exempelvis att man får komma till samma mottagning vid upprepade tillfällen eller att vårdpersonal på olika mottagningar har tillgång till information om patientens tidigare vårdmöten (informationskontinuitet) [5, 6]. Relationskontinuitet används ibland. Det kan ofta jämföras med personkontinuitet, men används också som ett begrepp för att mäta kontinuitet i mellan patienten och ett vårdteam med olika professioner som samarbetar kring patienten.

Det finns dessutom olika beräkningsformler för kontinuitet i vården. Vissa mäter hur lång tid (vanligtvis år) som en patient och läkare, eller annan vårdgivare, har kontinuerlig kontakt. Några mäter andelen kontakter med den läkare patienten oftast träffar, medan andra mäter spridning; i vilken utsträckning vården ges av olika antal alternativa läkare eller vårdgivare. Sekvens är ytterligare ett mått som tar hänsyn till den ordning som en patient träffar olika läkare [5].

Doktorandprojekt om effekt av personkontinuitet

Även om forskning har gjorts, så saknas det fortfarande en hel del för att kunna uttala sig om effekten av hög eller låg kontinuitet i primärvården i Sverige. De flesta av de 15 studierna som ingick i den ovannämnda systematiska översikten om kontinuitet i vården hos patienter med astma eller KOL, var genomförda utanför Europa, medan endast en studie var svensk [2]. Den svenska studien undersökte vårdkontinuitet på kliniknivå bland patienter med KOL baserat på ett invånarregister i Stockholm [7]. Studien visade att låg kontinuitet på kliniknivå var förknippad med högre sannolikhet för sjukhusvistelse, akutmottagningsbesök och högre vård- och läkemedelskostnader [7]. Kontinuitet på personlig nivå var inte studerad.

Men spelar personlig kontinuitet, som kontinuitet med en allmänläkare, någon roll? Förhoppningsvis kan vi komma lite närmare sanningen genom det nya doktorandprojekt som nyligen tilldelats en forskar-ST-tjänst i Region Stockholm.

Materialet till doktorandprojektet utgår från PRAXIS-studien astma/KOL. I den har vi i upprepade kohorter sedan 2005 följt patienter med astma eller KOL från cirka 100 slumpvist utvalda vårdcentraler och 14 sjukhus i åtta regioner i Mellan-sverige. Insamlade data består av både patientenkätuppgifter



... högre kontinuitet jämfört med lägre kontinuitet förhindrar för tidig dödlighet, minskar riskerna för oplanerat vårdutnyttjande och minskar vårdkostnaderna.

om livskvalitet, symtom, behandling och kontakt med sjukvården, registerdata från Socialstyrelsens patient-, läkemedels- och dödsorsaksregister, socioekonomiska data från SCB, uppgifter om vårdenhetens organisationsstruktur och sist, men inte minst en systematisk genomgång av journaldata.

Tillgången till journaldata oberoende av besöksorsak har möjliggjort att vi kan se hur ofta och hur många olika läkare som patienten har haft kontakt med i primärvården under en längre tidsperiod. Dessa data kommer vi i doktorandprojektet att använda för att beräkna effekt av personkontinuitet i svensk primärvård vad gäller sjuklighet, hälsorelaterad livskvalitet, vårdkostnader och läkemedelsbehandling. På så vis kommer vi att kunna bidra med kunskap om effekten av just personkontinuitet i primärvården.

Internationella studier har visat att det går att spara både patientlidande och pengar genom hög relationskontinuitet [5]. I Sverige är det dessutom lagstadgat att patientens behov av kontinuitet i vården ska tillgodoses [5]. Ändå är det svårt att upprätthålla hög kontinuitet i primärvården i Sverige. Här finns mycket kvar att göra.

Jäv saknas.



Anna Nager
Allmänläkare, docent, chefredaktör Medibas AB,
affilierad till Karolinska Institutet
anna.nager@bbm.bonnie.se

Referenser:

1. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):e600-e11. Epub 2020/08/14. doi: 10.3399/bjgp20X712289. PubMed PMID: 32784220; PubMed Central PMCID: PMC7425204.
2. Lytsy P, Engstrom S, Ekstedt M, Engstrom I, Hansson L, Ali L, et al. Outcomes associated with higher relational continuity in the treatment of persons with asthma or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *EClinicalMedicine.* 2022;49:101492. Epub 2022/06/25. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101492. PubMed PMID: 35747174; PubMed Central PMCID: PMC9167848.
3. Fast kontakt i primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021 Contract No.: PM 2021:1.
4. Summary of the International Health Policy Survey 2021 Swedish report. Stockholm: 2022.
5. Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021.
6. Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA, et al. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;117(3):549-56. Epub 2006/03/09. doi: 10.1016/j.jaci.2006.01.011. PubMed PMID: 16522452.
7. 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(1):1290193. Epub 2017/03/23. doi: 10.1080/20018525.2017.1290193. PubMed PMID: 28326179; PubMed Central PMCID: PMC5345579.

**GÖR EN
LIVSVIKTIG INSATS**

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se

**90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL**

**MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER**

Relationen gör allmänläkaren

Från allmänläkartradition till generalism i en specialiserad sjukvård
Runt förra sekelskiftet dominerade den relationsbaserade allmänläkartraditionen sjukvården. Här formades allmänläkaryrket som en interaktion av sjukdomskompetens och relationskompetens, var och en förankrade i allmänläkarens praktik.

Under de decennier som följde satte utvecklingen inom biomedicinen allt tydligare präge på den kliniska medicinen. Den växande kunskapsmängden drev fram en specialisering av sjukvården, som lyfte dess verkan till helt nya nivåer. Sjukhus byggdes, och de nya specialistklinikerna attraherade allt fler av de nyutbildade läkarna. Från att tidigare stått för medicinens standardmodell, stack nu allmänläkarna ut som de som inte specialiserade sig, eller som övergivit en tidigare specialitet, för att istället arbeta i direktkontakt med befolkningen. Allmänläkarna blev medicinens generalister, och den roll de fick, eller tog sig, i den växande sjukvårdsorganisationen varierade mellan olika länders förutsättningar.

I Storbritannien tog en förhållandevis stark allmänläkarkår (1 allmänläkare /3 000 invånare) på sig uppdraget att erbjuda kostnadsfri vård hos egen läkare för alla invånare som ett led i etableringen av National Health Service (NHS) 1948 [1]. Med denna reform klev den relationsbaserade allmänmedicinen direkt in i den nya tiden och det blev lyckosamt. I Sverige var relationstalet vid samma tidpunkt ungefär 1/6 000, provinsialläkärvesendet var i kris och Medicinalstyrelsens förslag om allmänläkare för hela befolkningen vann inget gillande, varken inom politiken eller läkarkåren [2]. När de inte hade relationen till patienten som sitt uttalade signum, utan endast stod för en ifrågasatt bredd i de sjukdomsmedicinska

kunskaperna, sågs allmänläkarna som ett osjälvständigt segment i den specialiserade sjukvården. Den relationsbaserade allmänmedicinen fick aldrig riktigt fäste i den svenska sjukvården.

Kontinuitetens effekter

Den fortsatta specialiseringen, teknikutvecklingen och kostnadsökningen i sjukvården sätter idag även etablerade listsystem som det i Storbritannien, under press. Kommersiella intressen konkurrerar dessutom genom ett fragmenterat och lättillgängligt utbud för personer med lättare sjukdomar och frisk ohälsa. Marknaden är här enorm, särskilt om primärvården drar sig tillbaka och bara intresserar sig för de ”riktigt sjuka” [3]. Det har blivit en överlevnadsfråga för den relationsbaserade allmänmedicinen att kunna dokumentera positiva effekter



Från att tidigare stått för medicinens standardmodell, stack nu allmänläkarna ut som de som inte specialiserade sig ...

på hälsa och sjukvårdsekonomi och här finns nu ett växande kunskapsunderlag. Särskilt intressant är Hogne Sandviks och medarbetares studie från 2022 [4], där det bland 4,5 miljoner normmän i fastlegeordningen framkom allt färre akutmotagningsbesök och akuta inläggningar, och minskande dödlighet, ju längre tid de haft samma allmänläkare. Med 15 år längre kontinuitet var minskningen i de två första parametrarna ungefär 30 procent, medan den var ungefär 25 procent i den senare. Forskarna har så långt möjligt uteslutit andra tänkbara orsaker. Att söka förklaringar till dessa anmärkningsvärda siffror borde vara en oemotståndlig utmaning för den allmänmedicinska forskningen.

Patient–läkarrelationen studerad

I en artikel från 2009 redogjorde den engelske allmänläkaren Matthew Ridd och medarbetare för en syntes av fynden i elva kvalitativa studier (åtta i allmänmedicin/primärvård) av hur patienter upplevde och bedömde patient–läkarrelationer [5]. Artiklarna hade selekterats fram i en granskning av cirka 200 artiklar inom ämnet. Syntesens syfte var att ur patientens perspektiv kartlägga och sätta ord på avgörande beståndsdelar i patient–läkarrelationer.

Forskarna fann att det som utvecklade och underhöll relationen var kontinuiteten i kontakten och vad patienten upplevde i konsultationerna hos en specifik doktor. Kontinuiteten var avgörande för att relationen över huvud taget skulle utvecklas, men det var kvaliteten i kontakten som avgjorde om den sedan också gjorde det. Därför var det viktigt att patienten hade inflytande över valet av läkare. Patienter vill ha läkare som verkar intresserade, som lyssnar, förklarar tydligt, är beredda att diskutera och som släpper in dem i besluten, när önskan om detta finns.

Konkreta erfarenheter av omtänksamhet och grundlighet i samtal och undersökning gjorde bestående intryck. De flesta patienter såg det som läkarens ansvar att patienten fick möjlighet att bidra efter förmåga i konsultationen.

Tiden var viktig; patienter vill inte känna tidspress och de uppskattar läkare som förefaller ha tid.

Konsultationer bedömdes också indirekt i förhållande till hur resultatet blev, och läkarens kvaliteter också i ljuset av vad släkt och vänner tyckte om läkaren i fråga.

Relationens djup

I de studier som Ridds syntes omfattade, framstod djupet i relationen som viktigt. Det var en produkt av goda konsulta-

tionserfarenheter och kontinuitet. Det hade fyra ingredienser: Kunskap, tillit, lojalitet och uppskattning. Djupet uttryckte patienternas bestående uppfattningar om relationen; det som fanns även när man inte träffades.

Kunskap: Kunskapen betydde mycket för djupet och den gick åt båda hållen. Patienten kände sin läkare, och kunde få en uppfattning om personligheten, och visste då ungefär hur läkaren skulle reagera och agera vid besöket, vilket hade stor betydelse. Läkarens kunskap om patienten hade flera lager. Igenkännandet och kännedomen om sjukhistorien uppskattades av två anledningar; läkaren kunde förhoppningsvis redan på utseendet ana om patienten inte mätte bra, och varje besök skedde mot bakgrund av en gemensam historia. Patienter ogillar att behöva upprepa information. Det kan vara svårt att varje gång klä sina upplevelser i ord, och man behöver tiden för att tala om det för dagen viktiga. Genom återkommande möten kunde läkaren på ett djupare plan bli förtrogen med patientens känslor, livssituation och förväntningar, något som fick patienten att känna sig sedd som person och inte bara som ännu ett medicinskt problem. Helhetssynen blev konkret erfarenhet.

Tillit: Patienterna hade i utgångsläget ett allmänt förtroende för läkare. Det fördjupades i en personlig tillit till ”min doktor”, så länge negativa erfarenheter uteblev. Tilliten kunde också grundas på intrycket att läkaren var uppriktig och medveten om sina gränser och remitterade till kollega när så behövdes. Läkarens tillit till patienten visade sig i patientens upplevelse av att bli trodd. Det motsatta rådde när läkaren tonade ner symptomen, eller inte tog dem på allvar.

Lojalitet: Lojaliteten är ett tyst kontrakt mellan patient och doktor. För patienten står det för viljan att gå hos en specifik läkare. Särskilt viktigt var detta när problemet var långvarigt, sammansatt eller känslomässigt. Det gick bra att träffa en annan läkare vid mindre problem, medan det för vissa problem kunde vara genant att träffa sin egen läkare, och för ett specifikt problem för vissa patienter



Illustration: Annika Andén



Kommersiella intressen konkurrerar dessutom genom ett fragmenterat och lättillgängligt utbud för personer med lättare sjukdomar och frisk ohälsa.

ter bäst att få träffa en specifik läkare. Patienter som hade en egen läkare var beredda att ta vissa nackdelar och besvär för att upprätthålla kontinuiteten och kunde överse med enstaka misstag av läkaren. Läkarens lojalitet kunde yttra sig i ett fortsatt engagemang för en patient som uppenbart svikit läkarens förtroende. Lojaliteten i att anstränga sig utöver det vanliga för att hjälpa en patient i kris, kunde på kort tid skapa ett djup i relationen.

Uppskattning: Uppskattning har en helt och hållet känslomässig innebörd, som handlar om tröst och sympati och speglar läkarens omtanke och respekt. Relationen upplevs okomplicerad och ömsesidig, några patienter liknade den vid vänskap. Den långvariga kontakten hade skapat en känsla av närhet.

Den allmänmedicinska relationskompetensen

Eftersom positiva resultat av allmänmedicin främst förefaller vara knutna till kontinuiteten, anser Ridd att läkares kommunikationsfärdigheter i enstaka konsultationer har fått alltför mycket uppmärksamhet i forskningen. Att nå ett djup i relationen kräver kompetens av annat slag än vad som kan fångas med de instrument som vanligen används i konsultationsforskningen. I brist på ett passande begrepp kallar Ridd ändå kompetensen i fråga för ”consultation skills”, vilket blir förvirrande. ”Relationskompetens” är vad det handlar om [3]. Eftersom relationskompetensen inte har någon annan uppenbar källa än patientarbetet, kan man förmoda att den utgår från förmågor

som de flesta människor har, och som hos allmänläkaren får professionell innebörd när de tas i anspråk och utvecklas i relationen till patienten. Med hänvisningar till resultaten av Ridds syntes, diskuteras här fem aspekter av relationskompetensen som alla framstår som oundgängliga, och som ingår i SFAM:s kompetensvärdering i Mitt-i-ST och specialistexamen [6].



Kontinuiteten var avgörande för att relationen över huvud taget skulle utvecklas, men det var kvaliteten i kontakten som avgjorde om den sedan också gjorde det.

Erfarenhet från tidigare möten: När patienter i Ridds studie upplever att läkaren har en kunskap om just henne eller honom, är den kunskapen förankrad i den samlade yrkeserfarenheten. Arbetets situationer sätter kontinuerligt yrkesspecifika spår i minnet. Där finns alla patienter läkaren mött genom karriären, både som medicinska fall och som personer. Några står tydligt fram, men alla finns de samlade i en ”kollektiv patient”, med kroppen och dess förmågor och begränsningar som existentiell betingelse och själen som kroppens medvetna liv. Varje person är unik, men det finns ändå några starka gemensamma nämnare i allas illabefinnande; obehaget eller plågan och dess av fysiologin bestämda kvaliteter och nyanser, irritationen över symptomens intrång, oron att inte kunna leva på som vanligt, viljan att leva, rädslan att dö, meningslösheten i lidandet, är några. Berättelserna innehåller symptom att känna igen men är också budskap att förhålla sig till. Sjukdom och människa hör tätt, tätt ihop. Varje ny symtompresentation får

sitt gensvar i den väv av associationer som erfarenheten är. Ingen upplevelse behöver vara den erfarna läkaren helt främmande.

Uppmärksamhet är att i varje möte, i det strida flödet av möten, och oberoende av allt annat, från första stund visa patienten respekt och intresse. Människan kommer först, inget är ännu sagt, och därför kan också vad som helst komma att sägas. Uppmärksamheten kräver oftast ingen viljeanstängning, utan ligger naturligt till för allmänläkaren, som drivs av sitt människointresse. En patient som får utrymme i relationen känner tillit och märker att här är en läkare som är med på noterna och inte tycker att besöket är onödigt. Uppmärksamheten lever längs konsultationens förlopp, och läkaren ger akt på hur patienten reagerar, vilket kan ge interaktionen och relationen nya möjligheter och nytt djup.

Dialogförmåga: Ridd beskriver att patienter vill ha läkarens hjälp att i berättelsen göra sina upplevelser och tankar rättvisa, så att samtalet kommer in på det som är viktigt för dem. Lyhördheten är det allra viktigaste, för patienten har ofta det som behöver sägas på tungan. Patientcentreringens mer metodiska förhållningssätt kan ibland behövas, och patientcentreringen är alltid bra som en kontroll av att inget viktigt håller på att glömmas bort. Detta är det formulerande ledet i den empatiska processen. Det andra ledet är inlevelsen och förståelsen [7]. Det räcker inte att ställa frågor om man inte i någon mån, och på patientens nivå, förstår svaren. Inlevelsen har olika riktningar; kroppsupplevelsen, själstillståndet, utsattheten och lidandet som sådana och vad patienten i situationen vill och kan. I inlevelsen kan läkaren närma sig de förnimmelser och upplevelser som ska bedömas och kanske diagnostiseras, komma nära patienten i det som är svårt, och få en uppfattning om samarbetets förutsättningar. Inlevelsen ger läkaren ett erfarenhetsmaterial i andra hand, som är det enda som finns att få, men som vägleder de senare stegen i den kliniska processen. Förmågan till inlevelse grundas i läkarens egna upplevelser i samspel med den samlade patienterfarenheten och sjukdomskunskaperna. *Ansvar* är grunden för yrkesutövning-

en och utgår från sjukdomskompetensen. Att det också är en viktig aspekt av relationskompetensen blir lättare att inse om man besinnar vad ansvarssvikt kan leda till. Patienter kan bli sittande med beslut de inte kan överblicka, få sin förmåga och vilja att ta ansvar underskattad, alltför lätt få som de vill, bli utsatta för undersökningar främst för läkarens sinnesfrids skull. När patienten uppfattar att läkaren i enlighet med sitt mandat tar ansvar för relationen, kommer tilliten. Det ger relationen handlingskraft, någon gång via kris i rollfördelningen. När läkarens lojalitet i Ridds studie överlevde patientens svikna förtroende, innebar detta troligen att läkaren kände ansvar utan behov att få någonting tillbaka. Sådan villkorlöshet kan patienter ibland behöva. När läkarna var uppriktiga med vad de inte kunde, uppfattades detta som att de tog ansvar för sin patient och det stärkte tilliten.



Patienter ogillar att behöva upprepa information. Det kan vara svårt att varje gång klä sina upplevelser i ord, och man behöver tiden för att tala om det för dagen viktiga.

Självkänedom: Läkaren investerar sin person i yrkesrollen, men måste vara uppmärksam på risken att överdriva sitt engagemang, så att inte egot övertrumfar respekten för patienten. När läkarens privata behov konkurrerar med patientens legitima behov, avleds läkaren från sin uppgift, vilket ger ett slitage i arbetet som på längre sikt kan hota engagemanget och inspirationen. I sina seminarier med allmänläkare i 50-talets

London, insåg psykiatern Michael Balint hur läkarna kunde trassla in sig med patienter med långvariga besvär utan tydlig underliggande sjukdom och hur det kunde förlänga och förstärka patientens lidande [8]. Självkännedomen är det som enligt Ian McWhinney får läkaren att finna balansen mellan engagemang och distans, se när egna behov tar över, uppsöka distans när ansvaret kräver det för att kunna överblicka situationen, tänka och fatta nödvändiga beslut [9]. För att tillåta sig bejaka den samhörighet som Ridd benämner ”uppskattning”, behöver läkaren vara alldeles fri i relationen. Inte fri från ansvar, men fri i kraft av sitt ansvar. Självkännedomen utvecklas sällan helt och hållet av sig själv. Balints metod var handledningsgrupper.

Varför gör kontinuiteten människor friskare? Några hypoteser

- Läkarens dialogförmåga blir en gemensam dialogförmåga där nyanser i upplevelse får sina adekvata innebörder,

precisionen i den primära diagnostiken ökar och patienter lär sig förstå när de behöver söka.

- Samarbetet och transparensen i relationen förbättrar uppföljningen och behandlingen av kroniska sjukdomar.
- Relationen stärker patientens självskattade hälsa [10].
- Relationen är i sig ett värde, som ibland går rakt in i biologin.

Jäv saknas.



Carl Edvard Rudebeck
Pensionerad allmänläkare/
professor i allmänmedicin
carledvard.rudebeck@regionkalmar.se

Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

3. Rudebeck CE. Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems. *Scand J Prim Health Care*. 2019 Sep;37(3):335-344. doi: 10.1080/02813432.2019.1639909. Epub 2019 Jul 12.
4. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022 Jan 27;72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340. Print 2022 Feb. PMID: 34607797.
5. Ridd M, Shaw A, Lewis C, Salisbury C. The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patient perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59:e116-133.
7. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. *Scand J Prim Health Care* 2000. Mar;18(1):4-8. doi:10.1080/0281343005020247
9. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6:135-139.
10. Waller G. Self-rated health in general practice: a plea for subjectivity. *Br J Gen Pract*. 2015 Mar;65(632):110-1. doi: 10.3399/bjgp15X683833.

SVENSK ALLMÄNMEDEICINSK KONGRESS
SFAM
Uppsala | 24–26 april 2024

Uppsala | 24-26 april 2024
Prekongress för ST-läkare 23 april
Vart är vi på väg?

sfamkongress.se

Vad förklarar praxisvariationen i primärvården vid sekundärprevention efter stroke

- en kohortstudie baserad på alla patienter med ischemisk stroke i Region Stockholm

Stroke är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken efter ischemisk hjärtsjukdom och cancer. Cirka 20 000 patienter insjuknar varje år i stroke i Sverige och 2022 var 87% av fallen ischemisk stroke [1].

Efter att ha vårdats för stroke på sjukhus tas de flesta patienterna om hand i primärvården. Den sekundärpreventiva medicineringsen är viktig för att öka långtidsöverlevnaden och minska risken för återinsjuknande och består av hypertoni-behandling, trombocythämmare och statiner. Strokepatienter som även har diagnosen förmaksflimmer bör vanligen behandlas med orala antikoagulantia [2].

Medicinsk praxis varierar på ett komplext sätt utifrån land, sjukvårdssystem, regioner, vårdenheter och läkare [3]. Variation av praxis hänger ofta samman med en lägre kvalitet i vården [4]. Praxisvariation förklarar att 30–40% av patienterna inte får vård enligt tillgänglig evidens, där 20% eller mer av behandlingen potentiellt kan vara farlig [5].

Skillnaden i praxis är ofta större vid jämförelse av olika läkare än mellan olika sjukhus och mottagningar, men en del studier har visat att skillnaderna kan vara betydande mellan olika vårdenheter [6]. Orsakerna till praxisvariation kan vara många, men faktorer som bemanning, läkares kunskapsnivå och attityder, patientfaktorer som socioekonomi och sjukdomens svårighetsgrad har föreslagits som förklaring [6, 7]. Praxisvariation i primärvården har beskrivits i relation till laboratorietester, kvalitetsindikatorer och läkemedelsförskrivning, men praxisvariation i relation till sekundärprevention efter stroke förefaller inte vara beskrivet [8, 9].

Syfte

Vi ville undersöka om olika organisatoriska faktorer på vårdcentralen och/eller patientfaktorer hade något samband med låg och/eller hög uthämningsgrad av statiner, trombocythämmare, antihypertensiva samt antikoagulantia samt även beskriva praxisvariationen gällande uthämningsgraden mellan 187 vårdcentraler i Stockholms län.

Studieunderlag

Stockholms län har cirka 2,4 miljoner invånare och det finns drygt 200 vårdcentraler där den primära vården sköts. Patienter

kan antingen vara listade på en specifik vårdcentral eller på en namngiven läkare. Över 90% av invånarna är listade på en vårdcentral. Cirka 70% av vårdcentralerna är privata, men har avtal med samma villkor som vårdcentraler drivna av Region Stockholm.



Medicinsk praxis varierar på ett komplext sätt utifrån land, sjukvårdssystem, regioner, vårdenheter och läkare.

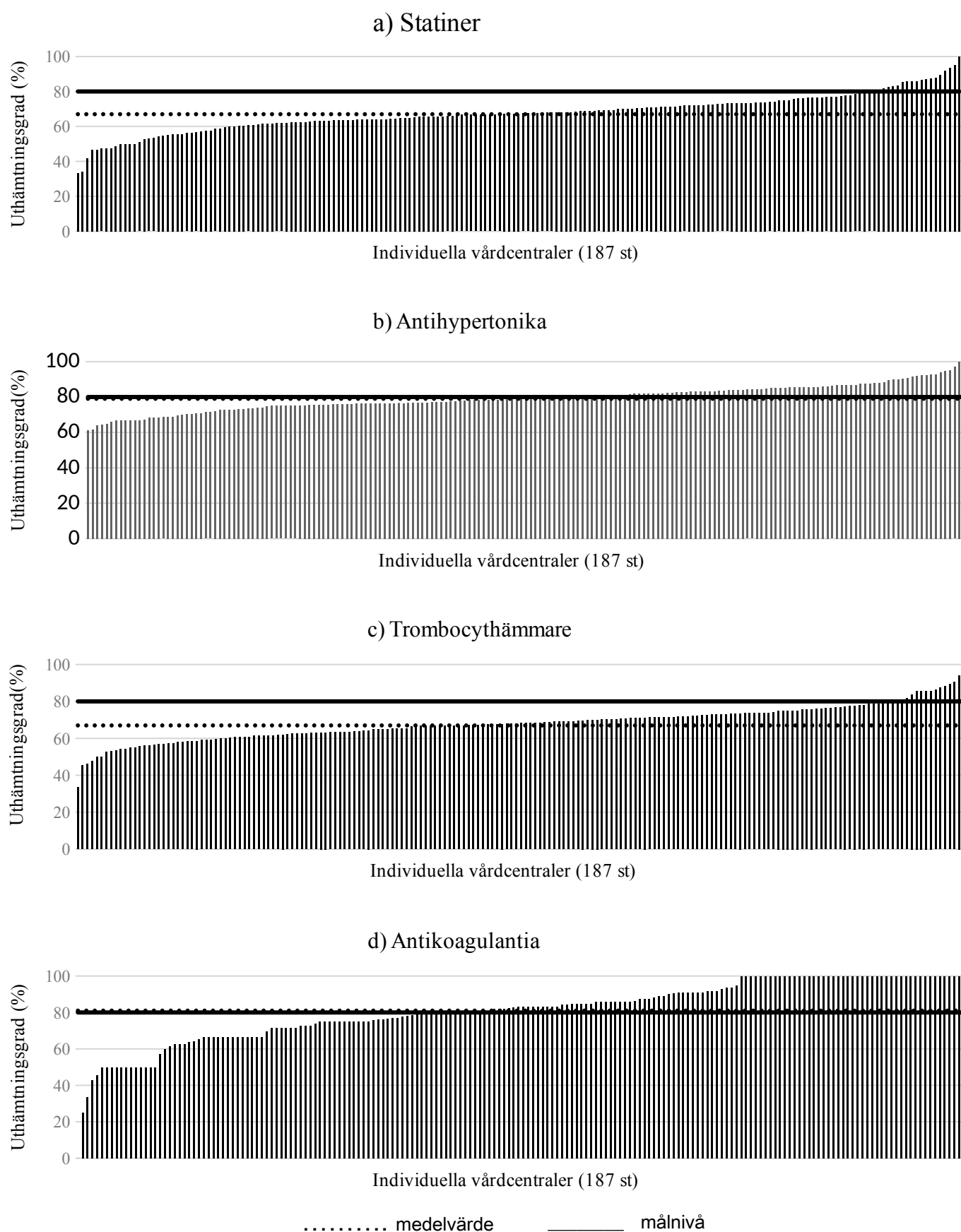
Studiedesign och studiedeltagare

För denna registerbaserade kohortstudie erhöles data från Stockholms administrativa hälso- och sjukvårdsdatabas, VAL-databasen [10]. VAL-databasen innehåller anonymiserad och krypterad data om sjukvårdskonsumtion, diagnoser, uthämtade läkemedel, listning på vårdcentral, demografisk och socioekonomisk data samt vårdcentralskaraktäristika [10].

En kohort skapades ur VAL-databasen av alla patienter som drabbats av ischemisk stroke i Region Stockholm under en femårsperiod, 1 juli 2009–30 juni 2014 (indexperiod).

Av de 200 vårdcentralerna exkluderades 13 då de hörde till Norrtäljes sjukvårdsområde och utgjorde en separat del i hälso- och sjukvårdssystemet, inte jämförbara med övriga enheter. Patienter som insjuknat i stroke under indexperioden och var listade på en vårdcentral eller namngiven läkare på vårdcentralen mellan 1 juli 2014 samt 31 december 2015 (studieperiod) selekterades. Patienter som avled, ådrog sig en hemorragisk stroke, bytte vårdcentral eller var yngre än 18 år exkluderades.

Utfallet i studien var antalet uthämtningar av rekommenderade preventiva läkemedel hos patienter som haft en stroke under studieperioden. Två eller fler uthämtade recept per år under studieperioden bedömdes som om patienten tog medicinerna



Figur 1: a–d Uthämtningsgrad per vårdcentral för rekommenderade sekundärpreventiva läkemedel hos alla strokepatienter i Stockholm under studieperioden.

kontinuerligt. Antalet uthämtningar kunde plockas fram från VAL-databasen, som har mer än 99% täckningsgrad i relation till uthämtningsdata.

Vårdcentralskaraktäristika samt patientkaraktäristika togs fram från VAL-databasen och undersöktes i relation till uthämtningsdata för att identifiera faktorer som skulle kunna ha samband med kvaliteten. Vårdcentralsfaktorer såsom bemanning, andel specialister i allmänmedicin av läkarna och andelen specialister i allmänmedicin samt andel patienter listade på namngiven specialist analyserades. De patientrelaterade faktorer som togs med i analysen var kön, socioekonomisk status, samsjuklighet samt andelen läkarbesök i olika delar av sjukvårdssystemet. Som socioekonomisk markör användes ”Mosaic index” grupperad på vårdcentral.

Statistik

Vårdcentralsvariablerna ur VAL-databasen kopplades till individuella patienter listade på en vårdcentral, vilket möjliggjorde logistisk regressionsanalys på individuell nivå. Oddsquoter beräknades för hur uthämtning av läkemedel var associerade till olika exponeringsvariabler. Justeringar gjordes för ålder, kön, socioekonomisk status och storleken på vårdcentralen samt diagnoserna ischemisk hjärtsjukdom, perifer vaskulär sjukdom och diabetes mellitus. Basal statistik användes för att beskriva kohorten.



Högst uthämtningsgrad av statiner fanns på vårdcentraler med hög täthet av specialister i allmänmedicin samt på vårdcentraler med listning på en namngiven läkare.

Resultat

I genomsnitt hämtade 67% av patienterna ut minst två recept statiner under studieperioden. 67% hämtade ut trombocythämmare, 79% hypertoniemedicin och bland patienter med förmaksflimmer hämtade 81% ut antikoagulantia. Uthämtningsgraden av de olika läkemedelsgrupperna varierade dock kraftigt mellan patienter på olika vårdcentraler, 22–100% för statiner, 33–100% för trombocythämmare, 61–100% för anti-hypertonika och 25–100% för antikoagulantia (Fig. 1).

Logistisk regressionsanalys visade en statistiskt signifikant association mellan organisatoriska faktorer och uthämtningsgrad för statiner, men inte för övriga läkemedelsgrupper. Högst uthämtningsgrad av statiner fanns på vårdcentraler med hög täthet av specialister i allmänmedicin samt på vårdcentraler med listning på en namngiven läkare. Hos patienter med frekventa besök hos olika vårdgivare var uthämtningsgraden lägre, lik-

som när patienter inte var listade på en specifik läkare. Lägre uthämtningsgrad sågs också hos privata vårdcentraler. På patientnivå hämtade patienter av kvinnligt kön ut en lägre andel statiner och detta samband sågs även för hypertoniemedicin där uthämtningsgraden var lägre.

Diskussion

Vi fann en upp till fyrfaldig praxisvariation i uthämtning av sekundärpreventiva läkemedel efter stroke kopplat till olika vårdcentraler. Statiner hämtades ut av i genomsnitt 67% av strokepatienterna, vilket är betydligt lägre än det nationella målet att 80% eller fler av patienterna bör behandlas med statiner [2].

Statiner har rekommenderats i nationella och internationella riktlinjer sedan 2009 och är det senast införda läkemedlet vid sekundärprevention efter stroke [11, 12]. Behandlingen med statiner är omdiskuterad när det gäller dess effekt och potentiella biverkningar [13]. Flera studier har visat en lägre användning av statiner än av flera andra läkemedel [14–16]. Evidensen för att ta läkemedel i högre åldrar är något lägre för patienter över 75 år, men de positiva effekterna förefaller vara liknande hos äldre patienter och därför finns ofta inga åldersgränser i internationella och nationella riktlinjer [17].

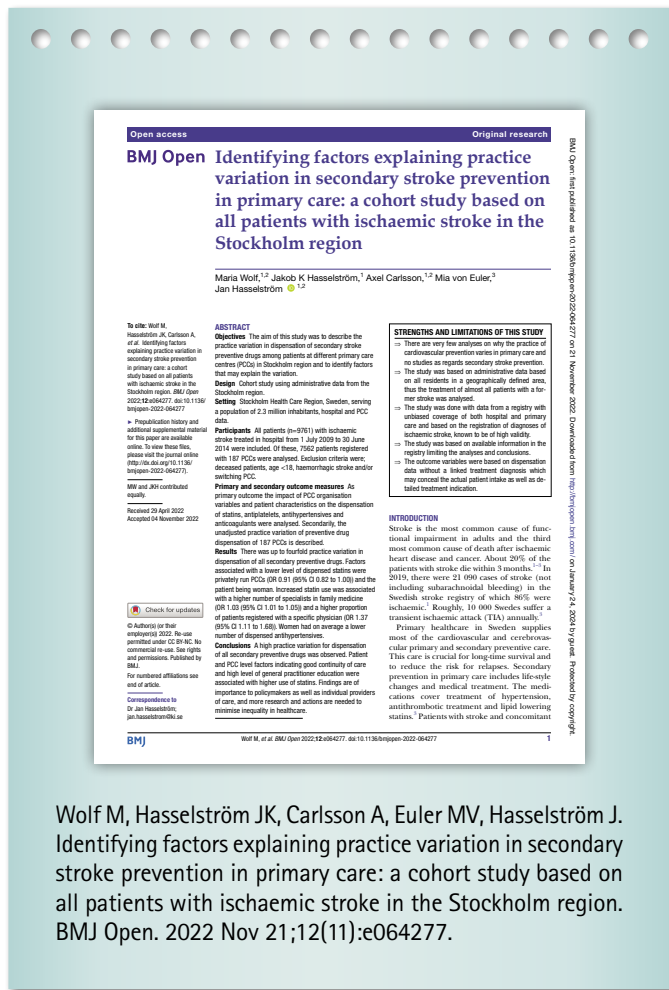
En orsak till att statiner inte hämtades ut i lika hög utsträckning av patienter på privata vårdcentraler skulle kunna ha med att många mindre vårdcentraler startades vid tiden för studieperioden (2014–2015) och att ett stort antal akuta, korta patientbesök premierades [18]. Detta skulle kunna ha haft undanträngningseffekter på kroniskt sjuka patienter [18]. Olika ersättningssystem kan således påverka läkemedelsförskrivningen och därmed uthämtningen av läkemedel.

Att vara listad på en namngiven specialist i allmänmedicin har i olika studier varit kopplat till hög vårdkvalitet och minskad morbiditet och mortalitet vid kroniska sjukdomar [19, 20]. En australiensisk studie har visat att bättre kontinuitet är kopplat till bättre adherence till statinmedicinering [21]. Fragmentering av sjukvården och brist på kontinuitet visar sig ofta kopplat till sämre vårdkvalitet [20, 22, 23].

Kvinnor hämtade ut mindre statiner än män, vilket stämmer med flera tidigare studier. Orsakerna till detta är oklara [24, 25]. Tidigare studier har visat ett samband mellan lägre utbildnings- och inkomstnivå hos både män och kvinnor och lägre uthämtningsgrad av statiner, vilket vi dock inte kunnat påvisa i denna studie [26].

Välutbildade specialister i allmänmedicin är grundpelaren i primärvården och utbildningar ute i verksamheterna kombinerat med andra interventioner har visat effekt på förskrivning i randomiserade studier [27]. I det stressade och ansträngda läge som idag råder på många håll ute på vårdcentralerna kan man fråga sig hur läkare på olika vårdcentraler förhåller sig till ansvarsfrågan.

Man vet sedan tidigare att allmänläkare ser olika på ansvaret för patientens läkemedelslista [28]. Tar man upp läkemedelsfrågan med patienten på ett patientcentrerat sätt vid strokeuppföljning? Hinner man hålla sig uppdaterad inom olika medicinska områden? Vad händer med vårdkvaliteten när så mycket ska göras och det inte finns återbesökstider att tillgå inom en snar framtid?



Wolf M, Hasselström JK, Carlsson A, Euler MV, Hasselström J. Identifying factors explaining practice variation in secondary stroke prevention in primary care: a cohort study based on all patients with ischaemic stroke in the Stockholm region. *BMJ Open*. 2022 Nov 21;12(11):e064277.

Styrkor och svagheter

En styrka med studien är att den är en epidemiologisk registerbaserad studie med en stor kohort patienter och minimalt bortfall som ger statistisk power till resultaten. Registret täcker både sjukhusvård och primärvård i Stockholms län.

En svaghet med studien är att vi hade uthämtningsdata, men inte förskrivningsdata eller uppgifter om intag av mediciner. Vi hade inte heller någon information om underliggande diagnos för uthämtning eller eventuella biverkningar, även om justeringar gjordes.

Slutsatser

Denna registerbaserade kohortstudie visade en betydande praxisvariation för samtliga rekommenderade sekundärpreventiva läkemedel. Möjliga organisatoriska förklaringsfaktorer kunde hittas för statiner, men ej för övriga läkemedelsgrupper. Dessa fynd är viktiga för beslutsfattare och individuella utförare av vård och mer forskning behövs för att minska praxisvariationen och ojämlikheten i sjukvården.

Jäv saknas.

Maria Wolf

Allmänläkare, doktorand, klinisk adjunkt, Karolinska Institutet, VIL-samordnare, vårdutvecklingsledare, Akademiskt Primärvårdscentrum Stockholm, Salems vårdcentral
maria.wolf@regionstockholm.se



Att fasta med diabetes

– vet du hur dina patienter gör och hur du kan stötta?

Under grundutbildningen och tiden som AT- och ST-läkare kan jag inte minnas att jag någonsin fick lära mig hur diabetes eller andra sjukdomar påverkas av fasta eller hur behandlingen kan behöva justeras om man fastar. Jag har sannolikt (ovetandes) träffat människor vars symptom har varit orsakade av fasta, men att det har gått mig förbi. Under många år hade jag tyvärr inte ens koll på när den muslimska fastemånaden ramadan ägde rum. Sedan mer än fyra år arbetar jag nu i Berga, ett område där cirka 35 procent av invånarna har utländsk bakgrund, och ramadan har därmed blivit en viktig period att uppmärksamma. Att fasta med diabetes innebär risk för hypoglykemi såväl som hyperglykemi. Människor med diabetes är enligt islam undantagna från kravet att fasta. Till

en början nöjde jag mig med det, och trodde inte att mina muslimska diabetiker fastade, men där misstog jag mig.

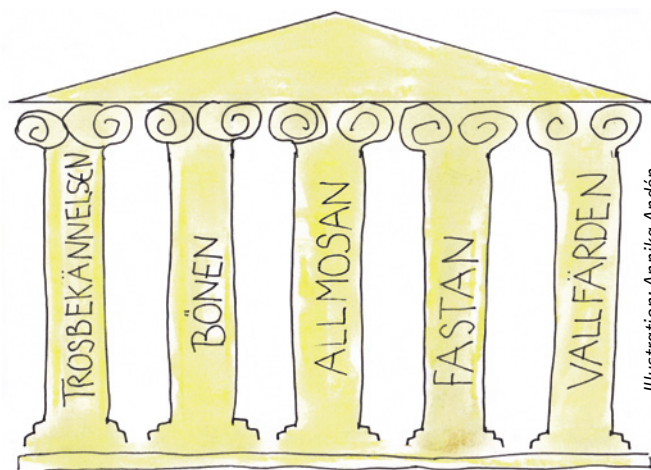
Kartläggningar har visat att bland muslimer världen över är det nästan 80 procent med typ 2-diabetes och mer än 40 procent med typ 1-diabetes som fastar mer än 15 dagar under ramadan [1]. Många diabetiker väljer att fasta utan att informera eller rådfråga vårdpersonal kring hur de bör gå tillväga. Det varierar sannolikt också hur pålästa och kunniga vi som personal är i att vägleda de som ber om råd. Av Sveriges befolkning har uppskattningsvis cirka 800 000, kanske närmare en miljon, människor sina rötter i muslimska länder, och islam utgör vår nästa största religion. Kunskap i hur fasta påverkar människor med kroniska sjukdomar är nödvändigt och av stor

vikt för personal i svensk hälso- och sjukvård, om vi ska kunna leverera en individanpassad och säker vård till alla människor, oberoende av religiös tillhörighet.

Jag vet att jag inte har varit ensam om att sakna tillräcklig kunskap kring hur fasta påverkar kronisk sjukdom som diabetes, för att kunna ge råd till mina patienter kring att fasta under ramadan. Men när det gick upp för mig hur många muslimer som fastar trots sjukdom och att det finns mer nyanserade råd än att avråda alla från att fasta så valde jag att förkovra mig. Jag har hittat användbar information som jag nu vill dela med mig av.

Framför allt kan jag varmt rekommendera en artikel i Läkartidningen från 2020 [2]. Wathik Alsalim, med dr och biträdande överläkare vid endokrinologiska kliniken vid Skånes universitetssjukhus i Lund och Lunds universitet har sammanställt 2020 års uppdaterade guidelines från ADA (American Diabetes Association) och EASD (European Association for the Study of Diabetes) gällande handläggning och behandling av diabetes under ramadan (se Figur 1).

Sammanfattningsvis är strukturerad patientutbildning och rådgivning som startar i god tid (6–8 veckor) före ramadan nyckeln till framgångsrik handläggning och behandling av diabetes under fasta. Personer med välkontrollerad typ 2-diabetes utan komplikationer kan välja att fasta. De diabetiker som väljer att fasta behöver kunna övervaka sitt blodsocker regelbundet och ha kännedom om i vilka situationer de ska avbryta fastan. Diabetesläkemedel kan behöva justeras avseende dosering och tid för administrering. Insulin och sulfonylurea (SU) kräver särskild uppmärksamhet, där SU bör bytas till ett annat preparat. Jag uppmanar dig som läsare att ta del av artiklarna i referenslistan för mer detaljerad information innan du ger råd till dina patienter.

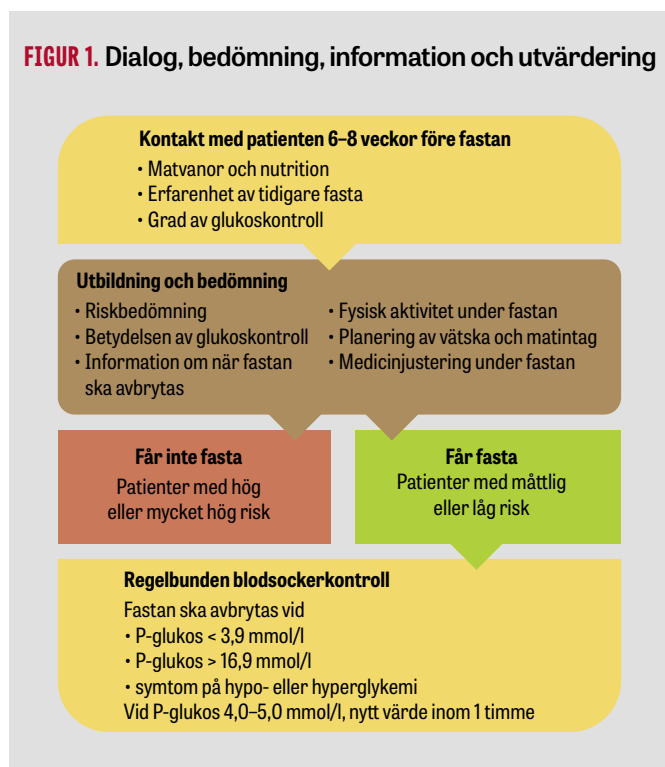


Värdet av rådgivning och patientutbildning för personer med typ 2-diabetes (som väljer att fasta) enligt ovan nämnda guidelines från 2020 har studerats i en randomiserad kontrollerad studie som publicerades i slutet av 2022. Resultaten visade en signifikant klart lägre förekomst av hypoglykemier hos de diabetiker som fick ta del av ett utbildningsprogram, kring att fasta med diabetes och där läkare justerade läkemedelsbehandling enligt guidelines från 2020, jämfört med de diabetiker i kontrollgruppen som gavs gängse vård. Positiva effekter sågs även på HbA1c, vikt och HDL bland de patienter som ingick i interventionsgruppen [3]. Det finns alltså god anledning att sätta sig in i och applicera aktuella guidelines från ADA/EASD i omhändertagandet av diabetespatienter före och under ramadan.

Även rådgivning kring val av bra kost och anpassning av fysisk aktivitet under ramadan är väsentligt. Kosten bör inte skilja sig så mycket från det vanliga i innehåll och mängd. Suhur (den sista måltiden innan soluppgång) bör vara näringsrik så att den ger energi som räcker många timmar. Vid iftar (måltiden som efter solnedgång bryter fastan) dukas ofta en riktig festmåltid upp, men för personer med diabetes bör måltiden begränsas till vanliga portioner. Traditionenligt förtärs ofta dadlar under ramadan, men då dadlar innehåller stor mängd snabba kolhydrater bör intaget begränsas till max 2–3 stycken per dag. Istället är långsamma kolhydrater, under ramadan precis som annars, att föredra eftersom det ger en mer långsam, jämnare och långvarig frisättning av glukos. Den som fastar bör se till att dricka ordentligt med vatten (cirka ½ liter) före och efter fastan, för att minska risken för uttorkning.

Det finns information som lämpar sig bra att lämna ut till patienterna. Representanter från Örebro moské har i samarbete med företrädare från sjukvården tagit fram skriften ”Må bra under ramadan” som finns tillgänglig att ladda ner både på svenska, somaliska och arabiska [4]. Svenska diabetesförbundet har tagit fram patientinformationen ”Kost under ramadan för dig som lever med diabetes” och i Diabeteshandboken finns ett kapitel om ramadan och fasta samt patientråd som bilaga [5, 6]. Fysisk aktivitet bör förläggas efter solnedgång, men dagtid går promenader bra. ”Från soluppgång till solnedgång” är ett ini-

FIGUR 1. Dialog, bedömning, information och utvärdering



tiativ från Adidas, som sammanställt kunskap och erfarenheter kring hur mer fysiskt aktiva personer kan lägga upp träning och kost under ramadan [7].

Fastemånaden utgör en av islams fem grundpelare och infaller den nionde månaden i den muslimska kalendern. Ramadan uppmärksammar en viktig händelse i islams historia, nämligen den tidpunkt när det anses att Koranen först uppenbarades. För många är ramadan en andlig tid av reflektion, att rena själen och bli en bättre människa. Utöver att be oftare, vara givmild och att fasta, innebär ramadan även att avstå från dåliga handlingar som att svära eller ljuga. Det finns således mycket att inspireras av och försöka ta efter, även för den som inte är troende muslim. Ramadan kan ses som ett bra tillfälle, inte bara för diabetiker, att börja leva mer hälsosamt, till exempel genom att kostförändringar och rökstopp. Koranen avråder som sagt den som är sjuk från att fasta och vid akut sjukdom och hälso-/livsfara är det obligatoriskt att bryta fastan. För den som på grund av hälsoskäl inte kan fasta finns det alternativ. Fastan kan tas igen vid en senare tidpunkt eller så kan pengar doneras till en fattig medmänniska och det räknas som att fasta.



Av Sveriges befolkning har uppskattningsvis cirka 800 000, kanske närmare en miljon, människor sina rötter i muslimska länder, och islam utgör vår nästa största religion.

Min kollega som har arbetat i Syrien berättar att det är vanligt att anhöriga, som inte lyckas förmå sina sjuka släktingar att avstå fasta, tar med dem till läkaren för att få ett intyg om hälsoskäl för att avstå fasta. Vi kan sannolikt göra stor nytta genom att fråga våra muslimska patienter med kroniska sjukdomar hur de tänker kring att fasta. Genom att vara pålästa kan vi ge individuella råd och därigenom både möjliggöra för fler, som vill, att fasta på ett säkert sätt och avråda rätt personer, nämligen de som har starka medicinska skäl.

Om allting har gått som planerat fram tills denna text går i

Parlör:

Id al-fitr = fastebrytandets fest

Suhur = måltiden som intas före soluppgången

Iftar = måltiden som intas efter solnedgången

Hälsningar att använda till dina muslimska medmänniskor:

- Ramadan mubarak! (*välsignad ramadan*)

- Eid mubarak!

(*när fastemånaden är över, samma tyngd som att önska god jul eller glad midsommar*)

tryck, har jag tillsammans med Aisha Ahmed, vice ordförande för SLF Student Linköping och medlem i Föreningen Muslim Student Association, genomfört fortbildningar kring ”Att fasta med diabetes”, för läkare, sjuksköterskor och annan personal inom primärvården i Region Östergötland och på SFAM:s torsdagsmöte 22 februari. Dessutom har vi på medborgardialog i Berga samtalat om att fasta och även arrangerat en föreläsning för studenter vid Hälsouniversitetet i Linköping.

Fram tills sent under 2023 hade jag verkligen inte tillräckligt med kunskap för att hålla i fortbildning kring diabetesbehandling vid fasta. Men som det brukar sägas – det mesta är svårt när en inte kan det. Genom att skaffa sig mer kunskap blir det ofta lättare.

Ramadan 2024 startar kring den 11:e mars. Denna text kommer med andra ord lite för sent för att kunna användas till att inleda en dialog med muslimska diabetespatienter i god tid före ramadan. Men som sjukvårdspersonal tjänar vi på att känna till fastemånadens start och slut, vilka symtom fasta kan orsaka och aktivt fråga våra muslimska patienter hur de väljer att göra avseende att fasta. Slutligen finns det gott om tid att förbereda sig själv och verksamheten ännu bättre inför ramadan 2025!

Jäv saknas.

Jenny Berggren
Allmänläkare,
Capio vårdcentral Berga, Linköping
jenny.berggren@capio.se



Referenser:

1. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, Jabbar A; EPIDIAR study group. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care*. 2004 Oct;27(10):2306-11. doi: 10.2337/diacare.27.10.2306. PMID: 15451892.
2. Alsalm W. Handläggning och behandling av diabetes under ramadan. *Lakartidningen*. 2022 feb. 24;119.
3. Ibrahim M, Barker MM, Ahmad E, et al. Optimizing Ramadan fasting:

4. a randomised controlled trial for people with type 2 diabetes during Ramadan applying the principles of the ADA/EASD consensus. *Diabetes Metab Res Rev*. 2023; 39(3):e3604. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3604>
5. <https://orebromoske.se/ma-bra-under-ramadan-2/>
6. <https://www.diabetes.se/diabetes/mat-recept/kost-under-ramadan/>
7. <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/19.-ramadan-och-fasta-13754753>

En jämförande studie av blodtrycksmätning

– i egenvårdsrum, på mottagningen och med ambulatorisk blodtrycksmätning

Automatiserad mätning av blodtryck (BP) i egenvårdsrum är vanliga komplement till primärvårdens vanliga mottagningsverksamhet. Om blodtryckskontroll i egenvårdsrum motsvarar tryckmätning på mottagningen eller ambulatorisk blodtrycksmätning (ABPM) under dagtid, skulle uppföljning i första hand kunna ske genom egenkontroller. Vi utformade därför en jämförande studie och utvärderade den diagnostiska prestandan för blodtryck i egenvårdsrum och för mottagningsbaserat blodtryck, uppmätt av sjuksköterska respektive läkare, jämfört med ABPM dagtid.

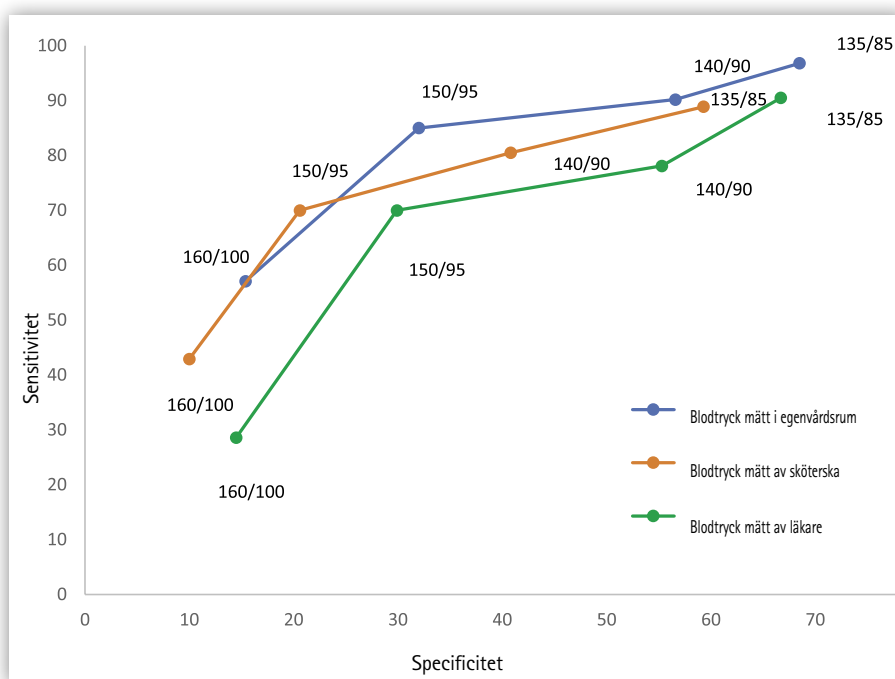
Metod

Studien rekryterade primärvårdspatienter vid Föllinge hälsocentral, Region Jämtland Härjedalen, med hypertoni-diagnos, under utredning för hypertoni eller med förhöjd kardiovaskulär risk. Före studiestart utfördes en beräkning av önskat antal studiepersoner för att uppnå adekvat statistisk styrka.

För blodtrycksmätning på mottagningen användes Omron M7, i egenvårdsrummet, Omron i-Q142, och för ABPM, Meditech ABPM Blue BP-05 med två olika manschettbredder. Det primära utfallsmåttet var systoliskt och diastoliskt blodtryck, med diagnostiska tröskelvärden på ≥ 135 mm Hg och/eller ≥ 85 mmHg för ABPM dagtid och för blodtryck i egenvårdsrummet, och ≥ 140 mm Hg och/eller ≥ 90 mmHg för blodtryck på mottagning (mätt av sjuksköterska och läkare).

Resultat

Studiepersoner rekryterades mellan 1 februari 2021 och 30 december 2022. Totalt tillfrågades 124 potentiella studie-



Figur 1: Diagnostisk precision (ROC-kurvor) för blodtryckskontroller i egenvårdsrum, hos sköterska och hos läkare: systoliska/diastoliska gränsvärden (Ambulatorisk blodtrycksmätning dagtid som referens).

deltagare. Av dessa exkluderades personer med förmaksflimmer (3), tekniska missöden och ofullständiga tryckmätningar (4). Studien rekryterade totalt 117 studiepersoner mellan 1 februari 2021 till 30 december 2022.

Jämfört med ABPM dagtid var ett genomsnittligt blodtryck i egenvårdsrummet högre, systoliskt 6,2 mmHg (95% konfidensintervall [KI] 3,8–8,6) och diastoliskt 7,9 mmHg (95% KI 6,2–9,6; $p < 0,001$). Genomsnittligt systoliskt blodtryck taget av sköterska överensstämde med ABPM-värden dagtid (+2,0 mmHg; 95% KI -0,2–4,2; $p = 0,071$), medan diastoliska skötersketryck var högre, 7,2 mmHg (95% KI 5,9–9,6; $p < 0,001$). Genomsnittligt systoliskt och diastoliskt

blodtryck uppmätt av läkare var högre jämfört med ABPM dagtid (systoliskt, 7,6 mmHg [95% KI 4,5–10,2] och diastoliskt, 5,8 mmHg [95% KI 4,1–7,6]; $p < 0,001$).

Jämförande kurvor (ROC-kurvor) för par av systoliska/diastoliska trycknivåer med ABPM dagtid som referens, visade liknande diagnostisk precision för blodtrycksmätning i egenvårdsrummet och hos mottagningssköterska, och bättre överensstämmelse med ABPM jämfört kurvan för tryckkontroll hos distriktsläkare. Jämfört med ABPM dagtid var den uppskattade diagnostiska precisionen för blodtryckskontroll hos sköterska 69,2% (95% KI 60,0%–77,4%), jämfört med 65,8% (95% KI 56,5%–74,3%) i egenvårdsrummet.

Slutsatser

I vår studie var blodtrycksmätning i egen vårdrum inte jämförbar med ambulato-riskt blodtryck dagtid, men ett gångbart alternativ till blodtryckskontroll via mot-tagningsköterska. Hembloodtrycksmät-nings studerades inte i den aktuella stu-dien, men bör vara i fokus för framtida forskningsinsatser.



Gunnar Nilsson

Allmänläkare, med dr, PhD, Föllinge hälso-central, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
gunnar.nilsson@regionjh.se

Jäv: Ekonomiskt stöd via Region Jämtland Härjedalens FoU-enhet. Bidragsgivaren var inte delaktig i planering eller genomförande av studien. Det föreligger inga kopplingar till läkemedelsindustrin eller till producenter av medicinteknisk utrustning för blodtrycksregistrering som användes i studien.



Anna Lindam

Statistiker, PhD, FoU-enheten Östersunds sjukhus, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Nilsson G, Lindam A. A comparative trial of blood pressure monitoring in a self-care kiosk, in office, and with ambulatory blood pressure monitoring. BMC Cardiovasc Disord. 2024;24(1):27. Published 2024 Jan 3. doi:10.1186/s12872-023-03701-1

90 SVENSK INSAMLINGSKONTO KONTROLL

HJÄLP MÄNNISKOR I NÖD

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se

MEDECINS SANS FRONTIERES LÄKARE UTAN GRÄNSER

Nygammal sårvård med Dakins lösning

– distriktsläkaren kan läka svårläkta sår

Många av oss distriktsläkare har nog känt oss villrådiga när vi konsulterats för bedömning av ett svårläkt sår. Distriktssköterskorna är ju så duktiga på sår och när de kommer till oss kan det kännas som att man inte har särskilt många ess i rockärmen. Remiss till organspecialist kan man skriva, men vår erfarenhet är att man sällan får god hjälp från sjukhusmottagningarna. Antibiotika kan man också sätta in, men läker det verkligen såret?

Uppsjön av sårvårdspreparat och förband kan vara förvirrande. Diagnostik vet vi är viktig. Är det ett arteriellt, venöst, diabetiskt eller neuropatiskt sår skall grundorsaken regleras. Men i primärvårdsverkligheten har de flesta sår multifaktoriell genes, patienten är skör och kanske inte tål kärlkirurgisk intervention eller intensifierad blodsockersänkande behandling. Vårdförlopp och riktlinjer för sårvård författas av en övervikt av organspecialister jämfört distriktsläkare vilket kan bidra till bristen på användbarhet i primärvårdsverkligheten där 80% av de svårläkta sårerna sköts.

Vår erfarenhet är att ett intensifierat och dynamiskt samarbete mellan läkare och sjuksköterskor inom vårdcentralen och med sköterskor i kommunal sjukvård är viktigt för att förbättra sårkompetensen och patienternas sårhäkning, men vi behöver också fungerande sårvårdspreparat. Alltsedan efterkrigstiden har förbandsmarknaden vuxit. De produkter som ansetts revolutionerande har bakterierna snabbt överlistat och blivit resistenta mot.

Mortaliteten i sårinfektioner sjönk från 90% till 15%

Vi anser att vi inte behöver titta särskilt långt i backspeglarna för att hitta en produkt som innebar en global sårvårdsrevolution när den uppfanns för drygt hundra år sedan, och att det är hög tid att återinföra den i praxis i primärvårdsverkligheten.

Under första världskriget dog 90% av de sårade soldater som kom in till sjukhus i sårinfektioner [1]. I hopp om att kunna öka överlevnaden testade den brittiske kemisten Henry Drysdale Dakin ett par hundra olika kemiska substanser med utgångspunkt i de försök att skapa anti-septiska medel som både Berzelius och Semmelweiss hade gjort med hypokloritlösningar under 1800-talet.

Hans slutsats blev att en lösning bestående av 1% hypoklorit (ClO-) och 2% bikarbonat (NaHCO₃), senare kallad Dakins lösning, hade bäst och snabbast antibakteriell effekt utan att vara vävnadsskadande. Dakin publicerade dessa resultat i BMJ 1915 [2, 3]. När man använde Dakins lösning på infekterade sår sjönk mortaliteten i sårinfektion till 10–15% [1]. Dakins lösning användes i Europa för sårvård till efter andra världskriget men föll sedan av oklar anledning i glömska.

I USA och delar av Afrika har man fortsatt att använda Dakins lösning regelmässigt för sårvård. I Sverige används Dakins lösning av tandvården för rengöring av tandrötter inför rotfyllning. Dakins lösning produceras av Apoteks Produktion och Laboratorium APL, säljs på rikslicens

och kallas dentallösning. Det är en tvåkomponentsprodukt som består av Stamlösning till Dakins lösning (NaClO) 1% och Natriumvätekarbonat (bikarbonat) 2%.

Det svårläkta såret sitter fast i inflammationsfasen

Sårhäkning sker på samma sätt oavsett orsak till såret [4]. Faserna i sårhäkningen är:

1. Hemostas: koagulationssystemet aktiveras, blödningen avstannar.
2. Inflammation: immunförsvaret inklusive neutrofila granulocyter aktiveras. Bakterier och bakteriell biofilm inaktiveras, nekroser bryts ned. Se bild 1 och 2.
3. Proliferation: kärl och bindväv nybildas, hudtäckning sker. Se bild 3–5.
4. Remodellering: förstärkning av vävnad under ärrer sker med kollagenbildning.

Om ett sår inte läker på 3–4 veckor definieras det som svårläkt. Sårhäkningen har då fastnat i inflammationsfasen. Kroppen har inte klarat av att inaktivera bakterier, bakteriell biofilm och nekroser och såret kan inte komma vidare till proliferationsfasen. Man har därför internationellt alltmer poängterat vikten av debridering av biofilm och nekroser för att såret skall kunna läka.



Bild 1 och 2.



Foto: Karin Bergqvist



Bild 3–5.



Foto: Karin Bergqvist

Bakteriell biofilm är den ljusgula ofta lite plackartade film som täcker sår som har svårt att läka. Biofilm bildas då enskilda bakterier på en såryta bildar en koloni och tillsammans börjar producera adhesiner och extracellulärt matrix som biokemiskt kopplar dem samman. Konstruktionen binder vätska och kolhydrater och skyddar bakterierna från vårt antibakteriella immunförsvar. Dessutom binder den biofilmen hårt till underliggande vävnad [5].

Dakins lösning puttar sårsläkningen vidare från inflammations- till proliferationsfasen

Under sårsläkningens inflammationsfas aktiveras neutrofila granulocyter som fagocyterar bakterierna. Bakterierna dödas med hjälp av att väteperoxid i granulocytens granula som via enzymet myeloperoxidas sätter till en kloridjon till väteperoxid som då omvandlas till hypoklorit vilket dödar bakterien i en oxidativ process [6]. Hypoklorit bryter också upp bakteriell biofilm [7] och löser upp nekroser. Dakins lösning som består av hypoklorit kan alltså ses som en förstärkning av den kroppsegna sårsläkningsprocessen. Kombinationen hypoklorit och bikarbonat ger en svagt basisk lösning (pH 8,2).

Dakins lösning dödar bakterier sekundsnabbt, bryter biofilm och löser upp nekroser [8, 9]. Sedan 1915 har ingen resistensutveckling rapporterats [8] vilket sannolikt hänger samman med att den biokemiska mekanismen är densamma som kroppens egen. Vad gäller förband

har de konventionella förbanden en tendens att ockludera såret. Vätska stängs in och temperaturen hålls uppe. Då bakterier trivs bra i en sådan miljö riskerar man försämrade läkning. Genom att använda luftigare mer absorberande förband hjälper man också sårsläkningen ur inflammationsfasen. Sårförbands uppgift är enligt European Wound Management Association att suga upp sårvätska så att sårytan är torr, skydda såret från ytterligare skador och vara bekvämt. Inkontinensskydd har dessa egenskaper och är därför utmärkta som sårförband.

Vem tjänar på att såren läker?

Frånsett den smärta och det lidande det innebär för patienten att leva med svårsläta sår är upptas sjukvårdens resurser i allt högre grad av svårsläta sår. Sårrelaterade kostnader bedöms utgöra minst 5% av hälso- och sjukvårdskostnaderna enligt brittiska och amerikanska rapporter [10]. Kostnaderna beräknas stiga kontinuerligt eftersom antalet äldre, liksom antalet personer med kroniska sjukdomar och sammansatta vårdbehov ökar [11]. Runt 80–85% av den totala kostnaden är kopplad till sjukskötersketid, medan förbandsmaterial står för cirka 15% av kostnaden [12].

Genom god sårvård beräknas den årliga nationella besparingen för hälso- och sjukvården i Sverige uppgå till 1 miljard [13]. Vi har då inte tagit patientens tid i beaktande. I samhällets kostnader ingår, för utom sjukvårdens kostnader, kostnaden för den tid som patienten

spenderar på att vara sjukskriven, på sjukvårdsbesök och på att ta sig till och från sjukvårdsbesök. Sjukvårdens och patientens kostnader tillsammans utgör samhällets kostnader. Kostnad för distriktsskötersketid bestäms utifrån medellön för distriktssköterskor i Sverige. Kostnaden för patientens tid bestäms utifrån medellön för medborgare i Sverige. Inom hälsoekonomin räknar man om patientens tid till pengar via exempelvis humankapitalmetoden [14].

Sårförlopp A och B – skillnaden är en halv distriktsskötersketjänst

En vanlig omlägningsfrekvens är två gånger per vecka. En omläggning tar i vårt exempel 40 minuter distriktsskötersketid. Sköterskan spenderar då 80 minuter per vecka på en patients sår. För patienten som skall ta sig till och från vårdcentralen spenderas, om patienten har 25 minuter till vårdcentralen, tar varje omläggning 40+25+25=90 minuter. Patienten spenderar 180 minuter per vecka. I våra exempel har vi inte beräknat kostnader för sårvårdsprodukter och förband, men kostnaderna multipliceras förstås med antal omläggningar oavsett vilka produkter som används.

Våra exempel-sårförlopp A och B utgörs av två diabetikers svårsläta fotsår på dig 1 respektive dig 3. Dessa är endast exempel och gör inte på något sätt anspråk på att vara vetenskapliga resultat.

Patient A fick sårvård med Dakins lösning och patient B med Prontosan som

är den i nuläget högst rekommenderade produkten för att rengöra och bryta biofilm. Patient A läkte på 3 veckor (6 omläggningar) och patient B på 22 veckor (44 omläggningar). Tabell 1, figur 1 och 2 visar tidsåtgång och kostnader för sårförloppen A och B. Skillnaden i tidsåtgång för en distriktssköterska per sårförlopp A och B är 82 arbetstimmar, vilket motsvarar 59% av en tjänst.

**Fallbeskrivning:
maratonlöparen som rev sig på nyponbusken**

Den tidigare friske 70-årige maratonlöparen röjde nyponsnår i april och rev sig ytligt på ena benet. Rivmärkena utvecklades till sår som ökade i storlek och i maj hade de börjat smärta rejält. Maratonlöparen sökte då sin vårdcentral som tvättade såren och lade om med konventionella produkter två gånger per vecka. Benet kompressionslindades eftersom han tidigare opererats för varicer. Såret bedömdes som venöst bensår.

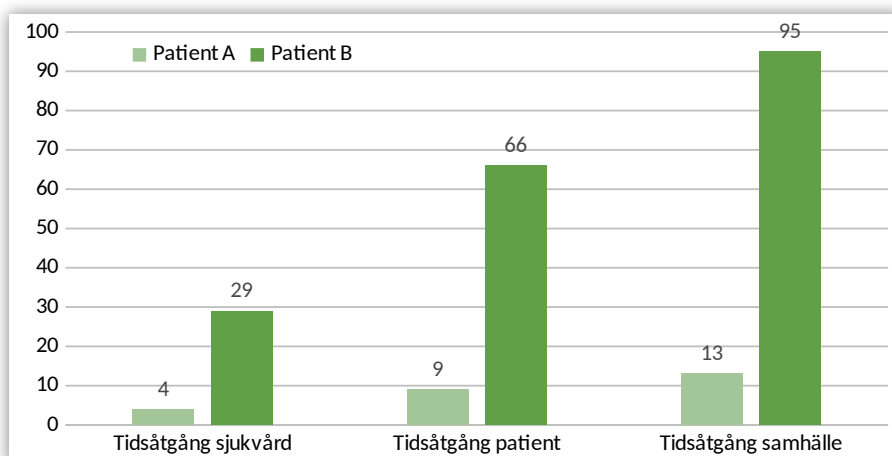
Trots omläggningar hade såret i juli växt ytterligare, var svårt smärtande, vätskande och illaluktande, och huvuddelen av sårytan täcktes av nekroser (bild 1) varför man intensifierade omläggningarna till tre gånger per vecka. I augusti var det så illa att han sökte upp doktor Karin Bergqvist som han hört talas om var duktig på att läka sår. Sårvård med Dakins lösning inleddes utan kompressionslindning.

Efter bara fyra dagar hade huvuddelen av nekroser kunnat avlägsnas (bild 2). Ny frisk vävnad började växa fram. Såret fortsatte dock att läcka pus och plasma och läkningen stannade åter av i september. Man bytte då förband från konventionellt förband till inkontinensskydd som klipptes till lämplig storlek, lindades fast med gasbinda och fixerades med tubbandage. Efter förbandsbyte torkade såret upp och ny vävnad började bildas (bild 3). Överhud började växa in från sidorna och kom upp som öar i sårytan (bild 4). Tolv veckor senare, i december, var såret nästan helt läkt (bild 5) och har inte recidiverat. Såret bedöms ha varit fast i inflammationsfasen under tre månader och kunde övergå i proliferationsfas först i augusti tack vare byte till sårvård med Dakins lösning och luftiga förband.

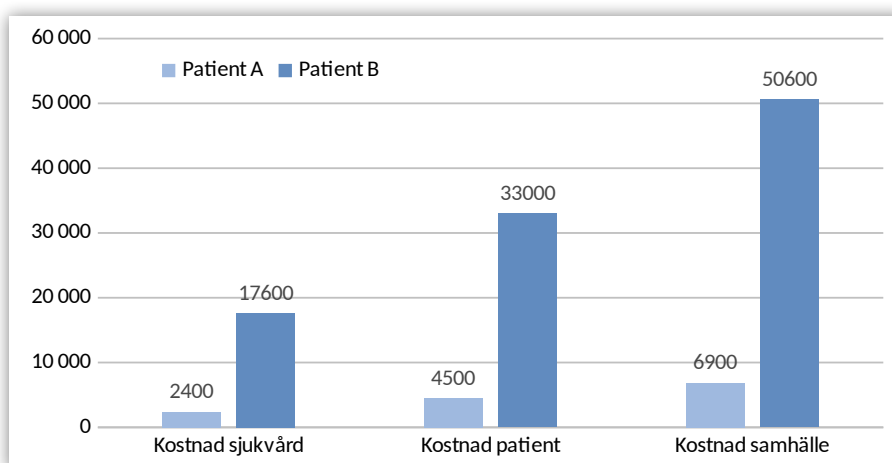
	Patient A	Patient B
Antal veckor till läkning	3	22
SJUKVÅRDPERSPEKTIV		
Antal omläggningar	6	44
SEK/omläggning*	400	400
Kostnad sjukvård, SEK	2 400	17 600
Tidsåtgång sjukvård, timmar	4	29
PATIENTPERSPEKTIV		
Antal omläggningar	6	44
SEK/omläggning+restid*	750	750
Kostnad patient, SEK	4 500	33 000
Tidsåtgång patient, timmar	9	66
SAMHÄLLSPERSPEKTIV (SJUKVÅRD+PATIENT)		
Total kostnad samhälle, SEK	6 900	50 600
Total tidsåtgång samhälle, timmar	13	95

*baserat på medellön för distriktssköterskor respektive svenska medborgare.

Tabell 1: Sårförlopp A och B, tidsåtgång och kostnader för sjukvård, patient och samhälle.



Figur 1: Tidsåtgång per sårförlopp A och B, timmar.



Figur 2: Kostnad per sårförlopp A och B, SEK.



Bild 6: Dakins Natriumvätekarbonat.



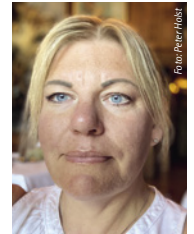
Bild 7.

Foto: Anna Holst

per vecka med Dakins. När såret lämnat inflammationsfasen (gult, smetigt, luktar) och är i proliferationsfas (röd, frisk vävnad växer fram) räcker det att lägga på Dakins (du behöver inte debridera).

Lycka till! Ni är hjärtligt välkomna att kontakta oss vid frågor.

Jäv saknas.



Anna Holst

Allmänläkare, med dr,
vårdcentralchef Närhälsan Backa Vårdcentral
anna.holst@vgregion.se

Bruksanvisning sårvård med Dakins lösning i praktiken

De två komponenterna till Dakins lösning (Stamlösning till Dakins lösning 1% och Natriumvätekarbonat 2%) (bild 6) kan förskrivas av läkare, veterinärer och tandläkare. Komponenterna är också upphandlade i samtliga regioner och kan beställas av alla sjukvård, veterinärkliniker och tandläkarkliniker. Komponenterna kan förvaras i rumstemperatur både som oöppnade och öppnade.

1. Täck såret med xylocain-gel, plasta in med plastat underlägg under tiden du dukar upp och tillreder Dakins lösning.
2. Blanda lika delar av Stamlösning till Dakins och Natriumvätekarbonat i plastmugg, exempelvis 2,5 ml av varje. Dra upp din färdiga Dakins lösning i 5 ml-spruta.

3. Ta av plasten (låt gelen ligga kvar) och spruta försiktigt Dakins lösning så att det täcker sårytan. Låt verka 30 sekunder.
4. Debridera bort all vävnad som mjukats upp: biofilm (det gula), nekroser, sjuk vävnad. Använd sårslav, pincett och sax eller litet knivblad om du behöver lossa någon kant. Var modig! Se bild 7.
5. Finns det sjuk vävnad kvar, lägg på mer Dakins, låt verka och debridera ytterligare.
6. När du fått bort biofilm och död vävnad, känn efter i sårkanterna om det finns fickor, spruta Dakins i dessa och rensa.
7. Lägg om med luftigt absorberande förband, gärna inkontinensskydd tillklippt till lämplig storlek, som du lindar fast med gasbinda eller tejpar försiktigt med tunn tejp.
8. Rengör och debridera såret två gånger



Karin Bergqvist

Allmänläkare, doktorand,
Närhälsan Backa Vårdcentral
lakarekarin@gmail.com



Ulrica Almhöjd

Kemist, med dr, avdelning för
Cariologi, Institutionen för Odontologi,
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
ulrica.almhojd@gu.se

FAKTA:

- Sammansättning: Dakins lösning består av två huvudkomponenter – 1% natriumhypoklorit (NaClO) och 2% natriumbikarbonat (NaHCO_3).
- Antibakteriell effekt: Natriumhypoklorit i Dakins lösning ger den dess starka antibakteriella egenskaper. Det verkar genom att bryta ner bakterier i en oxidativ process.
- Biofilm och nekroser: Lösningen har förmågan att bryta upp och bakteriell biofilm och nekroser i sårytan.
- Resistensutveckling: Sedan 1915 har ingen resistensutveckling rapporterats för Dakins lösning. Detta kan bero på likheten mellan dess biokemiska mekanism och kroppens egna försvarssystem.
- Användning inom tandvården: I Sverige används Dakins lösning regelmässigt inom tandvården för rengöring av tandrötter inför rotfyllning.

Referenser:

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
2. Dakin HD. On the use of certain antiseptic substances in the treatment of infected wounds. *BMJ*. 1915;2(2852):318.
 8. Sakarya S, Gunay N, Karakulak M, Ozturk B, Ertugrul B. Hypochlorous acid: an ideal wound care agent with powerful microbicidal, anti-biofilm, and wound healing potency. *J Wounds*. 2014;26(12):342-50.
 10. Vowden P, Vowden K. The economic impact of hard-to-heal wounds: promoting practice change to address passivity in wound management. *J Wounds Int* 2016;7(2):10-5.

Nationella Kvalitetsdagen för primärvården:

Jämlikhet i vården

Förra året blev mer ekonomiskt ansträngt än vanligt för de flesta regioner, och under hösten möttes många kollegor av besked att externa fortbildningar inte beviljades. Jämlikhet i vården uppstår inte av sig själv, utan kräver medvetenhet, kunskap och aktivt arbete. Det finns i ekonomiskt tuffa tider snarast anledning att vara extra vaksam då ojämlikheten riskerar att öka. För dig som inte hade möjlighet att delta på Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården den 23:e november 2023 på tema ”Jämlikhet i vården” kommer här en sammanställning av innehållet. Samtliga förbättringsarbeten och föreläsningar som presenterades finns även tillgängliga på SFAMQ:s hemsida.

Hur uppstår ojämlik hälsa och vad krävs för en mer jämlik vård?

Johan Hallberg, samhällsmedicinsk läkare verksam i Region Dalarna, bjöd på en genomgång av innebörden av ojämlik/jämlik vård och hälsa. Ojämlik hälsa kan beskrivas som systematiska skillnader i hälsa som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga samhällsåtgärder. Människors uppväxtvillkor, utbildningschanser, boendemiljö, arbetsmiljö och inkomster skiljer sig systematiskt åt mellan olika sociala grupper och detta får betydande konsekvenser för hälsa och livslängd. Många kroniska sjukdomar som exempelvis diabetes och hypertoni är överrepresenterade bland grupper med lägst utbildningsnivå

och denna grupp lever i genomsnitt sex år kortare än människor med eftergymnasial utbildning. Hälsans ojämlikhet förstärks under livet till följd av skillnader i risker, sårbarhet och mottaglighet samt av större sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa. Ojämlikhet i hälsa formas dessutom av skillnader i handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper till följd av socialt bestämda handlingsmönster, normer, genus och identitet samt då brist på resurser tenderar att i sig påverka människors beslut.

Jämlik vård innebär att förstå orsakerna till ojämlik hälsa och hur den uppträder, för att därefter kunna planera för och möta den med jämlik vård, och på så sätt bidra till jämlik hälsa. Jämlik vård handlar om att göra olika, att anpassa vården efter den enskilda individens speciella och unika behov. Detta kräver förändrade arbetssätt som i hög grad bygger på individens medverkan. Jämlik vård kräver struktur, kunskap, organisation och kultur som skapar och tillvaratar sådana arbetssätt, se bild 1 och 2.

Horisontella prioriteringar

Eva Arvidsson, medlem i SFAMQ och verksam inom Prioriteringscentrum, presenterade delar ur den färska rapporten ”Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård” (<https://bit.ly/3SLuWWu>), som tagits fram på uppdrag av partnerskapet för kunskapsstyrningen. Vertikal prioritering innebär

att prioritera inom till exempel en och samma patient- eller diagnosgrupp medan horisontell prioritering innebär prioriteringar mellan olika grupper eller diagnoser inom en eller olika verksamheter. Nya uppgifter/uppdrag i en verksamhet, som inte har obegränsat med resurser, får alltid konsekvenser. Utan medvetenhet och aktiva beslut riskerar vi undanträngningseffekter som kan drabba medicinska prioriterade grupper och patienter med nedsatt autonomi. Prioriteringar kräver aktiva beslut kring vilka uppgifter som ska plockas bort eller skalas ner för att göra plats för nya, samtidigt som vi säkerställer att inga mer prioriterade uppgifter/behov trängs undan, se bild 3.

Jämlik vård för migranter: vad har vi lärt oss från pandemin?

Professor Esperanza Diaz, specialist i allmänmedicin, Director of Pandemic Center vid Department om Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, deltog via länk med ”Equity in health care for migrants: what have we learnt from the pandemic?” och delade med sig av axplock från den stora mängd forskning som initierats under och efter covid-19-pandemin. Det är sedan länge känt att insatser för folkhälsa inte når migranter i lika stor omfattning som övrig befolkning. Migranter som grupp var överrepresenterade avseende incidens och mortalitet i covid-19. Orsakerna är flera. Bland annat är migranter överre-

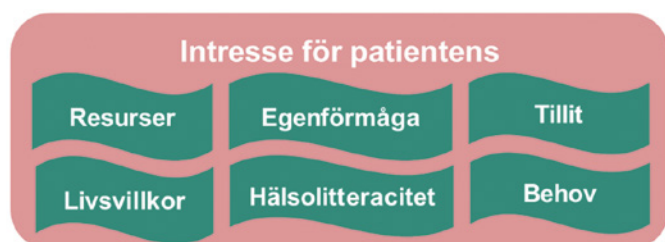


Bild 1-2: Förutsättningar för en mer jämlik vård, Johan Hallberg.

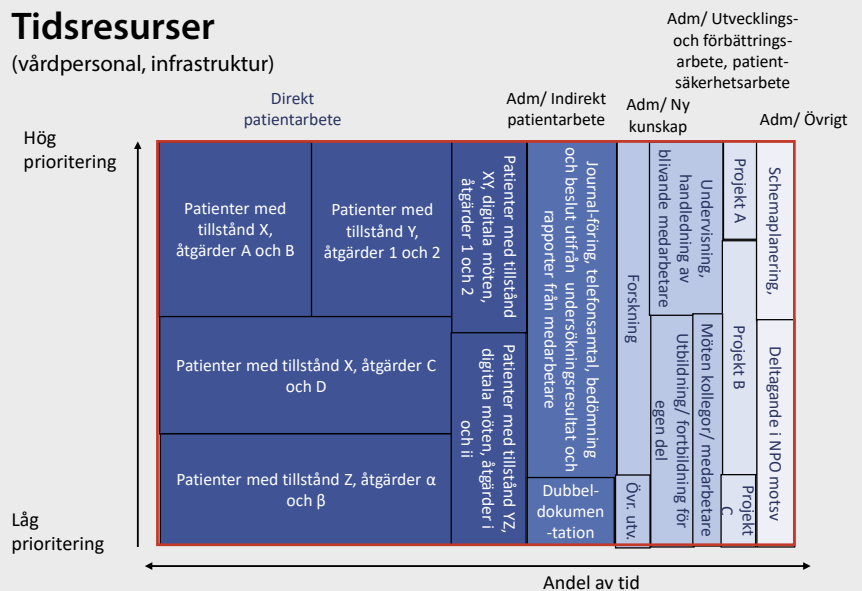
presenterade bland så kallade ”essential workers”, personer med arbetsuppgifter som kräver fysisk närvaro på arbetsplatsen (till exempel inom omsorg, lokalvård och transport) och som därmed utsattes för större smittorisk. Myndigheternas informationskanaler var inte heller alltid anpassade till migranternas behov. Mycket forskning har genomförts sedan pandemin bröt ut. Kan forskningen göra någon skillnad? Jo, för att samhället ska kunna dra nytta av resultaten krävs att fynden når ut till vården, politiker och andra beslutsfattare. Esperanza Diaz formulerande: ”And when we get past this crisis, we will face a choice – go back to the world we knew before or deal decisively with those issues that make us all unnecessarily vulnerable to this and future crises.” Equity (rättvisa), resilience (flexibilitet) och hållbarhet beskrivs utgöra nödvändiga fundament för att ett samhälle bättre ska kunna återhämta sig efter en kris.

Förbättringsarbeten

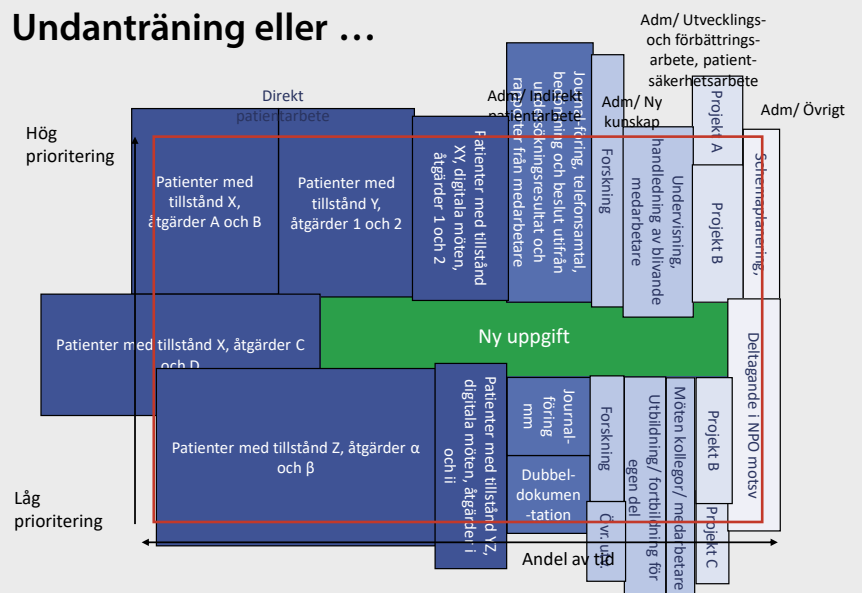
Som vanligt innehöll Kvalitetsdagen många presentationer av genomförda förbättringsarbeten att inspireras av. Från Vårdcentralen Tannefors redovisades satsningar på sjukskrivningsprocessen som resulterat i minskande antal sjukskrivningar och upplevd förbättring i arbetsmiljö. Både Gustavsbergs och Bollmora vårdcentral presenterade genomförda förbättringsarbeten kring omhändertagandet av patienter med svårsläktas bensår. Gustavsbergs vårdcentral har valt att involvera patienterna i upprättandet av individuell vårdplan för sårsläkning. Hässelby vårdcentral berättade om arbetet med att minska förskrivningen av beroendeframkallande sömnläkemedel och hur arbetet har resulterat i att de har fått upp ögonen för och planerar att även ta sig an förskrivningen av andra typer av beroendeframkallande läkemedel. Rotebro vårdcentral har satsat på omhändertagande av diabetespatienter genom att bland annat kalla de patienter som ligger längst ifrån sina målvärden och bjuda patienterna att vara delaktiga i formuleringen av ”Min diabetesbehandling”. Vårdcentralen Jakobsgårdarna beskrev hur de infört en ny arbetsmodell med triage och RAK (rätt använd kompetens) för att bättre kunna ge rätt vård till rätt patient i rätt

Tidsresurser

(vårdpersonal, infrastruktur)



Undantränning eller ...



... Prioritering?

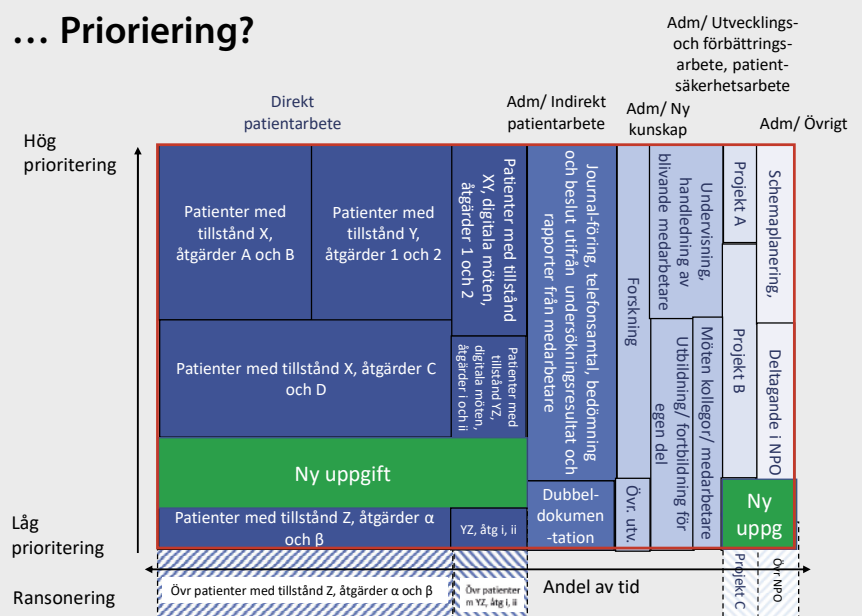


Bild 3: Modell för horisontella prioriteringar.

Eva Arvidsson.

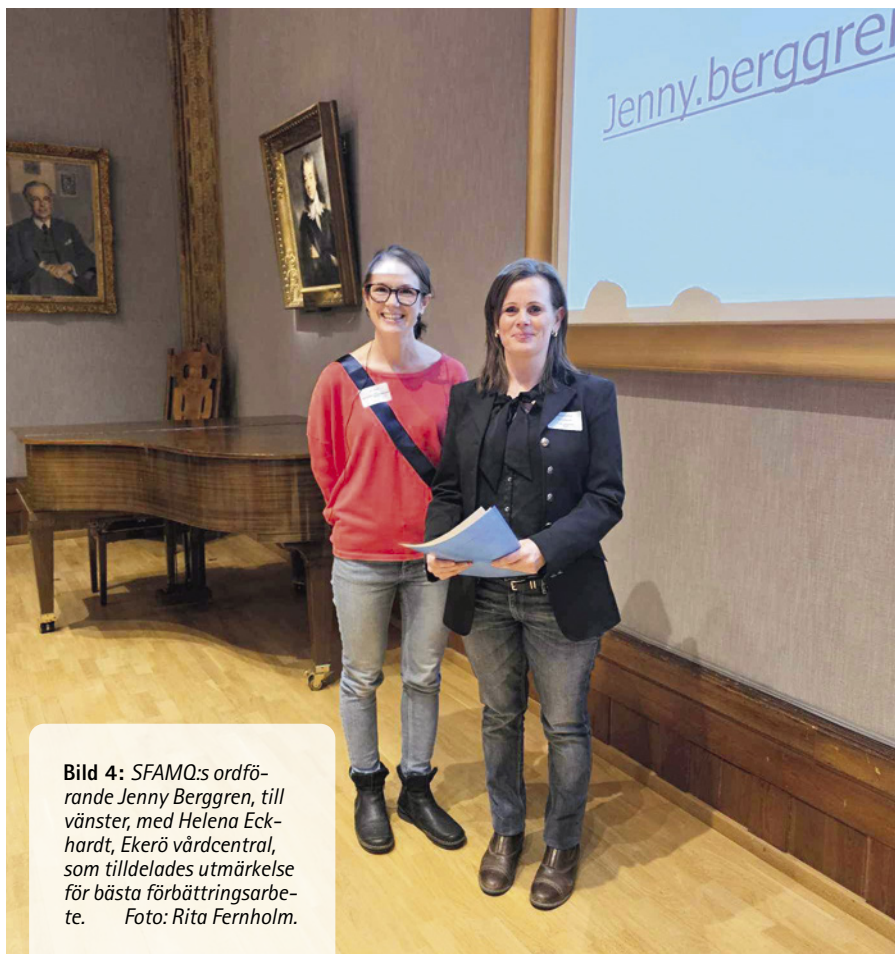


Bild 4: SFAMQ:s ordförande Jenny Berggren, till vänster, med Helena Eckhardt, Ekerö vårdcentral, som tilldelades utmärkelse för bästa förbättringsarbete. Foto: Rita Fernholm.

tid. Medlemmarna i SFAMQ har tagit del av samtliga bidrag och upplever att alla förbättringsarbeten har resulterat i kunskap och lärdomar som går att sprida till fler enheter inom primärvården. Utmärkelsen för bästa förbättringsarbete delades ut till Ekerö vårdcentral, för deras förbättringsarbete med att upprätta en rutin för palliativ vård till livets slut i basal hemsjukvård i ett område med geografiska utmaningar, se bild 4.

Jämlikhet ur ett patientperspektiv

Sara Riggare, spetspatient och forskare inom hälsoinformatik, belyste vikten av att intressera sig för egenvård ur patientens perspektiv, vilket många gånger är mer mångfacetterat än hur vården ser på det, se bild 5. Egenvård (beteende och livsstil hos patienten) har ofta större betydelse för individers hälsa än insatser från hälso- och sjukvård. Men individers förutsättningar att sörja för god egenvård skiljer sig åt och folkhälsoarbete/vården måste därför ta hänsyn till och kompensera för individers olika förutsättningar. Kunniga, engagerande och proaktiva patienter mår bättre, kostar mindre och lever längre. Sara råder vårdpersonal att backa lite och i större utsträckning våga



Bild 5: Egenvård som vården ser det vs hur det är för personen med sjukdomen, av Sara Riggare.



Bild 6: Allmänläkare som på olika sätt arbetar med riktade insatser för att nå olika grupper i samhället. Från vänster Nicklas Wärme, Johan Månflod och Jenny Berggren. Foto: Rita Fernholm.

låta patienterna pröva själva, trots risken att det kan bli fel.

Doktoranden och ST-läkaren Linda Pettersson presenterade resultat från den multidisciplinära forskargruppen Co-DeAc (Co-design for Accessibility). Deras kartläggningar har visat att betydligt färre individer med funktionsnedsättningar, än människor utan funktionsnedsättningar, använder e-legitimation och har därmed i mindre omfattning reell tillgång till e-hälsotjänster. Den nu breddinförda e-hälsotjänsten 1177 direkt uppfattas av många som svår att navigera i och att förstå sig på. Presentationen innehöll flera konkreta exempel på delar i 1177 som kan utgöra svårigheter för människor med olika funktionsnedsättningar. Men fram-

för allt var vi många som imponerades över den prototyp som forskargruppen genom samarbete med användare från olika brukargrupper och webbdesigners har tagit fram – ett visionärt och bättre 1177. Många i salen drog en lättnadens suck att ett bättre 1177 är möjligt och alla är nog eniga om att förverkligandet av prototypen bör prioriteras.

Att nå olika grupper i samhället

Avslutningsvis fick deltagarna ta del av tre allmänläkares berättelser från riktade insatser i klinisk vardag för att nå olika grupper i samhället, se bild 6. Johan Månflod, Uppsala, berättade om sitt arbete på husläkarmottagningen för hemlösa och sprutbytare. ”Att möta andra som man själv vill bli bemött är en bra början. Att se och förstå vad en annan människa behöver är större.” Att använda sig av normalt allmänmedicinskt bemötande, ha tålamod och anstränga sig för att hitta lösningar som fungerar för den unika individen du möter tar dig långt i de flesta möten.

Nicklas Wärme från Föllinge Hälsocentral i Jämtland delade med sig av hur arbete med nära vård kan ske till fjälls. Sedan 2017 beger sig Nicklas på hösten med bil till platsen där *raahrkoe* (renskiljningen) äger rum och på sommaren först 18 mil i bil och sedan 12 km till fots med packning på ryggen till *miesiemearkhoe* (kalvmärkningen) vid sommarvistet i Loupeken, för att erbjuda vård till sina rensköttande samiska patienter. Nicklas inledde med en beskrivning av hur ursprungsbefolkningen samerna har fördrivits, utnyttjats och diskriminerats av majoritetssamhället, ett förtryck som historiskt går långt tillbaka och som fort-

farande pågår. Det är lätt att förstå den skepsis och avvaktande inställning som funnits hos vissa av de samiska patienterna, kring att söka hjälp hos läkaren som dyker upp. Men genom uthållighet i sitt engagemang har Nicklas genom handling visat att han bryr sig och finns kvar. För varje gång vänder sig fler och fler till Nicklas mobila mottagning för att diskutera olika besvär.

Själv fick jag också möjlighet att berätta om våra medborgardialoger med utlandsfödda kvinnor i stadsdelen Berga i Linköping. Medborgarträffarna inom projektet ”Samtal för bättre hälsa och vård” innehåller ömsesidigt kunskapsutbyte, dels föreläsningar baserade på deltagarnas önskemål och dels deltagarnas berättelser om hur det är att vara patient i vården, vilket ger värdefulla utgångspunkter för lokala förbättringsarbeten. Projektet har även resulterat i uppstarten av ett ”Likarättsteam” på vårdcentralen och intern fortbildning kring diskriminering, normkritik och likarätt.

Mer från SFAMQ att se fram emot

Från Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAMQ vill vi tacka alla som bidrog till och deltog på Kvalitetsdagen. Vi blickar redan framåt mot nästa Kvalitetsdag som blir ett 20-årsjubileum. Skriv upp den 21:a november 2024 i kalendern redan nu. Temat blir ”Patientdelaktighet – patienten som medskapare i det egna mötet och i vården generellt & Patientsäkerhet – back to basic – vanliga fallgropar och tips”. För den som inte kan tåla sig till november kan vi tipsa om SFAMQ:s workshop i förbättringsarbete på SFAMQ-kongressen i Uppsala i april.

Väl mött!



Jenny Berggren

Allmänläkare, ordförande Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAMQ
jenny.berggren@capio.se

Jubileum!

20:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Arrangeras av Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAMQ

När: Torsdag 21:a november 2024

Tema: Patientdelaktighet – patienten som medskapare i det egna mötet och i vården generellt. Patientsäkerhet – back to basic – vanliga fallgropar och tips!

Kontaktperson: Jenny.berggren@capio.se



SFAMQ:s hemsida:
<https://sfamq.se/nationella-kvalitetsdagar/>

"Prioteamet"

– en vårdcentral's resa mot hållbart arbetssätt

Att klara grunduppdraget på en vårdcentral kräver ofta mycket finess. För cheferna kan det ibland kännas som jonglering med skiftande föremål, för distriktsläkarna som en balansgång på en smal lina, för telefonsjuksköterskor som en berg-och-dalbana. Emellertid kan allt detta fortfarande upplevas som ett lotteri för patienterna – med en lång kö dessutom.

Lite så kändes det på min arbetsplats, Avestahälsan Vårdcentral, för drygt ett år sedan. Trots många liknelser till en nöjespark var alla involverade aktörer inte särskilt nöjda. Vi var tre distriktsläkare, tre periodvis-randande ST-läkare och ett par roterande AT-läkare som tillsammans tog hand om drygt 8000 listade patienter. Läget har försämrats under lång tid, på grund av vårdcentralens höga popularitet med ett stabilt inflöde av nylistade patienter. Detta krävde fler läkartider, vilket inte var så perfekt matchat med vårt intresse för handledning, forskning och hög kvalitet. Telefonsjuksköterskorna stod ofta i kön utanför den patientansvariga läkarens dörr när RGS-webb rekommenderade läkarbesök som inte gick att boka på grund

av brist på tillgängliga läkartider. Samtidigt försökte cheferna på sitt håll utmana frasen att "läkare inte växer på träd" genom satsningar på utbildningsläkare och rekrytering, utan att lyckas.

Mot slutet av pandemin ledde allt detta till ett paket åtgärder som syftade till att förbättra arbetsmiljön och effektivisera patientflöden. Vi skapade en konsultläkarroll, tvärprofessionella möten, valde icke-läkare som fasta vårdkontakter, optimerade receptflöden, skrev rutiner för nya spec-sjuksköterskor – hypertoni och psykisk ohälsa, började med patientlistning på team av en distriktsläkare, ST och distriktsjuksköterska medan sekreterarna tog över årskontrollbokningarna.

Trots allt detta kämpade telefonsjuksköterskorna fortfarande med att leta efter bokningsbara tider i läkarnas tidböcker och försöka hinna ringa alla telefonsamtal i TeleQ samtidigt. "Först till kvarn"-principen gällde, högen av ärenden som låg "på vänt" växte medan cheferna hade svårt att "släcka bränderna" genom att anställa hyrläkare eftersom ingen svarade på avrop. Arbetsmiljön förbättrades inte, telefontillgängligheten blev ostabil, stressnivåerna höga samt frustrationen började gro på

grund av känslan att vissa patienter inte kunde få den vård de behövde i rätt tid.

Tidigare, under pandemin, lyckades vi på vårdcentralen att hantera en liknande kris och kunde tryggt luta oss mot gemensamma prioriteringsregler [1]. Under hösten 2022 kände vi att en ny, mer genomgripande förändring var nödvändig. Några av oss hade hört talas om Bra Liv Gnosjö Vårdcentral [2] med cirka 10000 listade patienter som infört ett teambaserat arbetssätt.

De skapade fem olika team av läkare, sjuksköterska och administratör, som träffades två gånger i veckan och prioriterade bland sina teamlistade patienter som väntat på läkarbesök. Vi diskuterade modellen fram och tillbaka på många möten på vårdcentralen och bildade en arbetsgrupp bestående av representanter för alla yrkeskategorier som skissade på en risk- och konsekvensanalys.

Den presenterades på en APT för hela personalen som initialt var ganska skeptisk. Förändringarna upplevdes som komplicerade, osäkra och underutvecklade, medan eventuella vinster ansågs vara för abstrakta. Modellen verkade otillämpbar med tanke på antalet läkartider, vår "dyraste" resurs, som den skulle kräva. Medicinska prioriteringar baserade på sjuksköterskeanteckningarna ett par dagar efter telefonsamtalen med patienten kändes också riskabla. De kritiska diskussionerna ledde dock till att svåra frågor kunde komma upp till ytan. Konkreta förändringsförslag kunde kommenteras av alla, och engagemanget i förändringsarbetet ökade successivt på vårdcentralen. Till slut blev vi så inspirerade av varandra att vi bestämde oss för att tillsammans vidareutveckla modellen tills den gick att implementera.

I maj 2023 startades därför "Prioteamet" – en och en halv timme på tisdag och fredag för prioritering av icke-akuta patienter som kontaktat vårdcentralen och som varit i behov av läkarbesök enligt telefonsjuksköterskorna, som i sin tur började skriva mycket välstrukturerade anteckningar. En distriktsläkare eller nästan färdig ST gick tillsammans med en sjuksköterska igenom prioteamets väntelista med cirka 25-40 patienter per tillfälle. Övriga distriktsläkare hjälpte till. De kollade snabbt igenom väntelistorna strax innan varje tillfälle och lämnade förslag om de kunde ta patienter som de kände sedan tidigare på telefon, video eller om det krävdes ett fysiskt läkarbesök. Patienterna bokades på lediga tider i respektive patientansvariga läkares tidbok, från högst prioriterad enligt medicinskt behov till lägst. Patienterna kallades på ett sätt som de önskat – via 1177, sms, brev eller telefon av sjuksköterskan.

Till vår överraskning visade det sig att redan från början fanns det tillräckligt med läkartider som var så svåra att hitta bara några veckor innan. Läkartiderna som försvann för att bemanna prioriteringsteamet kunde enkelt sparas med råge tack vare kontinuiteten när läkarna träffade patienter som de kände, rätt använd kompetens när patienterna inte behövde träffa sin läkare och bokades direkt till en annan yrkeskategori, samt patientcentrering som minskade risken för missförstånd,

dubbelbokningar eller uteblivna besök. Telefonsjuksköterskorna sparade också tid på "att jaga" läkartider, vilket minskade stress och förbättrade arbetsmiljön. Istället kunde de fokusera på sina bedömningar, rådgivning och journalföring. Samtliga läkare kände att de träffade rätt patienter, på rätt sätt och i rätt tid, utan att bli överbokade eller störda av sjuksköterskorna på jakt efter läkartider. Akuta patienter kunde komma direkt som alltid, och alla andra fick läkartiderna enligt deras medicinska

behov oavsett om de ringde precis när vårdcentralen öppnades eller strax innan den stängdes.

Förändringen förverkligades till en förbättring. Telefontillgängligheten steg upp till över 95%. Patienterna är numera informerade om sina läkartider som de önskat och missar mycket sällan sina besök. Diverse kvalitetsindikatorer – till exempel medicinsk bedömning inom tre dagar är bland de högsta i regionen. Grunduppdraget är under kontroll och arbetsmiljön är på topp. Personalen

på vårdcentralen upplever framför allt stolthet över att vi har lyckats ta oss igenom hela förändringsprocessen och gemensamt utvecklat en ny modell som vi alla är nöjda med. Vi har övat på att jobba lösningsfokuserat, utmanat bekväma traditioner och tänkt utanför "boxen". Vi har lärt oss att det inte finns en one-size-fits-all, och för att utveckla ett hållbart arbetssätt måste alla vara öppna för kritisk diskussion samt förberedda för att förändringsarbetet ibland tar lite tid.

Det har varit en spännande och lärorik resa för hela verksamheten. Men nu verkar det som att vi står inför en ny utmaning – en omställning till ett nytt digitaliserat arbetssätt där digitala triageringsmotorer väntar utanför dörren för att ta över våra upparbetade prioriteringsrutiner. Med all erfarenhet från våra tidigare förändringsarbeten på vårdcentralen ser jag, lite nervöst men ändå optimistiskt, fram emot det.

Jäv saknas.



Marek Czajkowski
Allmänläkare, Vårdcentral Avestahälsan
marek.czajkowski@oru.se

Referenser:

1. Tydliga prioriteringsregler – nyckeln till effektivt pandemiarbete på vårdcentralen, Marek Czajkowski, AllmänMedicin, Nr 1, 2021. <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-1-2021/a/tydliga-prioriteringsregler-nyckeln-till-effektivt-pandemiarbete-pa-vardcentralen/1919/386143/19034477>
2. Vårdcentralen i Gnosjö som vände trenden, Hedda Berglund och Lotta Sima, SVT nyheter, 23 april 2022. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/vardcentralen-som-vande-trenden>

Årets ST-handledare

i allmänmedicin i Västerbotten

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) lokala förening i region Västerbotten har tillsammans med ST-läkarna i allmänmedicin i Umeå och Skellefteå samt Södra Lappland utsett årets ST-handledare i allmänmedicin i Västerbotten. Utmärkelsen gick 2023 till Maria Grenholm, specialist i allmänmedicin och verksam vid Ålidhems hälsocentral i Umeå.

Motiveringen lyder:

"Maria Grenholm har visat enastående engagemang och hängivenhet i sin roll som handledare. Hennes förmåga att vägleda och inspirera är oöverträffad. Hon har en unik förmåga att förklara komplexa medicinska fall på ett sätt som är lätt att förstå. Hennes pedagogiska metoder främjar både lärande och kritiskt tänkande.

Hon ger konstant stöd till sina ST-läkare, oavsett utmaningar. Hon tar sig tid att ge personlig vägledning och feedback, vilket hjälper oss ST-läkare att växa både professionellt och personligt.

Maria uppmuntrar till livslångt lärande och självförbättring. Genom hennes handledning har många ST-läkare utvecklats till trygga och självständiga läkare. Som distriktsläkare visar Maria stor empati och omtanke i sitt arbete och är en stark förebild för oss läkare."



Maria Grenholm uppvaktades med diplom och blommor 15 december 2023.
Foto: Jenny Stattin

Årets allmänläkare väst



Bernhard von Below, Carin Algemark Berndt och Maria Åberg.

Foto: Maria Waller

För andra året delas utmärkelsen "Årets allmänläkare väst" ut till en allmänläkare för att uppmärksamma en allmänläkare och förebild som eftersträvar tillgänglighet och kontinuitet i sin verksamhet.

I år gick utmärkelsen till **Carin Algemark Berndt** som är specialistläkare i allmänmedicin och distriktsläkare på Medpro Clinic Noltorp Vårdcentral, Alingsås, med motiveringen: *"Carin har stor tillgänglighet både för kollegor och patienter, tydlighet i sitt engagemang, samt använder sig av moderna konsultationsmetoder. Vidare är Carin mycket engagerad i utbildningen av både studenter samt sin egen fortbildning/vidareutveckling och är en förebild för många."*

Allmänmedicinskt arbetssätt – finns ett sådant?

Man framhåller i många sammanhang att det speciella med allmänmedicinen är ett arbetssätt som skiljer sig från hur man arbetar i andra specialiteter. Men det finns ingenting i målbeskrivningen för ST om detta utom en liten antydning. Ändå är en sådan kurs obligatorisk.

Man kan gå till den av Socialstyrelsen föreslagna kursplanen i allmänmedicinskt arbetssätt för att se om det finns någon definition där. Man får då veta att en kurs i ”allmänmedicinskt arbets- och förhållningssätt” syftar till att deltagarna ska kunna ”redogöra för strategier för att hantera komplexa bedömningssituationer i ett oselekerat patientflöde där fullständigt beslutsunderlag ofta saknas och tillämpa ett patientcentrerat arbets- och förhållningssätt, med kontinuitet, expektans och med tiden som redskap”. Men allmänmedicinskt arbetssätt används mer än i komplexa bedömningssituationer.

I Socialstyrelsens 69 mål för fastläkare (2023) finns sex delmål för ”allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt”. Samtliga inleds med ordet ’kunna’: ”kunna handlägga sjukdomar ..., kunna särskilja sjukdomar från andra faktorer ..., kunna stödja patienter ..., kunna prioritera insatser och åtgärder ..., kunna tillämpa en ändamålsenlig remisshantering.” Alla är kompetenser. Ingenting sägs om på vilket sätt dessa uppgifter ska utföras.

Förgäves söker vi efter något som kan likna en definition av allmänmedicinskt arbetssätt.

Själva arbetssättet är tydligen svårfångat, i varje fall när det kommer till beskrivningar och definitioner i officiella dokument. Finns det kanske inget arbetssätt som kan sägas vara utmärkande och särskiljande för läkare i primärvården?

Jo, kanske ändå. En idéhistorisk översikt kan visa väg för vårt sökande efter sanningen om allmänmedicinskt arbetssätt.

Introverta och extraverta

Man kan undra över hur antikens store filosof Platon kunde komma fram till att den sanna verkligheten består av tankar och begrepp. Det som vi upplever med sinnen är enligt Platon mer eller mindre förvanskade skuggbilder av de evigt giltiga begreppen, givna i ett högre förnuft. När man till exempel ritar en kvadrat på ett papper, är den en skuggbild eller en tillfällig konkretisering av den sanna, geometriska definierade kvadraten. På samma sätt med cirkeln, ellipsen, kuben och så vidare.

Hur kunde Platon och hans anhängare hävda att alla de ting som vi ser, hör, tar på och känner doften av och smakar på har mindre verklighetsprägel än de tankar som vi har om dem? Och filosofen Immanuel Kant i slutet av 1700-talet att vi konstruerar vår upplevda värld med ett universellt sätt att tänka?

Svaret finns i den schweiziske psykiatern och filosofen Carl Gustav Jungs nu hundra år gamla teori om introversion och

extraversion. De introverta är enligt honom benägna för generaliseringar, abstraktioner och en upplevelse av att deras tankar har större verklighetsprägel än vad tankarna handlar om.

De extroverta däremot har ett helt annat sätt att se på tankens förhållande till verkligheten. För dem är begrepp och medelvärdens godtyckliga konstruktioner, som vi använder för att underlätta vår förståelse samtidigt som de ger en förenklad, ofta falsk, bild av verkligheten.

Rationalism och kunskapsstyrning

Vi går till 1600-talets Frankrike. Där dominerade på den tiden rationalism i filosofi och vetenskap: att det är i logik, matematik, förnuft och tänkande som vi ska söka sanningen om tillvaron. Den ledande filosofen, René Descartes, kom fram till att han kunde tvivla på allt, dock inte på sitt eget tänkande. Cogito, ergo sum, var hans budskap. ”Jag tänker, alltså är jag till.” Tankandet hade för honom en starkare verklighetsprägel än allt det som han tog in med sina sinnen.



Den går ut på att läkare ska låta sig styras av de prototyper och modeller som finns i ett nationellt kliniskt, så kallat kunskapsstöd.

Det var rationalism som 1600-talets trädgårdsanläggare tog fasta på. En trädgård eller park skulle ha en bred gång i mitten. Den representerade både ett högre förnuft och den absoluta kungamakten. Vid sidorna skulle det finnas två smalare alléer med planteringar i geometriska mönster. Där hade vi statsförvaltningens olika ministerier och myndigheter. Så blev det i Versailles, så är det också i Kungsträdgården i Stockholm, i parken vid Drottningholms slott och på många andra håll.

Här har vi bakgrunden till den för läkare välbekanta styrstrategin. Den går ut på att läkare ska låta sig styras av de prototyper och modeller som finns i ett nationellt kliniskt, så kallat kunskapsstöd. Här råder rationalistiskt tänkande. Statliga och regionala föreskrifter är den sanna verkligheten, kliniskt arbete en mångfald av mer eller mindre bristfälliga kopior. ▶▶

Engelsk empirism och konsten att använda men inte styras av kunskap

I 1700-talets England var den dominerande filosofin raka motsatsen, empirismen. Enligt den är det sådant som vi uppfattar med sinnena som är grunden för all kunskap – enskilda fenomen som vi i tanken kan manipulera på olika sätt. Mest känd för denna empirism blev John Locke i slutet av 1600-talet. Även i sin statsfilosofi kom han fram till att nationens alla enskilda individer ska vara med om att styra landet via ett parlament.

När man i England skulle anlägga trädgårdar runt herrgårdar och palats gjorde man det genom att efterlikna naturens mångfald. Det blev vindlande gångar, öppna ängar med ståtliga träd, bäckar och böljande slätter där man kunde vandra som i naturen och göra små upptäckter. Den ”engelska parken” blev modell för flera liknande anläggningar i Europa. Vi har många sådana i Sverige, till exempel Djurgården i Stockholm, Slottsparken i Malmö och en trädgård med namnet ”den engelska” i Uppsala.

Tänker man enligt empirismens grunder blir strategin för allmänmedicinskt arbetssätt datainsamlande, individualiserat. Läkare och patienter (och närstående) diskuterar och kopplar symtomen eller besvären till diagnoser eller – mer enligt empirismens grundtanke – beskrivningar enligt dimensionella modeller. Medicinsk kunskap används, den styr inte. Det är ett arbetssätt som domineras av vad vi kan kalla en sammanvägningsstrategi.

Man kan hitta en bra beskrivning på denna strategi i betänkandet om kunskapsbaserad vård, SOU 2020:36. Läkare har inte bara en utan tre kunskapskällor, först och främst hela sin empiriska erfarenhet av kliniska fall, för det andra allt vad de fått veta om den individuella patienten och de närstående samt för det tredje empiriskt grundad och statistiskt och logiskt bearbetad vetenskaplig kunskap. Information från dessa tre kunskapskällor plus en personligt färgad relation till patient och närstående läggs till grund för läkarens sammanvägning i form av en bedömning att diskutera med berörda patienter och närstående, som deltar i en överläggning om lämpliga åtgärder.

Tysk romantik

Under 1800-talet blev romantiken en dominerande tidsanda med ursprung i tysk kultur och litteratur. I den fanns två centrala synsätt som kom att få betydelse långt senare, nämligen för perioden av romantik i västvärlden åren mellan 1960 och 1975 och sedan i en strömning på 2010-talet med efterdyningar in på 2020-talet. Vi märker den i de svenska statliga betänkandena om ”god och nära vård”, ”personcentrerad och sammanhållen”.

I romantikens sätt att se på sinne och omvärld har känslor, minspel, röst och kroppsspråk stor betydelse. Det är med dem som vi uppfattar vad som är vackert och fult, gott och ont, meningsfullt och meningslöst. Det är med dem som vi skapar personliga relationer till andra.

Även romantiken gjorde avtryck i bland annat trädgårdskonsten. Anläggningar i den tidsandan präglas av fantasi, mystik, skönhet och historia. I Weimar levde en av romantikens mest kända filosofer och skaldar, Johann Wolfgang Goethe. Han lät anlägga en slottspark med slingrande gångar, eremityddor, klocktorn, konstgjorda ruiner och små tempel, med kullar och ängar – ett landskap för meditation och begrundan.

Den romantiska rörelsen på 1960- och 1970-talen tog sig uttryck i en humanistisk psykologi, präglad av romantikens grundtankar:

1. Varje människa har inneboende resurser att förverkliga – vi behöver inte vara offer för omständigheterna. Vi lär inte enbart genom att inhämta fakta, vi upptäcker, förstår och utvecklas av egen kraft och aktivitet.
2. De gemenskaper, som vi ingår i, är större än vi medlemmar tillsammans. Vi införlivas med hela samhällets kultur, med arbetsplatsens, föreningars, vänkretsars och andra grupperingars synsätt, uppfattningar, värderingar, normer, attityder, sätt att tala och uttrycka oss, klä oss och föra oss i olika sammanhang. Inte enskilda observationer utan helheten, the big picture, blir avgörande för våra beslut och handlingar.

Bedömnings-, relations- och handlingsstrategin

I allmänmedicinskt arbetssätt tar sig romantikens idéer tydliga uttryck. Arbetssättet är personcentrerat, sammanhållet och handlingsinriktat.

Läkare och patienters medvetna och omedvetna känslor har betydelse för deras sätt att skapa förtroliga band i kontakten med andra. Den tyska romantikens Einfühlung, empati, inlevelse ges en central roll i relationen mellan läkare och patient och mellan medarbetare på vårdcentralen. Det ger denna relation en personlig karaktär av medmänsklighet, tillit och trygghet. Vi kan se att ett arbetssätt i denna anda utformas enligt en relations- och handlingsstrategi.

Betoningen ligger på patienternas och de närståendes egna resurser, deras egen erfarenhet och egna initiativ. Ett genomslag för en sådan filosofi skulle, sägs det, kunna göra primärvården till själva ”navet i svensk hälso- och sjukvård”. Mindre styrning, mer av entreprenörskap och action research, mer utforskning av vårdverkligheten genom förändring. Kategoridiagnoser ska kompletteras av dimensionella diagnoser.

Så vad är då allmänmedicinskt arbetssätt?

Uppenbarligen att som läkare i olika kombinationer av sistnämnda två strategier, sammanvägningsstrategin och relations- och handlingsstrategin, utforma sätt att vara och agera i dagligt arbete och med känslomässig kontakt, skapa relationer till såväl patienter som medarbetare, på en gång personliga och professionella. I den digifysiska form av vård som blir allt vanligare.

Allmänmedicinskt arbetssätt sätter sin prägel på allt som hör till ”allmänmedicinsk praktik” – organisation, ledning, arbetsformer och nätverken ut i omsorg, skola och andra delar av lokalsamhället samt med patienterna in i sjukhusens mottagningar och avancerade vård.

Jäv saknas.



Henry Egidius
Utbildningskonsult med medicinsk pedagogik som specialitet, Nacka
henry.egidius@gmail.com

Ensamheten är en taggtråd

På årets kortaste dag gör jag ett hembesök. Jag kör ut på landet genom decembersolens svaga ljus. På dagens schema har jag läst: "Hembesök. Patienten för dålig för att komma till vårdcentralen." Ok, tänker jag. Hur dålig? Kommer jag att behöva skicka in patienten till sjukhus?

Jag blir insläppt via köksingången. Passerar hemtjänstens pärmor och attiraljer. Drar på mig ett par blåa plastofflor över vinterkängorna och går in i vardagsrummet. Hemmet präglas av en äldre persons hem. Väggarna pryds av tavlor med gulddramar, kakelugnen står oanvänd, dörrtrösklarna är borttagna. Patienten, herr S, sitter i den åldrade bruna sammetssoffan. På soffbordet står pillerburkarna uppradade bredvid fjärrkontrollen till tv:n, och ett glas vatten. Det viktigaste inom armlängds avstånd.

Jag slår mig ner i soffan bredvid honom. Jag har förstått att han hör dåligt, så jag tänker att jag vill sitta nära. Herr S närmar sig de hundra åren, har snart levt ett helt sekel. Nu har åren kommit ikapp, efter två hjärtinfarkter på kort tid finns inga andra krafter kvar än till att sitta i soffan med tv:n och pillerburkarna som sällskap.

Han tittar på mig och säger:

– Doktorn, kan du förklara för mig, jag har blivit räddad tillbaka till jordelivet två gånger. Det är något jag inte förstår, jag trodde att om man får en hjärtinfarkt, är det samma som döden.

– Ja, jag vågar inte säga du, jag säger doktorn, fortsätter han.

Och i samma andetag:

– Men säg mig en sak, är det du som är doktorn, hur har du kunnat bli det?

”

Jag börjar inleda en "riktig" läkar-konsultation. Det är väl därför jag är där.

– Ja, jag vet inte, svarar jag lite famlande, jag läste på ... ja ... Jag börjar inleda en "riktig" läkarkonsultation. Det är väl därför jag är där.

Förklarar provsvar, medicinlistor, frågor om funktioner i vardagen, både kroppsliga och praktiska. Pratar om hjärtat och

”

Det är få förunnat att möta livet mellan noll till hundra år på en och samma dag, i sitt yrke.

njurarna, kalium och bananer, blodbrist, järn och förstoppning. Hur många gånger om dygnet man kan tillåta sig att spraya nitroglycerin under tungan och ta smärtstillande tabletter.

Mitt i en mening tittar patienten på mig, med en tår i ögonvrån, och avbryter mig med:

– Utan att veta exakt vad du pratar om, är din röst lugnande. Du behöver inte tala högre. Du talar så lugnt och långsamt att bara det att lyssna har samma effekt på min smärta när det skär som knivar i bröstet, som den där har, säger herr S och pekar på Glytrinsprayflaskan som står på soffbordet.

Han skrattar till lite och säger:

– Ja du, doktorn, jag bestämde mig för att byta ut gråten mot skratt för flera år sedan, efter att min fru dog ifrån mig.

– Äh, jag märker att jag är en gubbe som inte kan hålla tyst, kommer det en tår så kan det vara av glädje.

Vi pratar om maten och aptiten, och han säger:

– När doktorn börjar prata om aptiten blir det svart, den är helt borta. Smaken på näringsdryckerna är dimmig, det är svårt att skilja den ena från den andra, de smakar lika illa allihop.

Tiden går, jag behöver avrunda mitt besök. Herr S avslutar med tydlighet i rösten:

– En sak kan jag säga dig; sjukhuset är ett slakthus, jag vill inte dit igen.

Jag lämnar herr S där, i sitt trygga hem. Kanske ses vi igen, kanske inte. Det börjar redan skymma när jag kör tillbaka till vårdcentralen. Väl på plats igen undersöker jag en liten nyfödd som precis rundat sin en-månadsdag. Det är få förunnat att möta livet mellan noll till hundra år på en och samma dag, i sitt yrke. Att vara med när det börjar, när det pågår, och när det slutar.

Natten är stilla nu, dagen är tom.

Jäv saknas.

Charlotta Busch
Allmänläkare, skolläkare, Särö Vårdcentral
charlotta.busch@regionhalland.se



Automater och människor

Vi lever alla inneslutna i den digitala spindelväven, som snabbt vävs allt tätare. De få som står utanför får allt snävare manöverutrymme. Jag som åker gratis skjuts på utvecklingen gläds åt alla möjligheter som öppnas. Australien i ord och bild ligger bara ett par knapptryck bort. Den tillgängliga kunskapsmassan är oändlig. Vardagsverkligheten kan jag administrera från smarttelefonen.

Jag behöver inte lämna mina egna rum eller konfronteras med andra människor. Tekniken sköter det mesta. Nätläkare skriver recept mot en måttlig avgift. Det offentliga står för resten. Det som var fjärran har kommit mycket nära och det som var nära kan stundtals tyckas fjärran. Det är lättare att hålla kontakten med vänner i Latinamerika än med grannen på samma gata.

Men inte sällan våndas jag över alla digitala blindgångar. Problem med mjuk- och hårdvara, omöjliga instruktioner, svårigheter att hitta relevanta uppgifter på alla hemsidor. Företag och myndigheter som gömmer sina telefonnummer längst in i digitala skrymslen eftersom telefonsamtal med levande människor kostar pengar, medan tekniken spar pengar (är det en naturlag?). Fortfarande kan de flesta av oss skilja en robotröst från en människas, men det är nog en tidsfråga innan det är omöjligt.

Vardagsexempel från vården

Sjukvården har inte varit någon spjutspets i den digitala utvecklingen, men mycket har hänt under de senaste 20 åren. Jag vågar självklart inte försöka sammanfatta, bara ge ett mycket enkelt exempel.

För några dagar sedan sökte jag min egen vårdcentral, som jag trivs bra med. Där har man sedan ganska länge en automat där patienten själv kan checka in och betala för sitt besök. Utmärkt så länge det finns andra alternativ, men på sistone har jag noterat att man under vissa tider stänger den manuella betjäningen i receptionen helt. Idag var det så. En kö av gamla människor stängades vid automaten. En vithårig dam med kryckkäppar stod främst i kön. Automaten vägrade henne tillträde. Jag erbjöd min (fumlige) hjälp. Det gick bra, och apparaten tilldelade henne en vaccinationstid.



– Men jag ska inte vaccineras, sa damen lite förnärligt. Jag ska träffa en läkare.

Då dök en sjuksköterska upp vid automaten och förklarade för damen att all vaccinationsverksamhet flyttats över till vårdcentralen D. Hon hade just fått ett telefonsamtal därifrån med förfrågan om varför hon inte dök upp där på bokad tid.

– Men jag ska inte vaccineras vidhöll damen.

– Jodå, vi kan ge dig en ny tid för vaccination.

– Tack, men jag vaccinerades för en månad sedan och nu vill jag träffa min läkare.

Då bad jag den vänliga sjuksköterska kolla om damen möjligen hade en läkartid på vårdcentralen idag. Hon gick till receptionen, där det plötsligt uppenbarat sig en levande människa. Nej, ingen läkartid idag.

– Men jag trodde att besöket gällde mina knän, sa damen. Jag har ju varit på röntgen och vill gärna veta.

– Det förstår jag, svarade sköterskan. Du kommer att bli kallad för en sådan uppföljning.

– Kan jag lita på det?

– Absolut!

Vad skulle hon göra? Hon tillhör en generation som sällan skriker högt. Hon tackade för hjälpen, men såg inte helt övertygad ut när hon trängde sig bakåt i kön mot entrédörren. Systemet hade lett henne på irrvägar, in i en blindgång. Varför skulle hon lita på att det leder henne rätt nästa gång?

Efter mitt eget läkarbesök, som gick snabbt och smärtfritt, hamnade jag intill en man i 50-årsåldern i väntrummet för provtagning. Han hade varit vittne till damens kamp för en läkartid.

– Så här är det alltid, sa han.

– Häromdagen ringde jag vårdcentralen E och blev hänvisad till 1177, som jag med stor ansträngning just passerat. Personalen tycks vara lika villrådigas som patienterna.

– Säkert, sa jag. Alla vill göra sitt bästa, men systemet vill inte ha människor som är dyra i drift. Det föredrar maskiner, som ingen riktigt tycks lita på – än mindre förstå.

Själv är jag ingen teknikfiende, men definitivt skeptiker. Jag är slaven på triumfvagnen som dagligen viskar till min Digitala Herre: "Glöm inte att du är sårbar! Glöm inte att alla digitala nätverk kan rasa samman en dag. Glöm inte att människor behöver människor! Ibland räcker ett vänligt ord från kassörskan på Konsum eller receptionisten på vårdcentralen för att ge ljus åt en dag. Självscanning kan ännu inte erbjuda den tjänsten".

Jag riktar samma uppmaning till alla vårdutvecklare, chefer och vårdfolk i vår egen region och i hela landet. Glöm inte att ni är människor – inte slavar under tekniken!



Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



Rapport från WONCA i Sydney



WONCA World conference 2023 hölls på Sydney Convention and Exhibition Centre Darling Harbour i oktober och det deltog 4 400 primärvårdsläkare från alla världsdelar.

Jag deltog på kongressen och hade sällskap av Miriam Pikkemaat, allmänläkare från Helsingborg som för närvarande gör en postdoc i Sydney och Karin Starzman, allmänläkare från Lidköping som just nu jobbar som GP på Nya Zeeland.

Mycket fokus var på Indigenous Health (urinånarnas hälsa) som är en utmaning med bland annat världens högsta prevalens av reumatisk feber med endokardit – orsaken är fattiga och smutsiga boendeförhållande i ett av världens rikaste länder.

Sam Heard, associerad professor i Alice Springs som utvecklat OpenEHR [1] och samverkat med KI-forskare har 500 patienter i sin praktik som har dialys på grund av streptokockglomerulonefrit och diabetes typ 2 från tidig ålder.

Alla föredrag av australier inleddes med erkännande av urinvånarna som ursprungliga ägare av landet och respekt till dem och deras kultur och deras äldste i nutid och i förfluten tid.

"We acknowledge the Gadigal nation as the traditional owners of the Aora land we work on. We pay our respects to them and their culture and to their elders past and present."

Det var många föredrag och postrar om social prescribing, tele-medicin, diabetes, kardiovaskulär risk, mental health och välformulerade Key Note speakers, framför allt Michael Kidd ansvarig för covid-19 Australien och tidigare president för WONCA World.

Norska Anna Stavdal avgick som president och australiensiska Karen Flegg tog över 2023–2025 och dr Viviana Martinez-Bianchi (USA/Argentina) röstades fram som nästföljande president 2025.

Jag presenterade inför ett 30-tal åhörare svenskt skattningsinstrument om telemedicin – PAIT – som översatts till engelska och testats i England och fick bra feedback. Miriam Pikkemaat som har utvecklat instrumentet deltog också vid sessionen som medförfattare till abstract.

Jag bodde i AirBNB lägenhet i stadsdelen Redfern där många aboriginer tidigare bott och tvärsöver gatan låg den första primärvårdskliniken för aboriginer i Sydney öppnad 1972. Maten på konferensen var mycket god och första dagen blev det rikligt med ostron.

Jäv saknas.

Hans Thulesius
Allmänläkare, professor i allmänmedicin,
Vårdcentralen Skärvet, Växjö, Borgholms hälso-
central, Lunds universitet, Linnéuniversitetet
hansthulesius@gmail.com



Referens:

1. OpenEHR är en öppen standardspecifikation inom hälsoinformatik som beskriver hantering och lagring, hämtning och utbyte av hälsodata i elektroniska journaler, <https://openehr.org/>



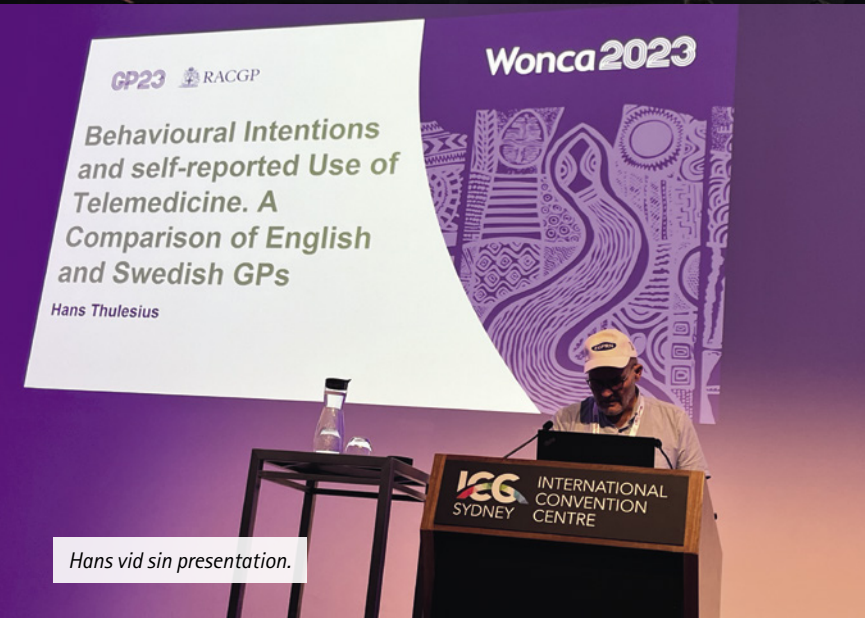
Bilder från Woncakongressen i Sydney 2023



WONCA kongress opening ceremony, Adj Prof Karen Price, Host Organising Committee chair, Immedicate Past President of RACGP.



Prof Trisha Greenhalgh.



Hans vid sin presentation.



Miriam och (maken) Hendrik Pikkemaat (specialist i allmänmedicin, Laröds Vårdcentral, Helsingborg).



Miriam, Hans och Karin.



Harbour Bridge.



Miriam med Australian Surf Lifesavers
- "Always swim between the flags".



Miriam vid sin presentation (HEAD-MIP -
HEALTH Dialogues for patients with Mental
Illness in Primary care - a feasibility study.



Kontorslandskap på TGI.



Postdoc på The George Institute for Global Health i Sydney

Jag är en 44-årig specialist i allmänmedicin som jobbar till vardags på Vårdcentralen Husensjö i Helsingborg. Min kliniska tjänst kombinerar jag med att undervisa läkarstudenter på Lunds universitet, att forska om diabetes och hjärt-kärlsjukdomar och att undervisa och handleda inom forskningen. Sedan kombinerar jag arbetet med privatlivet, det vill säga make, tre barn, vovve och villa (men ingen Volvo). Räcker det med att ha fullt upp och att ha tillräckligt med utmaningar? Det skulle man kunna tänka sig.

Men hur blir det om man för sex år sedan haft möjlighet att göra en så kallad ”predoc”, det vill säga i mitt fall en tre månaders vistelse på ett forskningsinstitut i Sydney/Australien och sedan dess inte riktigt kunnat släppa tanken att återvända dit för en längre tid?

Då får man väl överväga nackdelarna och svårigheterna med fördelarna och möjligheterna.

Det är inte svårt att komma med en hel del utmaningar på en gång. Tjänstledighet från vårdcentralen, att hitta boende, att hitta ett sätt att hantera uppdragen mot universitet i Sverige, att rycka ut barnen från sin trygga vardag, att lämna vovven, att få ett visum, att hitta skolplatser till barnen, sjukförsäkring, att



Räcker det med att ha fullt upp och att ha tillräckligt med utmaningar? Det skulle man kunna tänka sig.

lämna huset, att maken hittar arbetsmöjlighet och inte minst finansieringen.

Usch, är det möjligt att hitta tillräckligt många argument på positiv sidan? Att komma tillbaka till den trevliga miljön på institutet, att lära känna nya platser och människor, att få helt nya perspektiv, att ge barnen ett minne för livet, att leva i ett helt annat klimat, att lära sig ett nytt språk, att resa, att utvecklas och lära sig något nytt på jobbet varje dag.

Ok, ok, det räcker. Vi bestämde oss för att göra det. Efter en lång tid av förberedelse, många upp och ner (inte minst pandemin, men som tur var hade vi planerat långt i förväg), var det slutligen dags i juli 2023. Vi gav oss av till Sydney. Och där har vi nu varit i ungefär ett halvt år.

Ja, mycket är annorlunda, inte bara för mig men framför allt för barnen. Skoluniform, ganska osvensk undervisning, i vårt fall till och med könsuppdelade skolor. Men samtidigt också möjligheten till nya vänner, att lära sig nya idrotter (eller har ni spelat Touch Football förut), att lära sig att det finns en oändlig mängd av djur som kan döda dig, både på land och i vattnet – men i slutändan är de största farorna väl ändå trafiken och solen.

Maken hade hoppats att kunna jobba som allmänläkare på plats här i Australien men tyvärr – trots brist på allmänläkare – visade det sig i princip omöjligt, eller åtminstone orealistisk för bara ett år. Som tur är finns det 2023 möjligheter att jobba på distans. Både att ha en sysselsättning men inte minst också för att finansiera livet i en av de dyraste städerna i världen.

För min del löste det sig med finansieringen, bland annat tack vare stipendier i form av bidrag från Gorthons stiftelse, Zoegas stiftelse, Läkaresällskapet i Lund och Distriktsläkarens Samfund.

Och vad gör jag nu med tiden och möjligheterna här? Jag har fått chansen att arbeta med ett flertal inspirerande och framgångsrika forskare här.

I ett av projekten med professor John Chalmers och professor Mark Woodward studerar vi olika sätt att mäta lipider och lipoproteiner och statinbehandlingen och deras samband med utvecklingen av kardiovaskulära komplikationer, kognitiv försämring och dödlighet.



Dr Katie Harris, biostatistiker The George Institute (TGI); doktorand och pre-doc Peder af Geijerstam, Linköpings universitet (3 månaders predoc på The George), prof John Chalmers, TGI.



Jag framför huset där vi bor i Manly (Sydney).



Kontorsbyggnaden (International Towers) där TGI finns sedan 2023 (i Barangaroo/Sydney).



Vi gav oss av till Sydney. Och där har vi nu varit i ungefär ett halvt år.

Ett annat team leds av professor Alta Schutte och handlar om hypertension. Vi undersöker möjligheter till fasta kombinationsbehandlingar, deras kostnader och effekt och utvecklar en enkel men evidensbaserad behandlingsriktlinje till primärvården. I ett annat projekt undersöks användning av ett armband som kontinuerligt mäter blodtrycket hos patienten. Läkaren får sedan ett enkelt beslutsstöd, där det rekommenderas att höja eller lägga till läkemedel om mindre än 90% av dagtidvärden når målvärden 135/85.

I ett tredje projekt som är baserad på May Measurement Month, en världsvid blodtrycksmätning av 4,8 miljoner individer 2017–2021, undersöks ungefär 336 000 individer med självrapporterad diabetes och jämförs med deltagarna utan diabetes angående blodtryck, medvetande, compliance och övriga faktorer.

Det fjärde teamet har professor David Peiris som teamledare.

Här undersöker vi effekten av ett statligt prioriterat program som bidrar till "New South Wales' Health strategy" för att uppnå en värdebaserad sjukvård. Fokus ligger på en förbättrad patientupplevelse, att stärka konsumenternas deltagande i utformningen och genomförandet av nya vårdmodeller. Jag utvärderar en intervention i norra Sydney som pågår sedan 2022 för personer över 75 år som består av identifikation av högriskpatienter, proaktiva besök hos allmänläkaren, extra stöd via socialtjänsten, ett specialiststöd (geriatriker) till allmänläkaren och en vårdsamordning.

Det blir således aldrig tråkigt på jobbet och även om jag såklart saknar mina kollegor och arbetet med patienterna, njuter jag i nuläget av att kunna ägna mig åt forskningen på ett intensivt sätt. Och i en stad som Sydney med både storstad, natur och hav blir det inte heller tråkigt utanför jobbet. Det kommer således bli både glädje och saknad när vi återvänder till Sverige till sommaren 2024.



Miriam Pikkemaat

Allmänläkare, PhD, Vårdcentralen Husensjö, Helsingborg, Centrum för Primärvårdsforskning, Lunds universitet, Malmö
miriam.pikkemaat@med.lu.se



Att arbeta med ursprungsbefolkningen på Nya Zeeland som distriktsläkare

Jag har nu arbetat ett år som distriktsläkare i Nya Zeeland för en Maorisk trust*. Maorierna är urbefolkningen på Nya Zeeland och de kom ungefär vid år 1330–1350 från de östpinesiska öarna. De har ett eget språk och mycket levande traditioner och ritualer. I den organisationen jag arbetar i introduceras alla medarbetare, när de börjar sin anställning, med en Pofyri, ett två timmar långt möte med sånger och presentationer av sig själva. Det viktiga i presentationen är varifrån du kommer, vilket berg och vilken flod. Även jag fick ställa mig upp och berätta att mina förfäder var fiskare. De som arbetar på kontoret har även en Karakia, ett dagligt möte, med morgonbön på maoriska och tre psalmer. På själva vårdcentralen har vi luckrat upp det för att komma igång med mottagningen på morgonen.

Första gången européer och maorier möttes var 1642. Det var den holländske kaptenen Abel Tasman, med besättning, som mötte maorierna. Det resulterade i att fyra män i hans besättning dödades och de flydde från platsen. Nästa gång var det James Cook som mötte maorierna, 1769. Även han fick närma sig mycket försiktigt. Maorierna har varit krigiska både mot vita och mellan stammarna. Fram till 1800-talet idkades kannibalism.

6 februari 1840 signerades ett avtal mellan England, drottning Viktoria, och de maoriska hövdingarna för att stoppa fler krig. Avtalet gav drottning Viktoria rätt att styra över Nya Zeeland och i gengäld garanterades den maoriska befolkningen beskydd, rätt för hövdingarna att bestämma över sin stam och sitt land. Det gör att 6% av all mark är maori-land och kollektivt ägd. De pågår fortfarande ett fåtal processer om landäggande mellan engelska kronan och maoriska stammar. Denna konflikt är inte löst och den ligger hela tiden under ytan. Den maoriska befolkningen känner sig bestulna på sitt land.

Nu tillbaka till nutid. Det är distriktsläkarbrist i Nya Zeeland, väldigt många distriktsläkare har fulla listor och de tar inte emot nya patienter. Min mottagning har 1 375 listade patienter per doktor, totalt är det 2 200 listade patienter och 1,6 läkare. Detta är en normal maximal storlek på mottagning och vi skulle kunna stänga för nya patienter.

Moerewa, där jag arbetar, är ett

* Trust, har ett mycket vidare begrepp än stiftelse på svenska. Jag har därför valt att använda det engelska ordet.

väldigt fattigt område där mer än 80% av patienterna är maorier. De flesta arbetar på slakteriet, fruktodlingar och inom barn- och äldreomsorg.

Bostadsförhållandena är dåliga och saker som vi ser som självklara i Sverige är inte på plats här. Under den tidigare regeringen tillsattes det pengar för renovering av undermåliga hus. Detta har skötts via den trusten jag jobbar i. Generellt lägger regeringen ut olika kontrakt som olika organisationer kan söka. Sådana saker som i Sverige sköts via kommunen kan ha en privat utförare här. Om föräldrarna inte kan ta hand om sitt barn är det släkten och familjen som ska involveras, det är inte socialen som har ansvaret. Det har varit svårt för mig att navigera i systemet och det är oklart vem som bär ansvaret.

Jag träffar 17–22 patienter per dag, 1–3 telefonsamtal samt 4–5 recept. Det finns inga läkarsekreterare, jag skriver journal och brev själv. Patienten bokas in av receptionisten oftast helt otriagerat, det är bara när vi har ont om tider som sjuksköterskan triagerar. Jag gör en helgjour på fem timmar i månaden och kvällsjour var annan månad.

Alla patienter får bara recept för tre månader. En blodtryckspatient behöver träffa läkaren två gånger per år och kan få recept förlängt, utan besök, två gånger. Jämfört med där jag jobbade i Sverige ger detta fyrdubbelt jobb, eftersom vi träffade dem vartannat år, och sköterska vartannat år.

Varje måndag morgon får jag skrämshicka för som GP får vi kopia på våra listade dialyspatienters provsvar. Jag skriver ut läkemedel till dessa dialyspatienter, specialisten skickar brev till oss vad patienten ska stå på. Sedan finns det mycket lata specialister (kardiologer) som har patienten på mottagningen, men som inte skriver ut några läkemedel på mottagningsbesöket. Istället får patienten komma till mig dagen därpå för att få sina hjärtmediciner, Entresto, med mera. Detta är dubbelarbete och det är stor risk att det blir fel. Väldigt mycket provsvar och röntgenundersökningar, som sjukhusen beställt, går med kopia till vårdcentralen. Detta ger också merarbete.

Reumatisk feber med skadade hjärtklaffar är en realitet. Alla är medvetna om att streptokocker är farliga och i skolorna tas det regelbundet halsprov för att hitta streptokockinfektioner i halsen.

Tandhälsan är förfärlig med massor av infektioner i munnen. Även tandinfektioner kan orsaka reumatisk feber. Trots att det är gratis tandvård till 18 års ålder ser jag mycket karies. De vuxna med



Bild från Moerewa medical service, Moerewa, Northland Nya Zeeland. Främst i bilden är Ashly Davis, receptionist. Bakom från vänster Karin Starzmann, Nancy Yakas sjuksköterska och Murray (Muz) Armstrong, sjuksköterska, står längst bak.

tandvård kommer till vårdcentralen istället för att gå till tandläkaren. De efterfrågar antibiotika och när tanden är sönderfränt går de till en tandläkare och får den utdragen. Jag skriver ut antibiotika för tandinfektioner en-tre gånger per vecka. Det är väldigt vanligt med löständer.

Vi har ingen barnvårdscentral men vårdcentralen vaccinerar barnen och GP gör sexveckorskontrollen. Vikt- och längdkontrollerna sköts först av mammans barnmorska och efter det av en annan organisation. Detta gör att det är lite si och så men vikt- och längdkontrollerna. Det är lätt att barn faller ur systemet. Mina sjuksköterskor försöker fånga upp barn som inte blivit vaccinerade när de eller deras föräldrar söker på vårdcentralen av andra skäl.

I Nya Zeeland har man tio dagars sjukskrivning och man behöver ett läkarintyg från dag ett. Jag skriver fem-åtta intyg i veckan, en arbetsuppgift som jag inte gör i Sverige. Det är väldigt många som är sjukskrivna mot arbetsförmedlingen, Work and Income (Winz). Dessa intyg skrivs för tre månader och det är fyra-fem patienter per vecka som sjukskrivs mot Winz. De flesta jobben är väldigt fysiska och om man skriver att patienten kan arbeta 15-30 timmar, per vecka med begränsningar, har inte Winz hittat något jobb till dem efter tre månader, utan intyget bara förlängs.

Om du får bröstcancer på Nya Zeeland har du tio sjukpenningdagar och därefter ersättning från arbetsförmedlingen motsvarande 8 000-9 000 svenska kronor per månad om du inte kan jobba. Det finns en statlig olycksfallsförsäkring som heter ACC som gör att en person som vrickat foten får bättre sjukvård och mer pengar vid sjukfrånvaro är vid cancer. Den skatt som alla betalar till ACC är 1,46%. Detta gör att ett ACC-formulär ska fyllas i vid

minsta lilla skada. Jag har fem-sex besök i veckan med personer som bara vill ha sin skada dokumenterad för ACC utan att de behöver någon vård, vilket är onödiga besök enligt min mening.

Om en skada går under ACC är det privata ortopederna som sköter behandlingen. Om du skadat knät och därefter fått artros som kräver en knäplastik får du denna på privatsjukhus om det går under ACC. Om du däremot har normalt utslitna knäleder får du köa i det offentliga systemet i åtta månader till ett år. Om du har HbA1C över 60 eller är rökare vägrar den offentliga sjukvården att över huvud taget bedöma dig för knäplastik. Väldigt orättvist. Det förekommer ingen politisk debatt kring att ACC dränerar den vanliga sjukvården, vilket förvånar mig.

En annan sak, som det tog mig tre veckor att lära mig, är att det är normalt att dricka regnvatten som samlats upp i vattentankar. Det är si och så med rengöringen och filtren. Jag hade en flicka som återkom tre gånger med gastroenterit och hon hade Ecoli. Ibland dyker även EHEC upp i odlingsvaren.

Den stora skillnaden mellan Nya Zeeland och Sverige är de strategiska besluten. Just nu vill den nya premiärministern skrota motsvarande landstingen i bestämmandet över sjukvården och lägga besluten direkt under hälsodepartementet. I Sverige är systemet mer robust och en regering kan inte styra om helt och hållet. Enligt min mening har Sverige ett bättre ledarskap på strategisk nivå.

Nya Zeeland har en fantastisk natur och min man och jag har en underbar tid här. Min arbetsgivare har tagit väl hand om oss och även ordnat arbete för min man. Det finns mycket jobb för distriktsläkare och lönen är bra. För mig var engelskan den jobbigaste biten, de kräver IELTS academic 7,5 eller OET B. Efter språkstestet tog det åtta månader att skicka in alla dokument för läkarlegitimation och för att få arbetstillstånd. Sverige räknas som ett likvärdigt sjukvårdssystem och därför behöver vi inte göra något kunskapstest. Är man äldre än 55 år kan man inte få medborgarskap.



Karin Starzmann

Allmänläkare, Moerewa Medical Center, Bay of Island, Nya Zeeland
karin.starzmann@gmail.com



Vilken typ av läkare jobbar i glesbygd?

Idén att glesbygden kräver extra kunskap visade sig redan under ST-utbildningen.

– Det här behöver du uppe i Lappland, säger överläkaren på den stora barnakuten när hon hämtar mig enkom för att jag berättat att jag vill jobba i glesbygd.

En stund senare knäcker jag till en 35-gradigt krokig underarm på en sex-åring lugnad av lustgas. Det känns surrealistiskt. Allt går bra. Barnet går hem med ett gips.

Föreställningen att arbete i glesbygd är ”extra svårt” stämmer inte. I stället är det precis som vanligt. Anamnes. Anamnes. Anamnes.

– Jag vill ha medicin för min njursten, säger patienten. Jag behöver bara ett recept!

– Jag bedömer det inte som njursten, säger jag.

– Du hör vad jag säger, nästan skriker patienten åt mig, det är njursten, jag vet det!

Efter utredning visade sig patientens självdiagnostik felaktig och orsaken till den årlånga smärtan en annan. Jag gjorde

inget extra, jag bara penetrerande symtomen och gjorde en egen bedömning.

Sjuka barn i glesbygd, det är väl svårt på riktigt?

– Ja, jag vill ha en helikopter, säger jag till SOS-personalen.

– Men parametrarna är ju fina, svarar SOS. Går inte en vanlig ambulans?

– Ja visserligen, men barnet kämpar med andningen, jag behöver verkligen en helikopter, upprepar jag.

En halvtimme senare flygs det sjuka barnet de 23 milen till närmsta akuta barnsjukvård. Några timmar senare sövs barnet ner på IVA och kan efter några dagar skrivas ut. Allt gick bra.

Barn klarar sig oftast, men såklart inte alltid. 2006 hade min kusin ringt till sjukstugan när hans 13-åring hade ont i magen och rekommenderats att avvakta. Vilken information som gavs eller vilken som efterfrågades vet jag inte. Oavsett så försämrades Lina i hemmet sex mil från sjukstugan. Det slutade illa och Lina tog sitt sista andetag i baksätet på sin pappas bil på den lilla grusvägen i granskogen.

Hennes liv gick sedan inte att rädda. Sepsis av brusten blindtarm.

Hon fick helt enkelt inte vård i tid.

Varken du eller jag kan förhindra det som inte går att förhindra. Hade vi fått träffa Lina i tid hade den helt vanliga allmänläkaren kunnat göra skillnad. Buksmärtor, feber och ett skyhögt crp – du hade handlagt patienten. Hade du varit osäker hade du ringt bakjouren som hjälpt dig med handläggningen.

I glesbygd är du nämligen aldrig ensam.

– Kan du jobba i glesbygd?

– Jag vågar inte, säger många.

– Det skulle jag aldrig klara, säger andra.

Att å ena sidan skriva ut medicin för diabetes till att å andra sidan ta direkta beslut som kan påverka liv och död blir ibland svindlande. Spännvidden mellan ytterligheterna blir visserligen större i glesbygd och det ger en dynamik i arbetet. Det är däremot inte svårare. Även den händelsekedja som leder till en naturlig död kan vara skrämmande att befinna sig i. Det är okej.

Tyvärr finns kollegor som inte frågar när de behöver, som kör sin grej och inte lyssnar på sjuksköterskor. Kollegor som inte är rädda är farliga kollegor. Då kan det bli farligt på riktigt.

Jag menar att just din rädsla för att göra fel, din oro att missa någonting viktigt och din vetskap om att du inte kan allt är viktiga ingredienser till en bra specialist i allmänmedicin. Speciellt i glesbygd.

Jag vet att jag kan.

Jag vet att du kan.



Sofie Lyhammar

Allmänläkare, MLA Storumans sjukstuga
sofie.lyhammar@regionvasterbotten.se

GLESBYGDSMEDICINSK KONFERENS

Lycksele 7-8 maj 2024
ST-dag 6 maj
Tillsammans i glesbygd
Glesbygdsmedicin i förändring- resurser och samarbeten
Anmälan via hemsidan



Dumhetsbekämpning • Mats Alvesson och Stella Cizinsky
Förlag: Fri Tanke • Utgivningsår: 2023 • ISBN: 9789189733688



Mot Dumheten kämpa gudarna förgäves

När jag ser den branta lutningen på kurvan över ökningen av administrativt anställda i sjukvården de senaste tjugo åren och den flacka kurvan över de som arbetar med patienter – kärnarbetarna – tycker jag mig se ett av sjukvårdens huvudproblem. Men är det så? Kanske alla dessa människor som ordnar för och bestämmer över de som utför jobben verkligen underlättar.



Funktionell dumhet är inte vanlig dumhet utan en för situationen anpassad dumhet som upprätthåller myten om att det man arbetar med är meningsfullt.

Det tror nu inte Mats Alvesson och Stella Cizinsky i boken *Dumhetsbekämpning*. De menar tvärtom att organisationers administrativt anställda måste motivera sin arbetsexistens genom att hitta på, ändra, organisera om och tvinga in kärnarbetarna i nya mönster och arbetssätt. Den bakomliggande filosofin till att den administrativa sfären internt fungerar är enligt författarna det som de kallar **funktionell dumhet**.

Funktionell dumhet är inte vanlig dumhet utan en för situationen anpassad dumhet som upprätthåller myten om att det man arbetar med är meningsfullt.

Författarna sammanfattar funktionell dumhet som stor byråkrati, fokus på fasaden – varumärket, befattningar av tveksamt värde, övertro på digitala lösningar, överadministration av enkla uppgifter och ständigt bruk av floskler.

Den funktionella dumhetens farligaste fiende är genomtänkt

och välformulerad kritik av organisationens system. Som ifrågasätter både den administrativa strukturen och de som överarbetar administrativa frågor.

Mats Alvesson är samhällsvetare och professor vid universitetet i Bath och har både själv och med andra skrivit om att ”tänka inom en alltför smal tankerymd”. Stella Cizinsky är kardiolog och chef på hjärtkliniken i Örebro. På en konferens i narrativ medicin i Växjö 2018 höll hon en uppmärksammas föreläsning om att chefer borde läsa mer och motionera mindre.

Boken är uppdelad i *dumhetsbeskrivning* – 2/3-delar – och *dumhetsbekämpning*. Beskrivningen överflödar av exempel som dels utifrån sett visar hur organisationen fungerar orationellt, dels inifrån organisationen bekräftar en legitimitet för att avstå från ifrågasättande. Sista tredjedelen av boken blir en sorts handbok i det kritiska tänkandets tjänst som också manar till motstånd. Motståndet består i att tänka kritiskt själv och förstå att kärnverksamhetens möten med människor är det verkliga innehållet och att de som ordnar – styrande dokument – är de som hindrar eller inte förstår.

Man lämnar boken övertygad men med ett litet styng av tvekan. Var finns de goda argumenten för en styrande organisation?

Det framstår efterhand och till slut, ju fler och utmattande exemplen blir, som att läsa en skräckskildring som ibland för tankarna till maktens irrgångar och oåtkomlighet i Franz Kafkas *Processen*. Det är lätt att som kärnarbetare eller allmänläkare uppleva att man sitter fast i den funktionella dumhetens garn.

Jäv saknas.

Björn Landström
Allmänläkare, Närhälsan Tidans vårdcentral,
Skövde, Skarborgsinstitutet för forskning inom
hälso- och sjukvård
bjorn.landstrom@skarborgsinstitutet.se



Jakten på hälsa – Ett flerdimensionellt perspektiv • Christer Olofsson
 Art nr: 45272 • Studentlitteratur • Utgiven: 2023 • ISBN: 978-91-44-15969-0



Fascinerande beskrivning

av en oändlig jakt utan säkert slut

Så här presenteras boken på omslagets baksida: ”Boken vänder sig till alla som arbetar i hälso- och sjukvården, men även till de som i andra sammanhang kommer i kontakt med människors strävanden efter att uppnå en god hälsa. Ett strävande som är i hög grad tvärvetenskapligt och som behöver mycket nytänkande inför framtiden.”



Att läsa boken gav mig en repetition av mycket jag redan kände till, en omrörning i kunskaperna och ett intresse för mer av den skönlitteratur som finns i referenskapitlet.

Boken är uppbyggd av 15 olika kapitel, varav 8 anger olika perspektiv på hälsa i rubriken.

Härefter följer 15 sidor med omkring 20 referenser per sida. Det är rubricerade verk av författare från många år före vår tideräkning till 2023. Sammanlagt 255 sidor text och 15 sidor referenser. Boken saknar helt bilder, diagram och tabeller.

Det vackra omslaget gjorde mig nyfiken.

Jag ville läsa boken av intresse för ämnet hälsa. Jag har hela mitt läkarliv försökt finna verkningsfulla mekanismer och förhållningssätt till hälsa. Nu skulle jag få påfyllning!

Tyvärr blev det inte som jag hoppats. Här hopas orden på varandra och trasslar in sig i resonemang som inte leder utanför det tidigare kända. Meningarna är långa och krångliga. En del

stavfel, felvalda och utelämnade ord gör ibland texten mindre lätt att ta till sig.

Finns det något positivt i boken?

- Definitionen av hälsa från WHO 1948: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.” Står sig fortfarande.
- Alla i Sverige har lagstadgad rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Men det fungerar inte, bland annat på grund av statussyndromet.
- Beskrivning av hälsans naturalförlopp och det egna ansvaret.
- Betoning av riskfaktorer som ensamhet och värdet av ett sammanhang.
- Medvetandegör att unga människor mår psykiskt sämre idag på grund av en rotlöshet som leder till en ständig jakt på förändringar. Något att försöka lösa?
- Omfattande genomgång av alla perspektiv på hälsan. På sista sidan betonas att WHO:s definition fortfarande gäller men behöver mer av tvärvetenskaplig ingång. Hälsan utmanas alltid, och att uppnå en god hälsa är en ständigt pågående process. Som livet självt.

Att läsa boken gav mig en repetition av mycket jag redan kände till, en omrörning i kunskaperna och ett intresse för mer av den skönlitteratur som finns i referenskapitlet.

Jag tror jag börjar med Peter Nolls *Den utmätta tiden*.

Jäv saknas.



Gunilla Byström

Pensionerad allmänläkare, verksam som kompetensvärderare för examens och Mitt-i-ST
gunilla.bystrom@planningtools.se

AllmänMedicin informerar

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



Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Skattmästare

Panteha Hatofi
panteha.hatofi@sfam.se

Adjungerad facklig sekreterare

Emil Péclard
emil.peclard@sfam.se

Övriga ledamöter

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Lisa Sallmén
lisa.sallmen@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Jenny Berggren
jenny.berggren@capio.se

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood
info@sfamtorsdagsmoten.se

ST-rådet

Mujahed Abassi
mujahed.abassi@skane.se

Utbildningsrådet

Anna Beck
anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Lena Pomerleau
lena.pomerleau@regionstockholm.se

Forskningsrådet

Susanna Calling
susanna.calling@med.lu.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Malin Skogström
malin.skogstrom@skane.se

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Hålfådán Pétursson
halfdanpe@gmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Gunilla Malm
gunilla.a.malm@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Sonja Holmquist
sonja.holmquist@regionstockholm.se

Studierektorsnätverket

Tova de Ruvo Lohmann
tova.deruvo-lohmann@regionstockholm.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Nikos Pounaras
nikolaospounaras@gmail.com

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för

fortbildningssamordnare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström
louise.wanstrom@gmail.com

Rikard Viberg

rikardviberg@msn.com

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Anna Falk
anna.falk@rvn.se

Nätverket för psykisk ohälsa

Katrin Hagskog-Engel
katrin.hagskog-engel@regionstockholm.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

EURACT

www.euract.eu
Nikos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

EQuiP

equip.woncaeurope.org
Eva Arvidsson, evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vadgm.woncaeurope.org
Vakant

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

Nordic Federation of General

Practice/ApS

www.nfgp.org
Magnus Isacson, magnus.isacson@sfam.se

Nordic Young General Practitioners (NYGP)

Linn Ekström
Nazila Mansimli
nazila.mansimli@skane.se

Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gmail.com

Scandinavian Journal

of Primary Health Care
Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQuIP

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och hemsidan@sfam.se

Lokalföreningar

BLEKINGE

Anna Lövgren
anna.lovgren@regionblekinge.se

DALARNA

Filip Sundal
filip.sundal@regiondalarna.se

GOTLAND

Julia Gitcho
julia.gitcho-norrstrom@gotland.se

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

JÄMTLAND

Nicklas Wärme
nicklas.warme@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com
www.sfamkronoberg.se

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Ingrid Stener
ingrid.stener@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*

NORRBOTTEN
Maria Nordendahl
maria.nordendahl@gmail.com

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBORG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBERG

Nikolaos Georgiannos
nikolaos.georgiannos@vgregion.se

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Anna-Maja Åberg
annamaja.sundin.oberg@regionvasterbotten.se

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Jenny Krifors
jenny.krifors@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Anna Tomczyk
anna.tomczyk@regionvarmland.se

ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson
emil.kristensson@regionostergotland.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

InformationsMedia i Göteborg AB, avd. syd
Annika Cederlund
annika@informationsmedia.se

Annonser

InformationsMedia i Göteborg AB
Jean Lycke
Marieholmsgatan 10 C, 415 02 Göteborg
070-277 15 11
jean@informationsmedia.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

Hemsida: www.sfam.se/tidskriften • **Webmaster:** hemsidan@sfam.se

Redaktion

Jens Halldin, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Christer Petersson
cpetersson121@gmail.com

Lars Englund
englund1@telia.com

Björn Landström
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se

Staffan Svensson
staffan.svensson@pharm.gu.se

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

**Utgivningsplan för 2024**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
2	18.3	15.4	22.5	Jämlikhet i vården / Cancer i primärvården
3	12.8	2.9	7.10	Triagering och prioritering / Njurar
4	4.10	4.11	9.12	AI / Ungdomsmedicin

SFAM:s kansli

Post: Box 738, 101 35 Stockholm
Besök: Klara Östra kyrkogata 10
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se,
Tel: 070-522 52 21

Kompetensvärdering i ST
mittst@sfam.se
Katarina Boltenstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



SFAM är en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

Publicering

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

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

Följ debatten på Ordbyte!

<http://sfam.se/foreningen/organisation/ordbyte/>

Bli medlem:

Skicka ett tomt mail (utan rubrik eller innehåll) till sfam-ordbyte+subscribe@googlegroups.com från den epost-adress du vill använda.

Avsluta medlemskap:

Skicka, från den adress du är registrerad på, ett tomt mail till sfam-ordbyte+unsubscribe@googlegroups.com.

Kalendarium
**2024****Mars**

Mitt-i-ST-seminarium
25.3, Stockholm

April

NAAKA-dagen
11.4, Stockholm

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2024
24–26.4, Uppsala

Maj

Glesbygdsmedicinsk konferens
7–8.5, Lycksele
6.5, ST-dag

Juni

NCGP 2024
11–14.6, Åbo, Finland

Oktober

ST-dagarna
9–11.10, Nyköping

November

20:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården
21.11, Stockholm

2025**Maj**

European General Practice Research Network (EGPRN)
15–17.5 Göteborg

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.
<https://sfam.se/events/>

Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.

**Kollegial dialog online**

Möt kollegor i smågrupp.
<https://sfam.se/dialog/>

Lyssna på AllmänMedicin!

Här kan du lyssna på upplästa artiklar ur tidskriften AllmänMedicin och ta del av inspelade intervjuer.
<https://sfam.se/tidskriften/podcast/>

Provinsialläkarstiftelsen

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/vart-arbete/aktuella-kurser/>

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