Distriktsläkaren

Nr 1 • 2015 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF

Vi hjälper dig!

Konflikter på arbetsplatsen • Läkare behövs i ledningen
Allmänläkarens uppdrag och gränser • Är provsvaret rimligt?
Glesbygden som testbädd för framtidens vårdmodell

Svenska Distriktsläkarföreningen

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse:
Ove Andersson (ordf.), Britt Bergström, Lena Ekelius, Bengt Jönsson, Daniel Mella, Christer Olofsson, Agneta Sikvall, Marina Tuutma

Kansli:
Anne-Marie Johansson
Sveriges läkarförbund
Villagatan 5, Box 5610
114 86 Stockholm
E-post: anne-marie.johansson@slf.se
tfn 08-790 33 91, fax 08-10 31 44

Redaktör:
Christer Olofsson, (red. och ansv. utg.)
E-post: christer.olofsson@ltblekinge.se

Redaktionsråd:
Agneta Sikvall, Lena Ekelius, Daniel Mella

Distriktsläkaren utkommer med 6 nr/år
ISSN 0283–9830 (Print)
ISSN 2001-810X (Online)

Adress:
Distriktsläkaren, Box 5610
114 86 Stockholm

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen:
dl@mediahuset.se

Annonser:
Helen Semmelhofer
helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

Tryck:
ÅkessonBerg
www.akessonberg.se

DLFs hemsida:
www.distriktslakaren.se

Omslagsfoto: se.fotolia.com

Innehåll:

Ledare 3
Information från styrelsen 5
Regeringsutredning 6
Konflikthantering 8
Ansvarsområde 11
Ledarskap 14
Distriktsläkarföreningens fond 15
Laboratoriesvar 16
Vård i glesbygden 21
ST-dagar 31
Fadderlista 2015 31
Bokrecensioner 32
Redaktören har ordet 33
DLFs styrelse 34

Svensk primärvård behöver tre kloka beslut under 2015

Regeringens specielle utredare för en effektivare sjukvård, Göran Stiernstedt, har i sitt arbete ånyo konstaterat att den svenska primärvårdens dimensionering behöver ökas. Uppdraget behöver ses över och diskuteras. Explicit konstateras att antalet specialister i allmänmedicin måste öka. Detta som en viktig och tydlig del av de åtgärder som behövs för att effektivisera svensk sjukvård. Utredningen konstaterar att skälen till detta är att vi med en utbyggd primärvård får en kostnadseffektivare vård, som tillfredsställer det viktigaste för individer med komplexa och återkommande vårdbehov, nämligen samordning, helhetsansvar och kontinuitet.

Detta har föreningen och jag hört under snart två decennier vad gäller den svenska vården. Beslut har fattats, men målen har aldrig uppnåtts. Vi behöver därför genomföra denna ökade dimensionering på ett sätt som säkerställer att vi verkligen når målen.

Jag och DLF vill därför hjälpa till med förslag, som verkligen leder svensk primärvård mot en ökad dimensionering och ökad läkarbemanning. Att idag fatta beslut som styr åt det hållet är nödvändigt. Göran Stiernstedts förslag måste tas på allvar.

Jag vill därför att politiker redan 2015 fattar tre väldigt viktiga övergripande beslut för att starta denna process.

1. Att inte låta varje enskilt landsting ensamt få ansvaret för att öka antalet specialister i allmänmedicin. All erfarenhet och olika myndigheters uppföljningar av vårdval och tidigare primärvårdssatsningar visar sammantaget att ett enskilt landsting aldrig har förmått att förändra sin egen sjukvård i den här riktningen. Denna utveckling kräver en tydlig nationell styrning och ansvar. Att lämna förslag som utgår från att varje landsting eller region återigen ska få totalansvaret för denna förändringsprocess är både naivt, oklokt och dödsdömt.
2. Inrätta en nationell kompetensförsörjningsplan som inom ett–två år tar fram accepterade förslag på det framtida behovet av kompetenser inom sjukvården och med uppdrag att specifikt se till att primärvårdens utveckling och bemanningsproblem prioriteras.
3. Ett nationellt beslut om att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin betydligt de närmaste fem åren. Kanske upp mot 50 procent mer än vad varje landsting anser att de behöver. Detta behövs för att först och främst vända utvecklingen, men också för att kompensera för det sedan decennier kända faktumet att 30 procent av specialister i allmänmedicin inte kommer att arbeta i primärvården. Det är kända fakta sedan decennier tillbaks som inte kommer att förändras. Vår kompetens är eftertraktad.

Med dessa tre kloka beslut under 2015 kan vi börja förändringen redan nu. Sedan kan vi efter det tillsammans fortsätta att diskutera vad vi ska göra och hur. Allt för att forma bästa möjliga primärvård i framtiden.

Ove Andersson
Ordförande

Annons

Nytt från styrelsen januari 2015

Nytt år, nya tag, samma frågor men kanske från en lite annan vinkel. Delar av styrelsen har träffat vår vetenskapliga gren SFAM för att diskutera livslångt lärande och hur våra föreningar kan vinna på samarbete i frågan. Några av deltagarna hade varit med längre än oss övriga och berättade att redan på 70-talet var fortbildning på tapeten, men då sågs det som en löneförmån! Den förmånen har, som vi flera år konstaterat, blivit allt mer inskränkt och nu ser vi väl på fortbildning som nödvändigt för att läkaren ska behålla sin kompetens. Kompetens för att ta patientsäkra beslut, och klara att ta hand om patienter på rätt nivå i vårdkedjan till fromma för landets ekonomi. Primärvården gör samma saker som sekundärvården många gånger, men till ett minimum av kostnaden. Tala om det för varje politiker ni träffar…

Satsa rejält på primärvård och inte som nu där riksrevisionen konstaterat att hälften av de offentliga vårdcentralerna går med minus och även att en stor del av de privata går med förlust! Detta innebär på många håll att man drar ner på bemanningen för att spara pengar, tillgängligheten minskar, folk söker sig ännu mer till akuterna i stället. Det blir en dålig vård till högt pris. Det mest förvånansvärda i det konceptet är att våra folkvalda, som håller så hårt i plånboken, i stället för att satsa på god prisvärd vård på vårdcentralerna lovar att på akutmottagningen ska man inte behöva vänta mer än en timme. Jag tror att ett ordspråk som passar bra här är att sila mygg och svälja kameler. De flesta av oss vill göra ett bra jobb, men det kan vara svårt på lågt bemannade vårdcentraler och det innebär knappast en arbetsmiljö som lockar fler till vår omväxlande och spännande specialitet. En annan aspekt som kan vara intressant är att den lilla gruppen specialister i allmänmedicin, 16 procent av landets läkarkår, av vissa önskas hjälpa till på akuterna där ändå majoriteten av kåren har sin anställning. Hur kommer det sig att de inte hinner?

Förre SKL-ordföranden håller på med en utredning om effektivitet i vården och nu har det första utkastet kommit. Ett av förslagen är att satsa mer på primärvård (läs mer om det i ledaren i denna tidning) och vi tackar och bockar.

Distriktsläkarföreningens arbete går ut på att förbättra villkoren och statusen för vår profession. Vi är stolta över att vara specialister i allmänmedicin, och på många sätt har vi gått i bräschen till exempel för handledning, patientmötet och patientens delaktighet i vården. Vi är duktiga på att begränsa utredningar i de fall utredningar ens behöver göras. Allt större del av tillstånd som förr krävde slutenvårdens resurser och kunnande sköts nu i primärvården. Vi vill gärna bidra till att fler får lära sig av oss liksom vi auskulterar i andra specialiteter. Vi är övertygade om att det skulle var till gagn för hela kåren. I förra numret presenterade vi en artikel med ett förslag till en Common Trunk och en förkortad version har varit publicerad i Läkartidningen. Vi kommer att fortsätta arbeta för att slutenvård och primärvård ska ha en gemensam grund att stå på, både under grundutbildning och under specialisering.

Vi har fått både ris och ros för förslaget om att byta namn på föreningen till Primärläkarna. Ett väldigt vanligt motargument är att vi är specialister i allmänmedicin. Specialister i allmänmedicin kommer vi självklart att fortsätta att vara och den specialist i allmänmedicin som hellre vill kalla sig husläkare, distriktsläkare, eller familjeläkare, hälsocentralsläkare, allmänläkare eller allmänspecialist kan göra det precis som nu! Det är **föreningen** som ska byta namn, en förening för *specialister* som arbetar i *primärvården*. Kommentera gärna på vår externa hemsida **www.distriktslakaren.se**.

Agneta Sikvall
Sekreterare

Skrivklåda? – *vi känner till ett botemedel!*

Har du något som du vill skriva om? Någon som du tycker att vi bör kontakta och intervjua? Hör av dig! Vill, eller kan du inte skriva själv kan vi hjälpa dig om vi får en beskrivning av vad du vill att vi ska ta upp.
Vi ser fram emot kontakter och uppslag.

Christer Olofsson, *Redaktör*

Regeringens syn på hur vi utvecklar en effektivare sjukvård

Regeringens utredare kring hur svensk sjukvård kan bli effektivare, Göran Stiernstedt, har offentliggjort ett första utkast till förslag. I förslaget lyfts 6 olika områden som utredaren lämnar förslag kring som berör primärvårdssituationen och specialisten i allmänmedicins roll. Förslagen riktar sig till både landsting och regering.

De förslag som man valt att lyfta fram är:

- Ersättningssystem till vårdgivare bör i högre grad stimulera kontinuitet för patienten.
- Resursfördelningen bör omprövas. Primärvårdens andel måste öka.
- Schemaläggning och produktionsplanering måste ske utifrån behov och belastning och gälla alla yrkeskategorier i vården.
- En kultur för mer förbättringsarbete som följer upp kvalitet och produktion bör införas.
- Staten bör styra och samordna arbetet med att skapa riktlinjer, journalmallar och ett nationellt hälsobibliotek för vårdens professioner.
- Ett nationellt omtag med ett tydligt statligt ansvar för förbättringsarbeten av IT-system och IT- infrastruktur.

Arbetet för styrelsen kommer under året att fortsätta med regionala hearingar kring detta diskussionsunderlag samt direkta kontakter med utredaren. Bemanningsplanering, ST-satsningar och diskussioner kring vår roll gällande ansvar och kontinuitet är för föreningen viktiga områden liksom IT och dokumentationsfrågor. Det är föreningens syn och erfarenhet att dessa områden som nu också måste hanteras och styras nationellt i anda med utredningens förslag.

Nedan publicerar vi den text om primärvården som är ett underlag för förslag till landstingen. De aspekter som lyfts fram är för oss viktiga och bör analyseras, diskuteras och genomföras i varje landsting. Men återigen så krävs det en nationell styrning för att det så småningom ska kunna bli verksamhet. Ett enskilt landsting har historiskt sett aldrig lyckats med att genomföra den förändring som krävs. ST-frågan och bemanningsplaneringen kräver också ett tydligt statlig ansvar för att verkligen förändra den situation som råder nu.

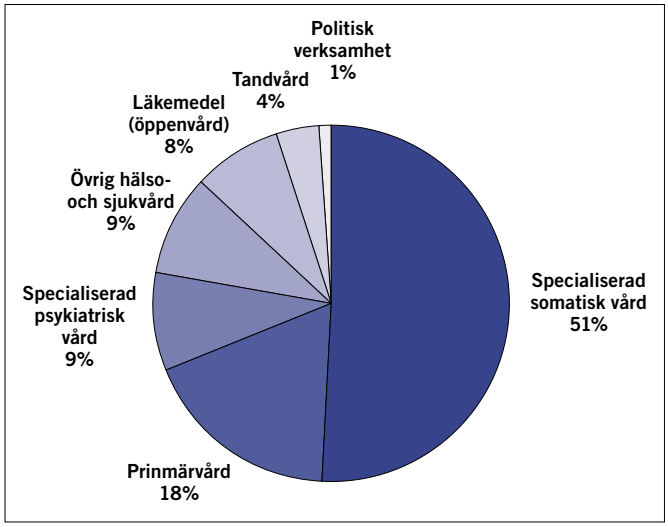
Ove Andersson
Ordförande

Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivareresursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)

4.2 Strukturfrågor inom vården påverkar effektivitet

Landstingen bör fortsatt överväga resursfördelningen mellan olika vårdnivåer och verksamheter. Det behövs intensifierade insatser för att öka dimensioneringen av primärvården, stärka primärvårdens akutuppdrag och stärka rekryteringen av personal till primärvården. Vi avser att inom utredningen vidare analysera frågor om primärvårdens roll, funktion, ansvar och dimensionering liksom förhållandet till slutenvård när det gäller dessa frågor.

Diagram 3: *Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2013, procentuellt fördelade på verksamhetsområde.*[14]



14 Källa: Budgetpropositionen 2015, Utgiftsområde 9, s 30.

Primärvården
Sverige har en internationellt sett liten andel av resurserna inom vården fördelade på primärvården, ca 18 procent.

Under lång tid har förstärkningar av primärvården framhållits som en prioriterad fråga. Det är dock tveksamt om det går att se några resultat av det. Inte heller tycks vårdvalsreformen ha inneburit någon större resurs- eller kapacitetsförstärkning av primärvården. Framförallt tycks en resursomfördelning ha skett i riktning mot fler men mindre enheter.

Några brister som återkommande framkommit till utredningen är att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Det råder brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg – många patienter söker sig till akuten istället. Primärvården erbjuder i jämförelse med andra länder en låg grad av kontinuitet för patienten. Listning på enskild läkare förekommer i alltför liten utsträckning och samarbete med den specialiserade vården inklusive informationsöverföring fungerar dåligt.

Genom avgiftssystemet för vård och högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök är det svårt att skapa system som ger patienten ekonomiska incitament att alltid söka sig till primärvården först. Andra styrmedel som t.ex. remisstvång till den specialiserade vården har inte heller använts.

Ett självklart uppdrag för primärvården är att klara grundläggande medicinsk diagnostik och behandling för befolkningen. Ytterligare delar av uppdraget borde, som i en del andra länder, vara att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att agera ”grindvakt” för den specialiserade vården. Sådana roller tycks vara ovanliga i Sverige.

Det är genom tidigare studier som det visat att investeringar i primärvård leder till lägre kostnader och bättre folkhälsa.[15] Vi avser att inom utredningen vidare analysera frågor om primärvårdens roll, funktion och ansvar liksom frågor om dimensionering kopplat till produktivitet och effektivitet.

15 Se bl.a. Janlöv, Anell och Lyttkens, Ekonomisk debatt nr 8, 2013, Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården?

Annons

Konflikter på arbetsplatsen

Konflikter på arbetsplatsen är en komplex problematik som kan finnas på flera olika nivåer. En gemensam effekt för i princip alla former av konflikter är dock att de påverkar verksamheten i negativ riktning. Enskilda medarbetares kompetens kan inte tillvaratas på bästa sätt, verksamheten löper trögt och ineffektivt etc. En del kan drabbas mycket hårt och få bestående problem med att upprätthålla normala relationer till sin omgivning. Konflikter är således inga enkla problem utan kan medföra allvarliga konsekvenser. Ytterst drabbas även patienterna av konflikter på en vårdenhet.

Primärvården är varken mer eller mindre konfliktbelastat jämfört med andra vårdnivåer. Det faktum att primärvårdens vårdenheter är små eller medelstora gör att konflikter oftast ger konsekvenser i ett tidigt skede.

Vad menas med konflikt?

Som nämnts inledningsvis är konflikter oftast en komplex problematik vilket även gör det svårt att peka på någon säkrare definition. Vanligtvis brukar man utgå från att konflikter uppkommer inom grupper av individer som på olika sätt interagerar med varandra. Då oftast grupper med ett gemensamt uppdrag och mål (till exempel medarbetare på en vårdcentral). En konflikt är därmed definitionsmässigt en störd interaktion mellan individerna i gruppen. Konflikter kan även ses som en kommunikationsstörning eller som kollisioner mellan olika individers handlingar, värderingar och intressen.

Var går då gränsen mellan lite vardagligt ”smågnabb” och konflikt? Gränsdragningen är inte alltid enkel. En förutsättning för att något skall kallas för konflikt bör rimligtvis vara att det på något sätt påverkar relationerna mellan olika individer och att det uppfattas som mer än vänskapligt smågnabb mellan inblandade parter. Den verkliga konflikten har ett gripbart innehåll till skillnad från s.k. pseudokonflikter som uppstår när en eller flera individer konstruerar konflikter utan greppbart innehåll [Lennéer-Axelson, Thylefors 1991].

Konflikter kan uppkomma vid större genomgripande förändringar på arbetsplatsen. Ny chef, nya arbetskamrater, förändrade ekonomiska villkor, ändrat uppdrag, uppsägningar m.m. är inte helt ovanliga orsaker till att konflikter kan uppstå. Ibland kan latenta eller gamla konflikter blossa upp i samband med förändringar. Konflikter som aldrig lösts utan ”sopats under mattan” då ingen haft kraft nog, eller intresse av, att ta tag i problemen.

Konflikter på olika nivåer

Att särskilja och kategorisera konflikter på olika nivåer är inte helt enkelt. Pickering [2002] har i ett försök indelat konflikter i;

- *Interna*
- *Mellanmänskliga*
- *Intergruppskonflikter*
- *Konflikter relaterat till chefers ledarstil*

Den interna konflikten kan sammanfattas som klyftan mellan vad vi gör och vad vi vill göra. En avvikelse inom den enskilda individen som gör att vissa uppgifter känns obehagliga eller kommer i konflikt med de egna värderingarna. Allt från att man som enskild individ upplever sig arbeta med ”fel” arbetsuppgifter till att man uppfattar verksamheten som helhet tveksam och felriktad. Som i fallet Sara nedan kan konflikter ibland uppstå utan att någon gjort något direkt fel.

> Sara, verksam som allmänläkare på en medelstor vårdcentral, har sedan flera år haft ett speciellt intresse för att arbeta med kvinnliga patienter med kronisk värk. Bland kollegorna finns dock inget uttalat intresse för denna grupp och man har mer eller mindre tydligt antytt att Sara ägnar för mycket tid åt dessa patienter. Även verksamhetschefen har tyckt att det är lite bekymmersamt med Saras ”specialintresse” och meddelat att det inte kommer att avsättas mer tid för dessa patienter vilket Sara har önskat.

Mellanmänskliga konflikter är som beteckningen antyder konflikter mellan individer. Alla individer, och medarbetare, har fyra basbehov som kan sammanfattas med behovet av att bli betraktad, uppskattad, ha kontroll över sin situation samt ha en god självkänsla [Pickering 2002]. Den som kränks på något av dessa basala områden kommer att reagera på olika sätt. Allt från att ”riva upp himmel och jord” till att dra sig tillbaka och isolera sig.

Intergruppskonflikter är ett något mer komplicerat begrepp men i vårdsammanhang skulle man kunna konkretisera

det med konflikter mellan medarbetare på olika vårdnivåer (till exempel mellan primärvård och slutenvård).

Vid läkarmöten på vårdcentralen "Goda hälsan" är det en ofta återkommande diskussion om slutenvårdens oförstående kring inremitterade patienter och de som remitterats ut till primärvården för fortsatt omhändertagande. Den gemensamma uppfattningen är att slutenvården helt saknar insikt om hur man arbetar i primärvården.

Begreppet utgår från att man som medarbetare tillhör någon form av referensgrupp (reell eller imaginär) och att man inom denna grupp har ett visst förhållningssätt till varandra och de som står utanför gruppen, ett s.k. intergruppbeteende (Einarsson 1996).

Slutligen konflikter relaterade till chefer och chefers ledarstil vilket möjligen är den mest avgränsade. En god ledare försöker hitta sina medarbetares styrkor, och svagheter, och gör förändringar med så bred överenskommelse som möjligt. I fallet Bertil nedan finns det sannolikt problem både i verksamhetschefens sätt att genomföra förändringar och i Bertils oförmåga till att försöka föra en konstruktiv dialog.

Bertil, med snart tjugo års erfarenhet som allmänläkare, har för ett drygt år sedan fått en ny verksamhetschef. En sjuksköterska som redan under sina första månader på vårdcentralen började med att omorganisera verksamheten. Nya scheman, andra arbetstider och mer tillgänglighet är några av de förändringar som Bertil haft svårt att smälta. Det pågår inte någon konstruktiv dialog utan Bertil drar sig tillbaka och försöker att fortsätta arbeta "så som vi alltid gjort tidigare".

Konflikter är naturligtvis inte alltid så enkla att indela som enligt beskrivningen ovan. Ibland har konfliktens ursprungliga orsak mer eller mindre glömts bort. Vissa konflikter ändrar karaktär från att handla om enskilda medarbetare till att bli mer omfattande. Oberoende av vilket så bör konflikter lyftas fram i ljuset och bearbetas.

Konfliktlösningar

Den sämsta konfliktlösningen är oftast att försöka låtsas som om att det inte finns några konflikter eller hoppas på att alla skall glömma bort problemen. Rädslan för att ta tag i konflikter är ett problem i sig och att man inte vill "stöta sig" med någon på arbetsplatsen. Konflikter brukar inte lösa sig själva utan behöver aktiva åtgärder. För att lösa konflikter kan det vara klokt att tänkta på att;

- *Lösa konflikter är mer än att lyssna, vara inkännande och ha förstående.*
- *Skilja mellan sak och person.*
- *Alla människor har inte samma "sanning".*
- *Stress och nedskärningar "triggar" gamla konflikter och skapar nya.*
- *Vid långvariga svåra konflikter kan extern experthjälp behövas.*

Konfliktlösningar slutar inte alltid med att alla parter blir nöjda och glada. Några kan bli upprörda över att till exempel behöva ändra sig eller att ta på sig andra arbetsuppgifter. Vissa kan känna sig kränkta andra besvikna över att ingen förstår vad man menar. I viss mån hänger det ihop med att vi inte alla har samma "sanningar" som vi försöker hävda. Alla har inte rätt i alla sammanhang – livet på en arbetsplats handlar till stor del om att samverka och jämka sina egna intressen med andras. Stressade arbetssituationer och förändringar som medfört ökad arbetsbelastning leder inte sällan till konflikter.

Fackets roll

Vilken roll har fackliga företrädare vid konflikter på arbetsplatsen? En av de viktigaste rollerna är att få igång en dialog mellan alla inblandade parter. Vad handlar konflikten om? På vilket sätt drabbas de som facket skall företräda? Ett viktigt fackligt uppdrag är att bevaka arbetsrättsliga förhållanden som arbetstider, raster, säkerhetsföreskrifter etc. Till detta hör även att bevaka att ingen särbehandlas p.g.a. kön, sexuell läggning eller andra förhållanden. Att arbetets organisation eller fördelning upplevs som otillfredsställande eller att enskilda kollegor inte kommer överens är dock frågor i vilka fackliga företrädare som regel inte har något att bidra med utöver att få igång en dialog. Det kan dock vara klokt att medlemmar som anser sig ha blivit orättvist behandlade har med någon facklig företrädare vid möten med till exempel verksamhetschefer eller andra arbetsgivarrepresentanter.

Märta, allmänläkare sedan 7 år, har en tidigare karriär som sjuksköterska. Det har varit en del synpunkter på hennes sätt att arbeta med sina patienter speciellt från kollegor som tycker att Märta engagerar sig för mycket och i fel saker. Märta är nu sjukskriven för utmattningsdepression via företagshälsovården. Det finns mycket "oro i luften" kring hur arbetet skall organiseras framöver, hur kollegor och verksamhetschefen skall hantera situationen och om hur det skall fungera socialt för Märta. Ett möte med Märta, verksamhetschef, arbetsterapeut från företagshälsovården, Försäkringskassans handläggare och en facklig förtroendeman bokas. Efter en längre diskussion är man överens om att Märta börjar arbeta halvtid och att man träffas på nytt efter tre månader för en utvärdering.

Som i fallet Märta ovan brukar det vara en fördel att ha alla berörda parter med om man kallar till gemensamt möte för att planera inför framtiden. Pappersexercisen minskar och ibland kommer det fram nya synpunkter och förslag som kan vara värdefulla. Uppföljningar är viktiga och får inte glömmas bort. Hur fungerade det vi var överens om? Vad fungerade inte och hur kan vi lösa problemen?

"Efter stormen"

Konflikter kan starta snabbt och abrupt, men kan behöva betydligt längre tid på sig för att klinga av helt och hållet. Återkommande repetitioner om vad man blivit överens om för att lösa konflikten kan vara nödvändigt. Trots goda intentioner, och mycket nedlagt arbete från berörda parter, finns det dock konflikter som egentligen inte blir lösta i grunden. Situationen blir mer likt ett "stilleståndsavtal" och konflikten riskerar att blossa upp på nytt. Ibland kan det vara av värde för enskilda individer att vara självkritiska och rannsaka sina egna intentioner och intressen. Varför har jag svårt att arbeta med vissa kollegor? Kan jag ändra på mitt sätt att arbeta utan att samtidigt förhandla bort min personlighet? Ibland kan det vara klokast för alla parter, och för att själv känna sig nöjd med sin arbetsmiljö, att man byter arbetsplats. Något som inte måste betraktas som ett misslyckande utan mer som ett konstaterande att goda arbetskamrater och gemensam syn på arbetet är mycket viktigt för en god arbetsmiljö. Alla trivs inte med varandra men med får undantag kan vi göra egna val – val som kan förbättra för alla parter.

Christer Olofsson
Redaktör

REFERENSER;

Lennéer-Axelson B, Thylefors I (1991) *Arbetsgruppens psykologi, Natur & Kultur, Stockholm*

Pickering P (2002) *Så hanterar du konflikter – gör alla inblandade till vinnare*, Bokförlaget Kommunlitteratur

Einarsson C (1996) *Konflikter mellan grupper – teorier om intergruppskonflikter*, FOG-rapport nr 33, Linköping

Annons

Allmänläkarens uppdrag och gränser

Allmänläkarens, eller den allmänmedicinska specialistens uppdrag och gränser är ett ofta debatterat tema. Problemet i diskussionerna är att man ofta hamnar i en återvändsgränd med diskussioner kring vad vi inte vill göra. En annan föga framgångsrik infallsvinkel är frågan hur vi skall möta den efterfrågan på primärvård som finns och som förefaller gränslös. Det finns dock en annan möjlig utgångspunkt för att beskriva allmänläkarens uppdrag. Detta genom att utgå från allmänläkarens kompetens och kunskap samt låta detta utgöra gränssättningen. Vi gör det vi kan och har kompetens för att klara av. Det mest väsentliga är att den allmänmedicinska professionen sätter gränserna – inte andras efterfrågan eller krav.

Vad är problemet?

Det mest basala i primärvårdens problematik kan sammanfattas med att de 16 procent av läkarkåren som är allmänmedicinare förväntas utföra en orimligt stor del av det samlade behovet av hälso- och sjukvård. Till detta även en brist på avgränsning som träffande beskrivits som att primärvården är som en gränslös amöba. Eftersom gränserna saknas kan vi heller inte hävda att de inte respekteras – vad kan förväntas att respekteras? Vid avsaknad av gränser och definition av uppdraget kommer det, av givna skäl, vara fritt fram för till exempel slutenvård och landstingspolitiker att själva utforma vad man tycker att primärvården skall arbeta med. En möjlighet som verkar ha utnyttjats flitigt på de flesta håll i landet. Till denna problematik skall även läggas det faktum att allmänläkare inte sällan har problem med gränssättning gentemot befolkningen. Medikaliseringen – d.v.s. att i grunden allmänmänskliga problem som sorg, oro, håglöshet m.m. betraktas som medicinska och omhändertas av primärvården. I den gråzon där denna annars hemlösa problematik hamnar, och riskerar att klassas som sjukdom, har allmänläkaren en mycket viktig roll som gränssättare. Om man misslyckas med att ”hålla gränserna” ökar primärvårdens åtagande ytterligare. Det är samtidigt uppenbart att vi då inte använder våra resurser optimalt. Patienter som skulle behövt mer insatser från primärvården får stå tillbaka för de som andra uppfattar som mer prioriterade. I detta finns även ett tydlig politisk agenda. Den psykiska ohälsan framhålls ofta som ett ständigt ökande problem – hur mycket av andra samhällsproblem (arbetslöshet, socioekonomiska missförhållanden etc.) döljs i denna ohälsa? Eller med andra ord – mycket av det som betecknas som medicinsk ohälsa är sannolikt ”ohälsa” av ett helt annat slag?

Förutsättningarna

De basala förutsättningarna och villkoren under vilken primärvårdens verksamhet skall bedrivas är viktiga för den fortsatta diskussionen. Dessa kan schematiskt sammanfattas enligt följande;

- *Läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens*
- *Övriga läkare i primärvården (andra specialiteter, utbildningsläkare)*
- *Övrig primärvårdspersonal*
- *Lokaler och medicinsk/teknisk utrustning*
- *Prioriteringsordning och reglerat patientflöde*
- *Reglerad samverkan med övrig vård*
- *Bra ledarskap*
- *Basal ekonomisk trygghet för verksamheten*

Att en primärvård, som förväntas tillhandahålla allmänmedicinsk kompetens, måste bemannas med specialister på detta område är lika självklart som att en kirurgklinik bemannas med specialister i kirurgi. Specialister i kirurgi kan avgränsa sitt medicinska åtagande utgående från sin specialistkunskap. Samma avgränsning borde kunna göras av den allmänmedicinska specialisten. Avsaknad av specialister medför bristande avgränsning.

Primärvården är dock mer än enbart läkare med allmänmedicinsk specialitet. Det är en verksamhet som under decennier har formats av att flera olika kompetenser arbetar tillsammans. Denna samverkan, och arbetsfördelning, behöver utvecklas vilket vi i DLF tidigare redogjort för i dokumentet *Vårt uppdrag – och andras*. Ett grundläggande tema i dokumentet var att de arbetsuppgifter som primärvården förväntas ta hand om skall fördelas så att rätt kompetens tar hand om rätt problematik. Något som även kräver dels ett bra samarbete mellan all personal i primärvården och ett välfungerande ledarskap. Det förutsätter dessutom att alla på en enskild vårdcentral, och i primärvården i stort, är överens om vilka prioriteringar som skall gälla och hur arbetet skall fördelas.

De uppföljningar som nu görs efter det att vårdvalsreformen, som nu varit i funktion under några år, visar genomgående att den ekonomiska ramen med få undantag är snålt tilltagen. Att ständigt arbeta under en ekonomisk stress utgör ett allvarligt hinder för en progressiv utveckling av primärvården. Det finns behov av ekonomiska ramar men dessa måste vara satta utifrån rimliga förutsättningar. I dagens läge läggs orimligt mycket resurser på att försöka skapa budgetbalans – resurser som måste tas från övrig verksamhet. Den snålt tilltagna ekonomin kommer även på sikt ge problem med att ersätta viktigt medicinsk utrustning och investera i ny teknologi som skulle kunna öka den medicinska kvaliteten.

Gränssättningen

Eftersom primärvård är den vård som finns närmast befolk-

ningen är det den vårdinstans som alltid haft mer eller mindre problem med gränssättning. Tidigare generationer hade sannolikt en snävare bild av vad som tillhörde sjukvårdens domäner. I takt med att allt mindre av avvikelser och problematik accepteras ökar trycket på att i vården, och då i första hand primärvården, skall lösa alla problem och dessutom göra det snabbt. Allmänläkaren har blivit något av en ”curlingläkare” för allt och alla. Någon har beskrivit detta med att vi utvecklats från professionella auktoriteter till behovstillfredsställare. Är det denna uppgift vi skall ha som primärvårdsläkare? Vi skall tro på patienten – frågan är dock samtidigt om vi därmed skall avstå från att ha egen åsikt och göra egna bedömningar?

Vårdval och vårdgarantier verkar ha skrämt allmänläkare till att uppfatta detta som att vi kan inte sätta några gränser överhuvudtaget. Patienterna bestämmer allt. Innebär detta då även att patienten får söka hur mycket man vill och för vad som helst? Vilken prioriteringsordning skall gälla under dessa förhållanden?

Allmänläkaren

Som framgår ovan är förutsättningarna för en fungerande primärvård att det finns allmänmedicinska specialister i tillräcklig omfattning. Det går inte, utan uppenbara konsekvenser, ersätta allmänläkare med läkare som har annan specialistinriktning. Något som är lika självklart som att man inte kan ersätta en kirurg med en internmedicinare. Allmänmedicin måste bli en attraktiv specialitet. Allmänläkarnas status måste höjas – detta kan dock inte ske utan att man samtidigt kan visa på att vi är värda en högre status. Eller med andra ord – det faktum att det råder stor brist på allmänmedicinare får inte leda till att vi sänker kraven på de som skall bygga den framtida primärvården. De krav som bör gälla för de läkare som är verksamma i primärvården är;

- *Specialistkompetens i allmänmedicin*
- *Personliga förutsättningar till att fungera kliniskt*
- *Kontinuerlig kunskapsutveckling*

Den specialistutbildning som nu gäller för specialistkompetens i allmänmedicin är genomtänkt och ger en basal allmänmedicinsk kompetens för arbetet. Det krävs dock samtidigt personliga egenskaper för att klara arbetet. Det är knappast acceptabelt med att man som färdig specialist inte kan hålla ett rimligt arbetstempo (orimligt långa konsultationer, betydligt färre patienter per tidsenhet jämfört med övriga etc.), avviker markant ifråga om lab.utnyttjande och remitteringar, fler och längre sjukskrivningar etc. Det är ej heller acceptabelt att man som enskild läkare på en vårdcentral ”väljer ut” vilka patienter man vill ha och inte delar ett gemensamt ansvar för vårdcentralen som helhet. En speciell indelning förutsätter annars att alla kollegor på vårdcentralen är överens om denna.

För att klara arbetet och även utvecklas behöver allmänläkare en kontinuerlig fortbildning. Denna bör schemaläggas. Det är inte acceptabelt att det som nu ofta sker att fortbildning prioriteras lågt och blir eftersatt.

Primärvården har sedan länge ett stort behov av stafettläkare för att kunna driva verksamheten överhuvudtaget. Behovet har inte minskat i någon större omfattning på senare tid och det finns nu även ett påtagligt problem med att rekrytera tillräckligt många stafettläkare.

Det är inte alltid helt uppenbart utanför vårdcentralen vilka som är stafettläkare och vilka som är ordinarie läkare. Därmed är det av stor betydelse att det ställs krav på de som arbetar som stafettläkare. Arbetet skall bedrivas efter gällande allmänmedicinska principer. En stafettläkare får aldrig bli en produktionsenhet som får arbeta efter egna principer. Ett viktigt observandum är även att en vårdcentrals rykte och anseende inte sällan utgår från det som inte fungerar – både rutiner och läkare.

Förändringsprocesser

Förändringsprocesser kan vara både omfattande och smärtsamma. Försök till att förändra primärvården har provats flera gånger tidigare med skiftande resultat. Tyvärr har många förändringsförsök bedrivits av andra än de som verkar i primärvården. Vi behöver vara aktivt delaktiga i en förändringsprocess som har två huvudspår;

- *En **intern förändring** som innefattar allmänläkaren med sin specialistkunskap och arbetsfördelningen inom primärvården.*
- *En **extern förändring** som innefattar vår roll i sjukvården och samhället som helhet.*

Vad den interna förändringsprocessen innebär finns till stor del beskrivet ovan samt i tidigare dokument. Vårt uppdrag och andras… Den externa förändringen, eller snarast vilken bild vi vill att primärvården skall ha utåt, tonar till stor del fram genom att besvara följande frågeställningar;

- *Vad är medicinska problem? Sjukdomsbegreppet?*
- *Vilka medicinska problem hör hemma i primärvården?*
- *Hur kan primärvården bli så effektiv som möjligt?*
- *Vilka prioriteringsprinciper skall gälla?*
- *Vilka krav kan ställas på primärvårdens läkare?*
- *Hur kan primärvården anpassas till sin framtida roll?*
- *Hur skall vi göra för att inrikta verksamheten till de områden där primärvården gör störst nytta?*

En förändringsprocess är inte enbart önskvärd utan snarast nödvändig. En omfattande forskning kring illegitimate task och läkares arbetsuppgifter visar tydligt på att en bristfällig organisation och arbetsfördelning medför allvarliga konsekvenser. Det leder bl.a. till en känsla av otillräcklighet hos de läkare som arbetar i dessa organisationer. Det upplevs även som en respektlöshet mot det som läkarprofessionen står för. Brister i arbetsmiljön är numera ett vanligt problem i primärvården och detta riskerar att öka om vi inte initierar en förändring snarast möjligt.

Framtidens primärvård

Den viktigtaste målsättningen med en förändring enligt ovan är att ge primärvården bättre förutsättningar inför framtiden. Denna förändring måste även innefatta en förändring av det faktum att andelen läkare med allmänmedicinsk specialisering fortfarande inte utgör mer än omkring 16 procent samt att en begränsad andel av befolkningen utnyttjar en oproportionerligt stor andel av primärvårdens samlade resurser.

I framtiden kommer andelen äldre i befolkningen att öka. Samtidigt ökar även andelen äldre läkare i primärvården vilket skapar speciella problem. Intresset för att satsa på allmänmedicin måste öka för att primärvården skall kunna överleva och utvecklas. I försök till att skapa en bild av den framtida primärvården har man bl.a. pekat på;

- *En ökad efterfrågan på snabba problemlösningar – inte enbart få en diagnos.*
- *Livsstilsrelaterade hälsoproblem kommer att öka – leder till ett behov av mer sammanhållna insatser över gränserna.*
- *Läkare måste få ett ökat inflytande över sin arbetssituation – en professionell roll och inte enbart en "kugge" i ett större sammanhang.*
- *Patienterna behöver ta större ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande – sjukvården löser inte alla problem.*
- *Det medicinska omhändertagandet – mötet mellan läkare och patient – måste hamna i fokus och stärkas. Patienten är expert på sina problem, men läkaren måste svara för den medicinska expertrollen.*
- *Samverkan mellan olika specialiteter måste utvecklas med nya och mer effektiva modeller för samarbete.*

Den framtida primärvården blir vad vi, eller andra, utformar den till. Det finns mycket i samhället som vi inte kan påverka eller förändra. Samtidigt finns det dock en hel del som vi kan påverka och som kommer att förändras med eller utan vår medverkan.

Sammanfattande teser

Det som beskrivs ovan kan sammanfattas i följande nio punkter, eller teser, som var för sig behöver en fortsatt diskussion och bearbetning;

1. Den allmänmedicinska specialistutbildningen behöver tydliggöras utåt – det finns fortfarande beslutsfattare m.fl. som verkar okunniga om att allmänmedicin är en egen disciplin med ett speciellt kunskapsinnehåll.

2. Den allmänmedicinska specialistens åtagande utgår från, och begränsas av, den allmänmedicinska specialistkunskapen. En allmänläkare har inget gränslöst uppdrag.

3. Läkarrollen i primärvården måste stärkas – det är den allmänmedicinska specialisten som har den högsta kompetensen i primärvården. En roll som bör ge status, men som även kräver ett stort ansvar.

4. Den allmänmedicinska specialistens uppdrag är att vara expert och lyfta fram den bästa lösningen för patienten – det är inte patienten som skall styra det medicinska beslutsfattandet. Patienten är expert på sina egna problem och vi på problemlösningen.

5. Bristen på allmänläkare får inte medföra minskande krav på enskilda läkares kompetens och klinisk förmåga. Kraven på ett professionellt arbetssätt och kunskaper måste alltid framhållas. Primärvården får aldrig bli en tillflyktsdisciplin för läkare som misslyckats inom andra discipliner.

6. En god arbetsmiljö måste alltid vara i fokus. Bemanningen, och de ekonomiska villkoren för vårdcentralerna måste vara sådana att en god arbetsmiljö kan upprätthållas.

7. Verksamheten på vårdcentralerna måste revideras så att de samlade resurserna och kompetenserna används optimalt. De resurser som finns skall fördelas så att de ger största möjliga hälsoekonomisk utdelning.

8. Primärvården måste styras och ledas av de som har insikt i vad som menas med allmänmedicinsk professionalitet och hur primärvårdens uppdrag kan utformas.

9. Primärvården är inget serviceorgan för hemlös problematik – patienterna måste ta ett större ansvar för sin egen hälsa och sina levnadsvillkor i övrigt – primärvården skall inte möta allmänhetens trygghetsmani.

Det är dags för primärvården att sätta gränser och ta plats på scenen. Vi måste själva få vara med och regissera den pjäs vi förväntas spela i samhället!!

Christer Olofsson
Redaktör

Läkare behövs i ledningen av alla verksamheter

Karin Träff Nordström är divisionschef för division 5 inom Skånes Universitetssjukvård (SUS) och bland annat chef för de 37 offentliga vårdcentralerna i Malmö och Lund. Karin, som även är ordförande i SFAM, har ett förflutet som entreprenör i vården och har startat upp och drivit vårdcentral i egen regi.

Efter en tid som divisionschef känner Karin att hennes egen ledningsstruktur behöver ändras.

– Jag var tidigare övertygad om att det gick att leda i en platt organisation med många direkt underställda chefer och verksamheter. Efter 1,5 år som divisionschef förstår jag att så inte är fallet.

Division 5 har nyligen delats upp i olika verksamhetsområden där en verksamhetsområdeschef har ett områdesansvar och leder ett antal verksamhetschefer. I grupperna ingår även HR-resurs ekonomi och verksamhetsutvecklare.

– Genom att förstärka divisionsledningen och dela upp verksamheten kommer vi att kunna göra stora förbättringar. Utmaningar finns det gott om, säger Karin.

I hennes nuvarande organisation leds de 37 vårdcentralerna av chefer med olika professionell bakgrund. Träff Nordström har ett uttalat mål om att öka antalet som är läkare.

Karin Träff Nordström.

– Vi behöver läkare i ledningen av alla verksamheter. Om chefen har annan yrkesbakgrund kan det medicinska ledarskapet ske via medicinska rådgivare. Min erfarenhet är att de ofta inte tar det ledningsansvar som skulle behövas. När man samlar verksamhetschefer i grupp är det viktigt att någon av dem är läkare så att även medicinska utvecklingsfrågor kommer på agenda och det inte bara är organisatoriska och ekonomiska frågor som handläggs.

Du har själv valt en chefskarriär. Vad var det som lockade?

– Jag drivs av en lust att påverka. Som chef kan jag påverka ett större skeende än som individuell läkare. Man tvingas att kliva ur sin yrkesroll och inta ett helhetsperspektiv. Detta gör att man blir mer ödmjuk inför den uppgift chefer, politiker och tjänstemän har och att man, då man förstår när och av vem beslut tas av, lättare kan lägga energin på rätt saker vid rätt tillfälle.

Vilka krav kommer i framtiden att ställas på chefer i vården?

– Det krävs en vilja till samarbete, en förmåga till ett flexibelt och situationsanpassat ledarskap med fokus på organisering utifrån patienternas behov.

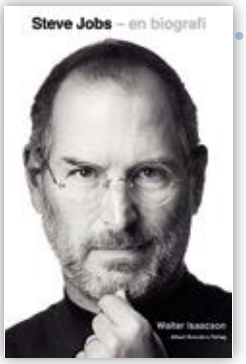
Kan du ge några tips till kollegor som är intresserade av ledarskap?

– Jag tycker att Barbro Dahlbom-Halls böcker, bl.a. ”Lära läkare leda” håller än. Jag kan också tipsa om biografier, t.ex. Steve Jobs och Barack Obamas som inspiration. Annars kan jag rekommendera att testa att leda utvecklingsprojekt, att bli enhetschef, sektionschef eller liknande för att börja leda i det lilla och sedan fylla på med kurser och litteratur utifrån behov. En annan viktig sak är att ha en mentor som stöd för den personliga ledarutvecklingen.

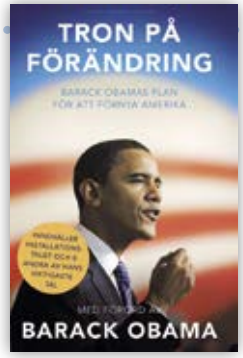
Lena Ekelius
Vice ordförande DLF

Karins boktips

Titel: *Lära läkare leda*
Författare: *Barbro Dahlbom-Hall*
Förlag: *Natur & Kultur*
ISBN: *978-91-2712-732-6*



Titel: *Steve Jobs - en biografi*
Författare: *Walter Isaacson*
Förlag: *Albert Bonniers Förlag*
ISBN: *978-91-0012-7083-4*



Titel: *Tron på förändring*
Författare: *Barack Obama*
Förlag: *Albert Bonniers Förlag*
ISBN: *978-91-0012-358-1*

Distriktsläkarföreningens fond

DLF förvaltar *Stiftelsen Svenska Distriktsläkarföreningens Samfond*. Ur denna fond har Distriktsläkarföreningen möjlighet att dela ut medel varje år. Enligt fondens regler kan distriktsläkare söka medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet, dock ej till täckande av lönebortfall. Arbetet bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Fonden kan också dela ut medel till behövande medlemmar i Distriktsläkarföreningen eller till medlemmars efterlevande.

När du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation.

Gränsen för behövande att söka medel rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst (f.n. ca 133 500 kr) och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar (f.n. 66 750 kr). Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Anne-Marie Johansson på DLFs kansli: tel 08-790 33 91.

Ansökan med motivering skickas till:
Svenska Distriktsläkarföreningen,
Box 5610, 114 86 Stockholm,
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se
Fax 08-10 31 44.

Sista ansökningsdag för år 2015 är den 29 april.

Välkommen med din ansökan!

Annons

Är provsvaret rimligt?

Vanliga felkällor och konsten att tolka ett laboratoriesvar

Laboratoriesvar utgör en viktig del i bedömningen av patienten och att ta ställning till provsvar tillhör vardagen för en kliniskt verksam läkare. Olika felkällor kan påverka analysresultatet och det finns flera fallgropar som bör undvikas då resultatet ska tolkas i förhållande till patientens symptom, övriga provsvar och referensintervall.

Från att en läkare beställer ett prov till att ett resultat rapporteras tillbaka finns en lång kedja med händelser där varje steg i slutändan påverkar resultatet, (*se bild 1 nedan*). Laboratoriet delar in händelserna i preanalytiska, analytiska och postanalytiska faktorer. De preanalytiska faktorerna innefattar beställning, provtagning, transport till laboratoriet och förberedelser av provet innan det analyseras. De analytiska faktorerna omfattar själva analysen och analysinstrumentet medan de postanalytiska faktorerna är de som sker efter analysen när provsvaret ska rapporteras till beställaren och tolkas.

Det är framförallt de analytiska faktorerna som laboratoriet kan påverka. Det är svårare för laboratoriet att kontrollera de preanalytiska faktorerna och då är det framförallt viktigt att arbeta preventivt med utbildning, information och väl fungerande provtagningsrutiner för att undvika att fel uppstår. Vissa fel som inträffar kommer alltid att upptäckas då provresultatet blir orimligt eller då analysen inte kan utföras, medan många fel troligen aldrig kommer till kännedom. Det finns relativt få studier gjorda på hur vanligt det är med felaktiga laboratorieresultat. Sådana studier kräver ett gott samarbete mellan laboratoriet och kliniken och är svåra att designa. Dessutom är det svårt att veta om alla fel verkligen upptäcks. I en studie av Plebani och Carraro framgick den totala felfrekvensen i deras material till ca 0,47 procent, varav majoriteten av alla fel, ca 68 procent, inträffade bland de preanalytiska faktorerna. Bland de analytiska faktorerna skedde ca 13 procent och bland de postanalytiska faktorerna ca 18 procent av alla fel, [1]. I en review artikel från 2002 av Bonini et. al. framgick det att flera studier som finns inom området bekräftar den fördelningen över var felen uppstår, [2].

I bild 2 *(till höger)* sammanfattas några vanliga felkällor. Nedan följer generella aspekter kring felkällor och hur de kan undvikas. Mer information om vad som gäller för respektive laboratorium och för enskilda analyser kan ofta hittas via det lokala laboratoriets hemsida. Det går också bra att kontakta sitt laboratorium med frågor.

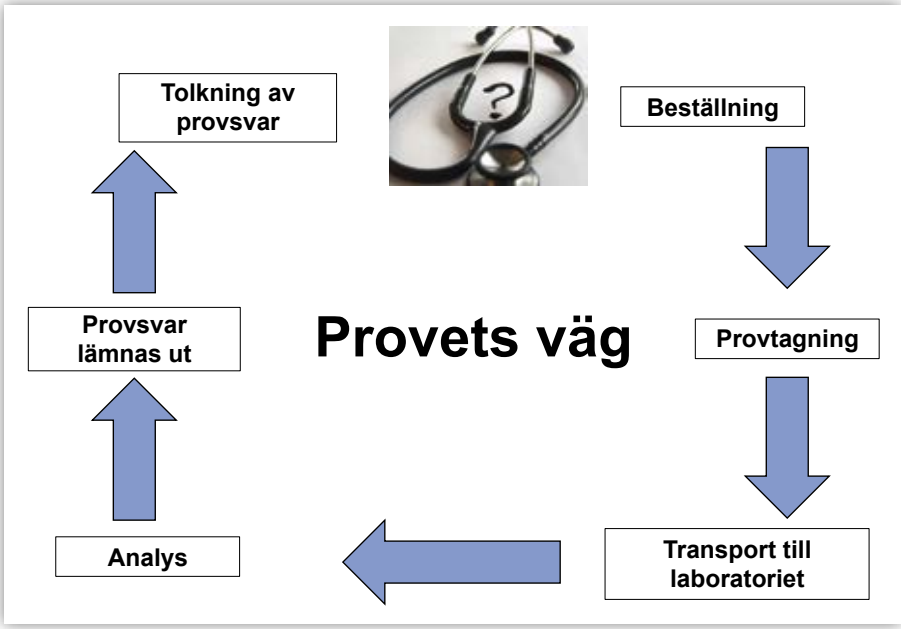


Bild 1

Preanalytiska faktorer

Beställning

Analyskedjan börjar då läkaren bestämmer sig för att beställa ett laboratorieprov. Analyserna måste vara rätt valda för att provsvaren ska kunna ge den information som läkaren behöver i sin bedömning av patienten. I vissa fall är det inte helt enkelt och laboratoriet hjälper gärna till att välja rätt analys utifrån frågeställning. Att beställa fel eller för många analyser gör resultaten svårtolkade vilket kan leda till onödiga utredningar och oro för både läkare och patient.

Förberedelser inför provtagningen

Den läkare som beställer ett prov måste kunna informera patienten om eventuella förberedelser inför provtagningen

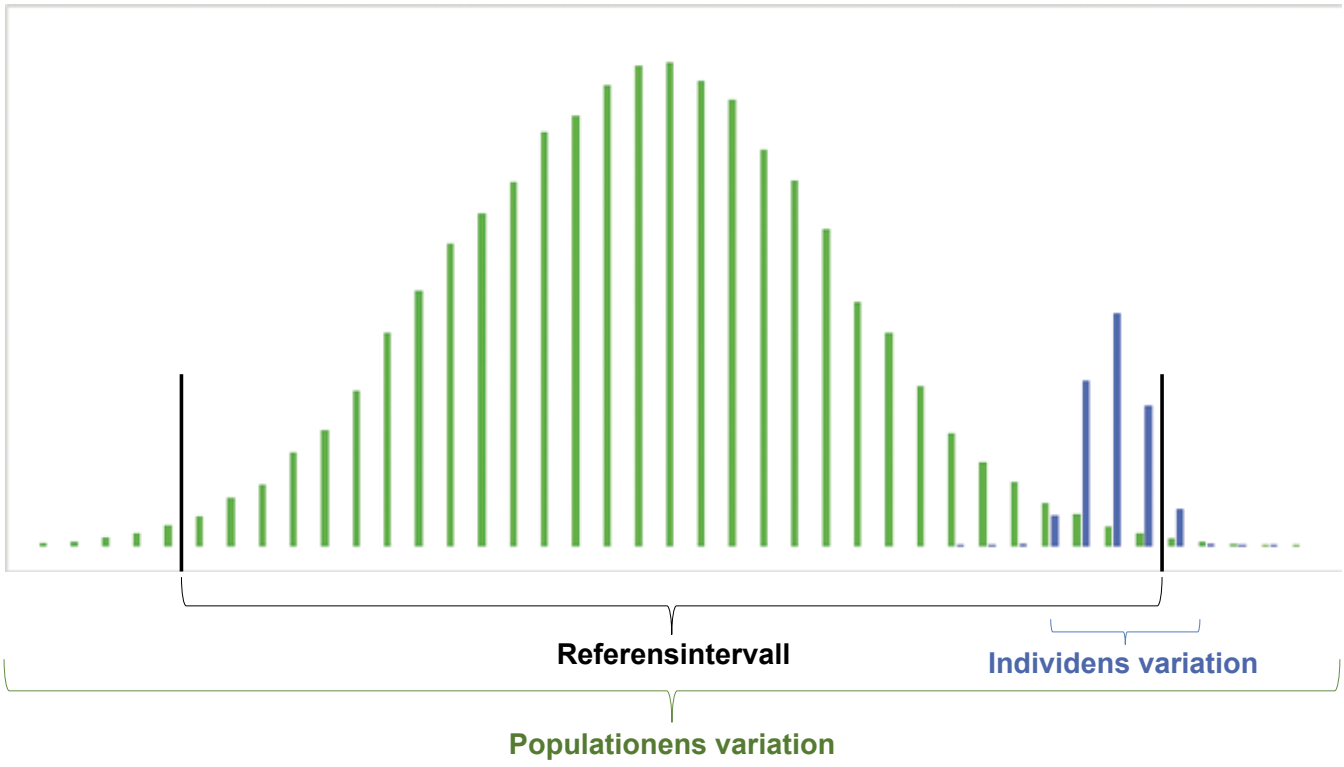


Bild 2

som t.ex. fasta, intag av läkemedel, viss föda eller om provtagningen ska ske vid någon särskild tidpunkt. Vissa analyter varierar under dygnet, mellan dagar eller med menscykeln etc. Ett exempel är järn som har en stor dygnsvariation med de högsta koncentrationerna tidigt på morgonen, varför provtagning för att mäta S-Fe rekommenderas på morgonen. Järn har dessutom en stor dag till dag variation och det är svårt att värdera järnstatus utifrån enskilda S-Fe värden. Vid mätning av läkemedelskoncentrationer behövs information om när patienten senast tog sitt läkemedel för att kunna tolka resultatet. När prover tas för att följa upp en behandlingseffekt eller för att se hur patientens tillstånd förändras är det bra att känna till halveringstider för de aktuella analyterna och hur snabbt man kan förvänta sig att provresultatet påverkas av en insatt behandling.

Hos vuxna ökar plasmavolymen med ca 0,5 liter i liggande jämfört med i stående vilket påverkar koncentrationen av flera ämnen, [3]. Provtagning rekommenderas därför att utföras efter 15 minuters vila i sittande ställning och de flesta referensintervallen är framtagna genom provtagning på detta sätt. Vissa prover påverkas också av fysisk aktivitet.

Provtagning

Med välutbildade och rutinerade provtagare kan många fel som uppstår i samband med provtagningen undvikas. Bra rutiner för identitetskontroll och för att förhindra provförväxling är nödvändiga. Provförväxlingar är mycket svåra att upptäcka och bevisa men förekommer.

Rätt provtagningsrör ska används och blod får inte blandas eller överföras mellan olika rör. Det finns rekommendationer för i vilken ordning provrören skall tas om flera rör används. Som regel ska blododlingar alltid tas först och därefter rör som innehåller antikoagulantia. Rören bör dessutom vara fyllda enligt anvisningarna för att provmaterialet säkert ska räcka till en fullständig analys och för att undvika felaktig spädning mellan blod och tillsatser i rören. Provtagningsrören har olika lång hållbarhet och rör som passerat utgångsdatum ska kasseras då tillsatserna i rören blir för gamla och vakuumet försämras.

Stas används ofta vid venös provtagning. Stasen bör användas så kort tid som möjligt och släppas omedelbart då blodet börjar rinna för att undvika lokal hypoxi och tryckökning i kärlen vilket påverkar flera olika analyter.

Hemolys kan uppstå på flera olika sätt under provtagningen, t.ex. provtagning med en för tunn nål eller ovarsam hantering av provet. Hemolys kan påverka analysen genom att plasma eller serum blir rödfärgat, vilket stör många mätningar eller genom att vissa ämnen läcker ut ur erytrocyterna när de hemolyserar. Kalium är exempel på en analys som är mycket känslig för hemolys. Kaliuminnehållet i erytrocyterna är betydligt högre än i plasma och därför ger även en låggradig hemolys högre värden för P-Kalium.

Koagel i provröret uppstår vanligen på grund av att provet inte blandats till-

räckligt. Förutom att koaglet kan störa analysen så ger det felaktiga provsvar för koagulationsanalyser och B-Trombocyter.

Kapillär provtagning innebär en ökad risk för hemolys i blodprovet samt tillblandning med interstitialvätska. Tillblandning med interstitialvätska ökar vid tryck på fingret för att få fram blodet och kan ge t.ex. falskt för lågt B-Hb.

Förvaring och transport

Hur prover ska förvaras i väntan på analys varierar beroende på vilken analys som ska utföras och hur lång tid det tar för provet att transporteras från provtagaren till laboratoriet och analyseras. I vissa fall behöver proverna centrifugeras innan transport. En del prover behöver snabbt omhändertagande och ibland frysas om de inte ska analyseras direkt. Andra prover kan förvaras i rumstemperatur eller i kylskåp. Det är viktigt att ange rätt provtagningstid eftersom många prover påverkas under tiden de förvaras. Kalium och MCV är exempel på analyser som stiger ju längre provet förvaras. Kalium läcker successivt ut ur erytrocyterna och MCV stiger då erytrocyterna sväller kontinuerligt med tiden. En studie av Edlund et. al visade att MCV ökade med 6 procent redan efter 12 timmars förvaring i rumstemperatur, [4]. MCH påverkas inte på samma sätt av förvaring och är därför en bättre parameter för att bedöma en anemi.

Analytiska faktorer

Hemolys, ikterus och lipemi

Hemolys, ikterus och lipemi kan påverka analyser och därför utför laboratoriet ofta automatiskt en mätning av dessa faktorer på varje prov innan det analyseras. De flesta patientnära instrumenten, som ofta används i samband med kapillär provtagning har inte någon funktion för att mäta hemolysgraden i provet trots att även dessa analysmetoder kan störas av hemolys. Hemolys uppstår vanligen i den preanalytiska fasen, men även hemolys in vivo hos patienter med hemolytiska sjukdomar måste beaktas. Hur hemolys, ikterus respektive lipemi påverkar resultaten varierar stort mellan olika analyser och olika metoder för analys. Många analysmetoder går ut på att man mäter grumlighet eller färgomslag i ett prov efter en kemisk reaktion och denna mätning påverkas om provet redan från början är grumligt eller färgat av ikterus respektive hemolys. I vissa fall är det känt om analysresultaten blir falskt för höga eller falskt för låga, men ofta kan resultatet påverkas i båda riktningarna och på ett oförutsägbart sätt. Laboratoriet har utifrån kunskap om detta satt upp gränser för när en analys inte kan utförs på grund av för stor påverkan.

Interferenser

Läkemedel kan påverka analyser på olika sätt genom att störa de kemiska reaktionerna och mätningarna. Förekomst av antikroppar eller stora M-komponenter kan interferera med analyser. Det finns M-komponenter som bildar kryoglobuliner (framförallt M-komponenter av IgM-typ) vilka stör analyser genom att de bildar precipitat när temperaturen i provet sjunker. Är det känt att patienten har kryoglobuliner kan detta förhindras genom att provet hanteras i en obruten värmekedja vid 37 °C fram till analys.

Instrumentproblem

Fel på analysinstrumentet eller analysmetoden så som smitta mellan prover, luftbubblor i provet, pipetteringsfel och andra instrumentproblem kan påverka analysen. Välkontrollerade reagens och kalibratorer är också viktigt för att ge säkra laboratorievärden.

Postanalytiska faktorer

När analysen av provet är klar ska resultatet rapporteras ut till den beställande läkaren och tolkas. När provsvaret skrivs in manuellt finns risk för felskrivningar och automatisk överföring till journalsystemet är därför att föredra. Provsvaren ska vara enkla att förstå och inte kunna misstolkas av mottagaren. All information och eventuella extra kommentarer måste framgå tydligt. Samma analyt kan anges med olika enheter och med olika referensintervall t.ex. beroende på analysmetod eller referenspopulation. Det referensintervall och den enhet som tillämpas av laboratoriet bör alltid framgå tillsammans med provsvaret. För att jämföra laboratorieresultat

mellan olika laboratorier eller med vetenskapliga studier kan det vara nödvändigt att känna till vilken analysmetod och referensintervall som tillämpas. Ett exempel är HbA1c som i Sverige tidigare rapporterades i procent enligt MonoS-kalibrerig. Nu rapporteras det i mmol/mol enligt IFCC-kalibrering. I bl.a. USA rapporteras HbA1c fortfarande i procent men då enligt NGSP-kalibrering vilket inte motsvarar de procent som tidigare användes i Sverige.

Tolkning av provresultat

Referensintervall

Provsvaret jämförs ofta med ett referensintervall. De flesta referensintervall omfattar 95 procent av alla värden från referenspopulationen. Det innebär att 5 procent av alla friska individer hamnar utanför referensintervallet trots att det för den individen ändå kan vara ett normalt värde.

Det är ett stort arbete att samla in referensmaterial och det finns varierande kvalitet på de referensintervall som används. En referenspopulation bör bestå av friska individer som inte tar någon receptbelagd medicin men egenskaper som ålder, kön och livsstil varierar. Referenspopulationen återspeglar inte alltid den aktuella patienten och för vissa patientgrupper (t.ex. äldre, sängliggande eller multisjuka patienter) är det inte säkert att man kan förvänta sig samma fördelning som hos referensgruppen. När det gäller barn är det extra svårt att samla ihop referensmaterial eftersom att det kräver provtagning på friska barn i olika åldersgrupper och mognaden mellan barn i samma ålder kan variera mycket.

Biologisk variation

Det finns en biologisk variation mellan olika individer som bl.a. beror på ålder, kön, kroppsbyggnad och livsstil och som återspeglas i referensintervallet. Det finns även en biologisk variation inom varje individ som bl.a. beror på tid på dygnet, kroppsläge och menscykel. Då individens egna variation oftast är mindre än populationens (se bild 3) är det bäst om patienten kan utgöra sin egen referens och om möjligt jämföra ett provresultat med patientens egna resultat från tidigare, [5].

NÅGRA VANLIGA FELKÄLLOR

Preanalytiska
- Beställning
- Förberedelser inför provtagningen
- Identitetskontroll, provförväxling
- Provtagningsteknik
- Hantering och transport av provet

Analytiska
- Hemolys, ikterus, lipemi
- Interferenser
- Instrumentprobem

Postanalytiska
- Rutiner för svarsrapportering
- Tolkning av analysresultatet

Bild 3

Mätosäkerhet

Varje analysmetod har en mätosäkerhet som utgörs av dess imprecision och bias. Mätosäkerheten brukar uttryckas som den analytiska variationskoefficienten. Laboratoriet utvärderar alla analysmetoders mätosäkerhet och kan ge information om den analytiska variationskoefficienten för respektive metod. Oftast så är analysmetodens mätosäkerhet mindre än den biologiska variationen.

Att jämföra två provsvar

Många patienter följs med upprepade provtagningar. För att bedöma om provresultatet har förändrats mellan två provtagningstillfällen är det bra att ha en uppfattning om storleken på den biologiska variationen (både mellan individer och inom individen) och analysmetodens mätosäkerhet. Med uppgift om detta går det att beräkna hur stor differensen mellan provsvaren bör vara för att statistiskt säkerställa om det är en skillnad. Det finns databaser som anger den biologiska variationen för många analyter, [5].

Åtgärdsgränser och beslutsgränser

Förutom referensintervall finns det även åtgärdsgränser och beslutsgränser. En åtgärdsgräns talar om när ett laboratorieresultat kräver en viss åtgärd eller behandling. Exempel på en åtgärdsgräns är P-Kolesterol där Socialstyrelsen anger målvärde < 5,0 mmol/L för primärprevention medan referensintervallet för P-Kolesterol för vuxna ofta anges som 3,3-6,9 mmol/L. En beslutsgräns är ett kriterium för diagnos så som fP-Glukos >7,0 mmol/L vid minst två tillfällen för diagnosen diabetes. Referensintervall för fP-Glukos hos vuxna är vanligen 4,0-6,0 mmol/L.

Utifrån ovanstående resonemang kan ett laboratoriesvar inte bara bedömas som friskt eller sjukt beroende på om det hamnar inom eller utanför referensintervallet. Ett provsvar utanför referensintervallet kan vara normalt för den enskilda individen samtidigt som ett resultat inom referensintervallet också kan behöva uppmärksammas.

Att undvika och upptäcka felkällor

Instrumentlarm, larmgränser och autovalidering

Analysinstrumenten har olika larmfunktioner för att uppmärksamma laboratoriepersonalen på om något misstänks vara fel, t.ex. vid ett avvikande reaktionsförlopp eller vid hemolys.

Laboratoriet har ofta gränser för när ett analysresultat hamnar över eller under en nivå som innebär att ett prov kan behöva spädas, analyseras om eller kontrolleras för koagel.

För att få en snabb hantering och fokusera laboratoriepersonalens insatser optimalt tillämpar många laboratorier idag autovalidering för de vanligaste analyserna. Autovalidering innebär att provsvaren lämnas ut automatiskt för-

utsatt att inga larm registrerats samt att uppsatta gränser och regler är uppfyllda.

Laboratoriets kvalitetssäkring

Intern kvalitetskontroll sker genom att kontrollprover med kända värden analyseras regelbundet. Med hjälp av dessa interna kontroller kan laboratoriet snabbt upptäcka om något fel inträffar med analysen. Kontrollproverna säkerställer att instrumentet ger de resultat som förväntas och att resultatnivåerna inte förändras för mycket över tid. Resultaten från kontrollproverna används också för att löpande beräkna metodens mätosäkerhet. Ett annat sätt för laboratoriet att utföra intern kvalitetskontroll kan vara att beräkna patientmedianen för olika analyser, vilken bör vara relativt oförändrad förutsatt att populationen är väsentligen den samma och tillräckligt stor.

Externa kontroller är kontrollprover som skickas ut till flera olika laboratorier för att analyseras. Resultaten från dessa jämförs för att se hur de varierar beroende på var i landet som provet analyseras. Det enskilda laboratoriet kan kontrollera så att det egna resultatet ligger i nivå med övriga laboratorier.

Kontakt från beställare

Nedan följer till sist ett exempel på hur viktigt det kan var att laboratoriet, utöver sina egna rutiner får hjälp av kliniskt verksamma läkare för att undvika felaktiga provsvar.

Misstanke om att ha fått ut falskt för höga svar på P-Kreatinin uppstod hos en läkare som utförde hälsokontroller. En patient hade ett år tidigare haft P-Kreatinin 89 mikromol/L och fick nu oväntat P-Kreatinin 127 mikromol/L. Ett nytt prov beställdes en vecka senare och då var P-Kreatinin 91 mikromol/L. Läkaren hade ytterligare ett par patienter med liknande resultat och kontaktade laboratoriet.

Den första åtgärden på laboratoriet hade varit att analysera om provet, om det inte redan hade kasserats, eller begära in ett nytt prov för att se om resultatet går att reproducera. I detta fall kontaktades en laboratorieläkare som började med att kontrollera vilka instrument som proverna analyserats på och hur resultaten för kontrollproverna låg på de aktuella instrumenten vid den tidpunkten. Även förekomst av eventuella instrumentlarm undersöktes. Därefter uteslöts vanliga felkällor till falskt för högt P-Kreatinin (t.ex. intag av stora mängder kött, vissa läkemedel som hämmar den tubulära sekretionen av kreatinin samt kosttillskott innehållande kreatin). Denna gång visade det sig att alla prover med misstänkta felaktiga resultat var analyserade på samma instrument. Trots ovanstående vidtagna åtgärder hittades ingen förklaring. Ett antal prover analyserades i duplikat på instrumentet och till synes slumpmässigt fick vissa prover en avsevärd skillnad mellan de två analysresultaten. Ytterligare felsökning av det aktuella instrumentet visade på ett instrumentproblem som gav intermittent falskt för höga resultat för P-Kreatinin. När problemet uppstod intermittent och gav rimliga svarsresultat var det svårt att upptäcka med laboratoriets egna kontrollmetoder. Utan kontakt från den beställande läkaren hade det därför tagit längre tid innan detta upptäckts.

Slutsats

Det är svårt att studera hur ofta felaktiga provsvar förekommer. De studier som finns visar att de flesta felen inträffar redan innan provet analyseras. Laboratoriet har rutiner för att förhindra att felaktiga provsvar lämnas ut men trots det kan inte alla fel upptäckas. Därför är det viktigt att den beställande läkaren känner till de vanligaste felkällorna som kan påverka provsvaret. Vissa av dessa felkällor kan också lätt undvikas genom rätt information till patienten och till den som ska ta provet.

Laboratoriesvar bör tolkas i förhållande till den kliniska bilden och övriga provresultat. Referensintervall är ett stöd i bedömningen av provsvaret men för individen kan resultat både inom eller utanför referensintervallet vara normala eller behöva åtgärdas. När ett provsvar är tvivelaktigt eller oväntat är den första åtgärden ofta att ta om provet. Om det nya resultatet stämmer bättre överens med den övriga bilden kan det stärka misstanken om att det tidigare provsvaret var felaktigt. Vissa typer av fel är reproducerbara och kan inte upptäckas genom förnyad provtagning och ibland kan ett oväntat analysresultat bero på något annat avvikande i provet som bör uppmärksammas. Kontakta därför gärna laboratoriet vid överraskande provsvar.

Karin Littmann
ST-läkare Klinisk Kemi
Karolinska Universitetslaboratoriet
karin.littmann@karolinska.se

REFERENSER:

1. Plebani och Carraro (Mistakes in a stat laboratory: types and frequency, Clinical Chemistry 43:8, 1348-1351 (1997))
2. Pierangelo Bonini, Mario Plebani, Ferruccio Ceriotti, Francesca Rubboli: Errors in Laboratory Medicine, Clinical Chemistry, 48:5, 691-698 (2002)
3. Laurells klinisk kemi i praktisk medicin, 9:e upplagan, Studentlitteratur, 2012
4. B. Edlund, I. Jones, M. Eriksson, I. Fredlund, A. Magnuson: Effect of sample ging on patient samples kept at ambient room temperature before analysis with the Abbot Cell-Dyn 4000 Hematology Analyzer, Laboratory Hematology 10:38-41 (2004)
5. www.westgard.com Biological Variation Database, updated 2014, provided by Ricos C, Alvarez V, Cava F, Garcia-Lario JV, Hernandez A, Jimenez CV, Minchinela J, Perich C, Simon M. "Current databases on biologic variation: pros, cons and progress." Scand J Clin Lab Invest 1999;59:491-500.

Foto: Jan Lindmark

Glesbygden en testbädd för framtidens vårdmodell

I Storuman ligger Glesbygdsmedicinskt centrum, GMC. Här arbetar distriktsläkare med allt från akutsjukvård till slutenvård samt i spannet mellan barnhälsovård och geriatrik.

Med sjukstugor och ett världsledande koncept med spetsteknik och specialiststöd på distans, prövas framtidens sjukvårdsmodell.

Det är mitten av december. När SAS-planet landar i Vilhelmina är landskapet täckt av snö. Det är flera minusgrader och i ankomsthallen varnar personalen för blixthalka.

Det är cirka sju mil från Vilhelmina till Storuman, en vacker bilfärd på ensliga vägar som kantas av granskogar och öppna kalhyggen. Från bilfönstret skymtar en flock med orrar, högt uppflugna i en trädtopp.

– Man ser mycket djur häruppe, säger Peter Berggren, distriktsläkare och chef för Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman, en forsknings- och utvecklingsenhet inom primärvården i Västerbottens läns landsting.

Sjukstugemodellen

Vi träffas på Storumans sjukstuga, ett småsjukhus med akutmottagning och vårdavdelning med 16 vårdplatser; åtta är kommunala korttids- och rehabiliteringsplatser, övriga åtta är landstingsplatser.

Vid Sjukstugan finns beredskap dygnet runt och en bred kompetens med allmänläkare, sjuksköterskor, barnmorskor och paramedicinsk personal. Här finns även röntgen- och laboratorieutrustning, ambulans samt telemedicinsk teknik som gör att man kan ta emot i stort sett alla patientkategorier.

– Vi är en teknisk välutrustad sjukstuga. Vi klarar de flesta akuta skadefall, vi gipsar exempelvis benbrott och handleder. Vi har en egen röntgenutrustning. Till vår hjälp har vi en specialistsjuksköterska som gör bedömningar och som skickar röntgenbilder vidare till radiologer i Lycksele och Umeå för tolkning.

Till Sjukstugan kommer alla slags patienter. Peter Berggren berättar om en patient med besvär i luftvägarna. Med laryngoskopet upptäcktes en avvikelse och bilder skickades till specialister vid Umeå universitetssjukhus.

Peter Berggren, distriktsläkare och chef för Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman.

Sjukstugan i Storuman, ett småsjukhus med akutmottagning, rymmer även folktandvård, hemtjänst samt företagshälsovård.

– Det visade sig att patienten hade en stämbandstumör, vilket för oss är en högst ovanlig diagnos. Inom ett par dagar kallades han till operation i Umeå, en resa på 25 mil enkel väg. Genom att arbeta med distansteknik och distanskonsultation sparar vi stora resurser, dessutom slipper patienter resa långa avstånd, säger Peter Berggren.

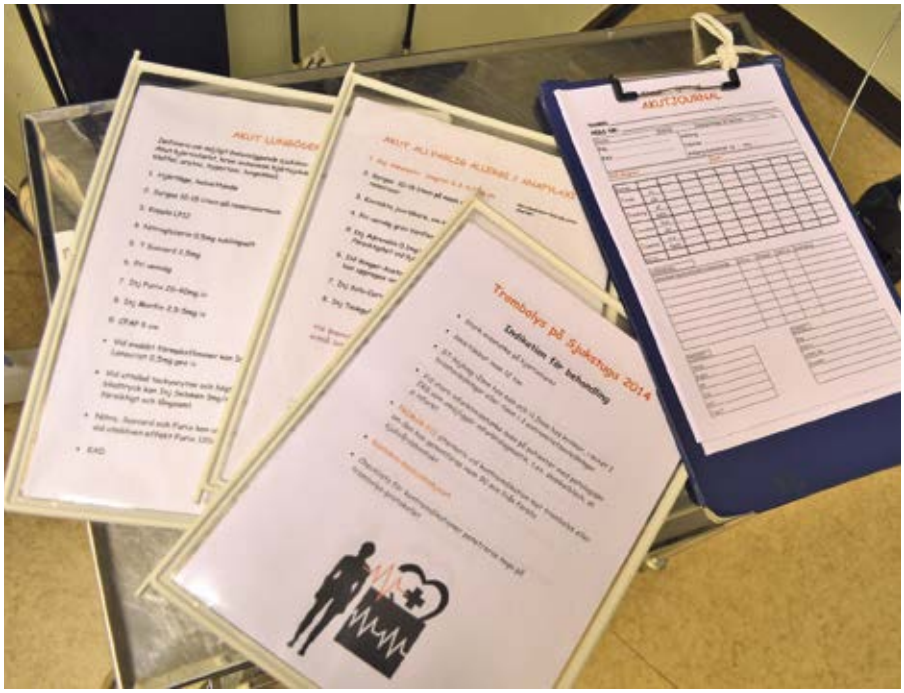
Varje dag passerar flera hundra personer Sjukstugan, som även rymmer folktandvård, hemtjänst samt företagshälsovård.

– Sjukstugemodellen är ett framgångsrikt koncept i många länder. För oss är det ett sätt att klara av att bedriva sjukvård i Norrlands glesbygdsområden. Att använda primärvårdens resurser och dessutom erbjuda primärvårdsdriven slutenvård har visat sig vara kostnadseffektivt och en möjlighet att klara framtidens demografiska utmaning, säger Peter Berggren.

I länder som Singapore, Kanada, Skottland och Australien används Sjukstugemodellen även i storstäder.

– I Sverige brottas vi tyvärr med en otroligt skev fördelning mellan primärvård och sjukhusvård, trots alla politiska brandtal om vikten av att föra över mer pengar till primärvården. Men i verkligheten förs inte pengarna över, snedfördelningen fortsätter och det blir sakta värre, säger Peter Berggren.

Vid Glesbygdsmedicinskt centrum pågår forskningsprojekt för att utvärdera Sjukstugemodellen, såväl ekonomiskt som kvalitativt.



Till akutrummet kommer osorterade patienter. Här tas de flesta akuta skadefall om hand.

Läkarstuderande Tomas Andersson tillsammans med barnmorskan Lena Forsberg, stationerad i Tärnaby och van vid snabba förlossningar.

I maj antogs även en handlingsplan där Regionförbundet för de fyra Norrlandslänen beslutat sig för att satsa på en landstingsövergripande vidareutveckling av glesbygdsmedicin.

– Vi ska använda Norrlands inland som en slags testbädd för att pröva nya modeller vad gäller teknik, organisation, ledning och styrning. Enkelt uttryckt kan man säga att vi sätter oss med ett vitt papper och skapar en ny struktur och modell för framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Det känns både spännande och mycket angeläget, säger Peter Berggren.

Modellen ska sättas in i ett simuleringsprogram i syfte att se konsekvenser och effekter av ett glesbygdssystem för vård med en stark primärvård. Modellen ska sedan testas i utpräglade storstadsområden som Stockholm, Malmö och Köpenhamn.

GMC samarbetar med internationella partners i Finland, Kanada och Australien. För simuleringsverktygen står högskolan i Skövde som är världsledande på simuleringar inom vård och omsorg.

– Ett viktigt område för glesbygdsmedicinen är att öppna dörrar för nya innovationer. Satsningar vid GMC har inneburit flera avknoppningar av företag. Ett av dem arbetar med att utveckla planerings- och dimensioneringsverktyg för kommunal vård och omsorg. Det krävs en arena där medicinteknisk industri, kommuner och landsting samarbetar för att pröva olika lösningar, säger Peter Berggren.

Demografiskt försprång

Sverige har internationellt sett en åldrad befolkning. Västerbottens landsbygd hamnar högt över det svenska rikssnittet; i flera inlandskommuner är 30 procent av befolkningen över 65 år. I exempelvis Dorotea är 10 procent av befolkningen äldre än 80 år.

– Demografiskt ligger vi cirka 20 år före nästan hela Europa och även andra välutvecklade delar av världen. En åldrad befolkning innebär ett stort tryck på sjukvårds- och omsorgssystemen, men många länder har ingen större plan för hur man skulle kunna organisera för en kommande åldersexplosion. Här sitter vi med facit och har unika möjligheter att testa medicintekniska produkter, arbetssätt och processer i en befolkning med en åldersstruktur som om 25 år kommer att vara en realitet i många länder, även i städerna, säger Peter Berggren.

Det demografiska försprånget, kombinerat med ett av världens bäst utbyggda högkvalitativa bredbandsnät, samt sammanhållna patientjournalsystem, ger

unikt goda förutsättningar att pröva nya innovativa lösningar inom hälso- och sjukvården, menar han.

– Vi har redan fungerande, moderna och mer eller mindre utvecklade system för hur man på ett kostnadseffektivt sätt kan organisera högkvalitativ sjukvård för glesbygden och en åldrande befolkning, säger Peter Berggren.

Men, menar han, det handlar inte bara om satsningar på glesbygdsmedicin, utan även på utveckling av glesbygden; genom att satsa på infrastruktur samt olika forsknings- och utvecklingsprojekt skapas arbetstillfällen och Sveriges inland blir ännu attraktivare.

Stroke under radiointervju

Glesbygdsmedicinskt centrum är lokaliserat på andra våningen på Storumans sjukstuga.

Centret som har 14 anställda finansieras dels med pengar från landstinget, dels med olika projektfinansieringar, bland annat från Vinnova.

– Vår strategiska inriktning är att bygga en stark ekonomi- och projektorganisation.

Peter Berggren är sedan hösten 2014 chef för centret på heltid och arbetar inte längre kliniskt. Efter intensiva år av mycket arbete och ett starkt engagemang för forsknings- och utvecklingsfrågor, sade kroppen till slut ifrån. Under en direktsänd intervju i radio om samisk hälsa kände Peter Berggren plötsligt hur synfältet på det ena ögat försvann. Han hade drabbats av förmaksflimmer och en TIA.

– Jag har arbetat extremt mycket och det höll på att knäcka mig. Under radiointervjun förstod jag att något allvarligt var fel. Jag hade dock en väldigt stor tur, inom 40 minuter hade symtomen gått tillbaka och synen blev återställd. Men jag blev varse att jag inte kunde fortsätta att pressa mig hur långt som helst.

På sitt kontorsrum hänger vacker konst, målade av Peter Berggrens mamma, utbildad vid Konstfack i Stockholm. Här hänger också inramade utmärkelser. Förra våren fick Glesbygdsmedicinskt centrum ”Guldskalpellen”, ett pris som varje år delas ut av tidskriften Dagens Medicin. Priset belönar insatser och initiativ som leder till ökad kvalitet på sjukvården i Sverige.

– Det var inspirerande att få det priset. Vi startade redan 1996 med att använda telemedicin i sjukvården, och var bland de första i Sverige. Tidigare var det få som visste vad glesbygdsmedicin var, men nu har vi fått en nationell och internationell uppmärksamhet och vi tar emot besök från olika landsting och länder nästan varje vecka. Vi har kompisar över hela världen, säger Peter Berggren.

I början av december var han en av talarna på ett internationellt symposium om utveckling i glesbygdsområden, ”Thriving

Annons

Peter Berggren, distriktsläkare och chef för Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman, en forsknings- och utvecklingsenhet inom primärvården i Västerbottens läns landsting.

Northern Communities". Symposiet som arrangerades på Folkets hus i Storuman lockade en stor publik och gästföreläsare från Norden, Europa och Australien.

– Det gav oss ny inspiration och kunskap, nya kontakter och dessutom två nya doktorander.

Samisk hälsa

Det är snart 20 år sedan Peter Berggren kom tillbaka till Storuman. Han är född på Stensele sjukstuga, någon mil utanför Storuman. Efter medicinstudier i Umeå började han arbeta i Örnsköldsvik och hade ursprungligen tänkt sig en karriär som kirurg.

– Men jag blev lockad av en äldre läkare i Västerbotten att komma upp och provjobba en sommar. Både jag och min fru, som också är från trakten och utbildad sjuksköterska, insåg att vi och våra barn trivdes väldigt bra och beslöt oss för att stanna.

I dag bor Peter och hans familj i Stensele i en vacker Jägmästarvilla, alldeles vid kanten av Umeälv. De fyra barnen är utflugna, men i huset finns vallhunden Kita kvar.

– Han är en fantastisk vän och en utmärkt draghund när vi åker skidor.

På väg till huset i Stensele pratar vi om samer och samisk hälsa.

Sverige saknar en nationell strategi för hur en god hälsa bland samer kan säkerställas. Vi saknar även en organisation med uppdrag att fortlöpande dokumentera, analysera och informera om samernas hälsotillstånd, vilket FN har kritiserat.

– Precis som Norge behöver även Sverige avsätta betydande resurser för samisk hälsoforskning och anpassad klinisk verklighet, säger Peter Berggren.

Tillsammans med akutmedicinskt centrum vid Norrlands universitetssjukhus driver GMC olika projekt inom området samehälsa. Ett av projekten handlar om akutsjukvård i extrem glesbygd. De som bor och arbetar i Norrlands inland, långt ifrån befintliga vägar, erbjuds utbildning i akutsjukvård. Utbildningen vänder sig huvudsakligen till samebyar, räddningstjänst, fjällräddning, polis och stugvärdar.

– Tanken är att de ska bygga upp lokal kompetens för akutsjukvård. Vi har också avtal med befintliga helikopterföretag för att kunna föra ut adekvat utrustning som kan användas i akuta situationer.

Många samer lever i en tuff arbetsmiljö med höga skaderisker.

– En särskilt utsatt grupp är de samer som lever av renskötsel, de löper störst risk att utveckla ohälsa. Samerna har kanske ett av Sveriges farligaste yrken och vi ser många svåra skoter- och motorcykelolyckor. Sjukvården har inte riktigt anpassat sig efter deras nomadiska livsstil.

Det finns ett behov av att utbilda vårdpersonal och höja kunskapen om den samiska kulturen och livsstilen, menar Peter Berggren.

– Tyvärr har många samer ett lågt förtroende för myndigheter och för hälso- och sjukvården. Vi behöver öka det förtroendet och höja tilliten. Samerna pressas hårt från olika håll och får uppleva hur väg-, vatten- och vindkraftsbyggen gör inskränkningar på deras land.

Även om samerna är förhållandevis friska, jämfört med andra ursprungsbefolkningar, skattar välutbildade samiska kvinnor sin hälsa som sämre än andra grupper.

– Varför det är så ska vi ta reda på i ett forskningsprojekt, men en hypotes är att det inte är status med en hög utbildningsnivå.

Nordisk videokonferens

Det är sen eftermiddag när vi är tillbaka på Sjukstugan i Storuman. Peter Berg-

Barnmorskan Lena Forsberg har tidigare arbetat i Centralafrikanska republiken.
– Det var lärorika år. Jag fick en stor vana vid att hantera sätesförlossningar eftersom man inte vände på barnen eller använde kejsarsnitt. Här i sjukstugans akutrum tillsammans med läkarstuderande Tomas Andersson. *Foto: Jan Lindmark*

gren skyndar till det kreativa rummet för att starta en videokonferens på storbildsskärm med deltagare och samarbetspartners från Alta, Tromsö och Köpenhamn.

De ämnen som ska diskuteras handlar bland annat om rekrytering och om EU-projektet *Recruit & Retain* som vill förbättra möjligheterna att rekrytera personal till glesbygden. Tillsammans med länder som Kanada, Skottland, Norge och Island arbetar GMC med att ta fram strategier för rekrytering av högutbildad personal till glesbygden.

Andra ämnen som tas upp är projektet *Rural medicine goes to town*, det vill säga en utvärdering av sjukstugemodellen i tätbefolkade städer.

– Det finns internationell forskning som talar för att detta sätt att arbeta är kostnadseffektivt och ger en väl så god kvalitet som traditionell sjukhusvård. Kanske är sjukstugemodellen en vårdmodell även för storstäderna? Här behövs mer forskning, säger Peter Berggren.

Han refererar till Northern Ontario School of Medicine i Kanada där glesbygdsmedicin är ett levande begrepp och där det finns en akademisk inriktning med professorer i rural medicine. Här finns även en läkarutbildning baserad på undervisning i glesbygdsmedicin. Två och en halv procent av landets läkarstuderande antas varje år till utbildningen.

Intresset för glesbygdsmedicin ökar även i Sverige. I Västerbotten kan blivande specialister förlänga ST-tiden för att få glesbygdsmedicinsk kompetens. Svensk förening för glesbygdsmedicin har tillsammans med de fyra norrlandslandstingen utvecklat en särskild påbyggnadsutbildning i glesbygdsmedicin för ST-läkare.

– Hur lång förlängningen blir för att uppnå glesbygdsmedicinsk kompetens varierar. Men det handlar om mellan sex månader till ett år, säger Peter Berggren.

Förutom det breda allmänmedicinska ansvaret har en allmänläkare som arbetar i glesbygd i regel den högsta medicinska kompetensen i sitt område. Beroende på avstånden till sjukhus, i bland tio mil eller mer, ansvarar hen för all primär akutsjukvård. Detta gäller såväl färdigbehandling av patienter på mottagningen som primärt omhändertagande av svårt sjuka och skadade som måste transporteras till sjukhus. På flera glesbygdsmottagningar är akutsjukvård en stor del av verksamheten.

– Runt om i världen finns det många glest befolkade områden där länder i likhet med Sverige brottas med svårigheter att erbjuda en jämlik vård för glesbygdsbefolkningen. Vi ser ett stort behov av att Sverige inrättar ett nationellt centrum för glesbygdsmedicin och samisk hälsa. Huvudkontoret får gärna förläggas till Storuman, i närheten av den verklighet som ska driva utvecklingen, säger Peter Berggren.

Eva Nordin
Journalist

Inrätta ett nationellt glesbygds-medicinskt centrum i Umeå

Det finns en politisk vilja och ambition i Sverige att satsa på glesbygdsmedicin. I motioner till riksdagen för Anders W Jonsson (C) samt Barbro Westerholm (FP) fram viktiga förslag i utvecklingen av glesbygdsmedicin.

– Det handlar om att utveckla kunskap och kompetens när det gäller att hantera ursprungsbefolkningens sjukdomar, i vårt fall den samiska befolkningen. Vi behöver även lära oss mer om de medicinska behoven och hur deras sjukdomspanorama ser ut. Det handlar också om att bemanna glesbygden med vård- och medicinsk kompetens, säger Anders W Jonsson (C).

Den tredje delen, menar han, handlar om att rigga sjukvården så att den blir effektiv och med hög kvalitet, oavsett avstånd. Det är inte alltid som avstånd räknas i kilometer, det kan handla om en äldre människa i glesbygd, men också om en äldre människa i en storstad som har svårt att ta sig från sitt hem och behöver konsultation med hjälp av modern teknik i hemmet.

Centrum för tester och utvärdering

Det finns många goda exempel på hur modern teknologi undanröjer hinder, ökar tillgängligheten, höjer kvaliteten och förbättrar effektiviteten. Anders W Jonsson tycker att SKL, tillsammans med regeringen bör ta ett nationellt initiativ för att styra och stimulera utvecklingen av glesbygdsmedicin.

Även Barbro Westerholm (FP) pläderar i en motion för en satsning på ett nationellt universitetsanknutet centrum för glesbygdsmedicin.

Hon menar att den teknik som behövs redan finns, och att utvecklingen talar för att vi behöver hitta lösningar för en mer tillgänglig, patientsäker och mer effektiv hälso- och sjukvård, inte minst inom hemsjukvård och primärvård.

– Vi vill se ett centrum som testar och utvärderar nya metoder och ny teknik innan den implementeras. Vi behöver också hälsoekonomiska analyser och utvärderingar så att vi får en prislapp på kostnader och även en uppskattning av vinsterna, säger Barbro Westerholm.

I exempelvis Skottland och Australien ser man sjukstugor eller ”community hospitals” som basen i ett framtida sjukvårdssystem som ska klara de demografiska utmaningarna också i glesbygden.

Anders W Jonsson

Barbro Westerholm

– Betydelsen av hälsofrämjande insatser växer och alltfler får tillgång till teknik som innebär att man inte nödvändigtvis behöver uppsöka en vårdcentral eller ett sjukhus.

Modell även för skärgården

I många länder ses primärvårdsdriven slutenvård som en kostnadseffektiv lösning. Det är en väg som borde prövas även i Sverige, tycker Barbro Westerholm som menar att man bör ta tillvara erfarenheter från Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman. Här finns fantastiska projekt som visar vad man kan åstadkomma med väl utvecklad distansteknik för glest befolkade områden med många äldre.

– Vägen dit går via system, teknik, forskning, utveckling och utbildning, menar Barbro Westerholm. Satsningarna i Storuman gynnar rekryteringen av läkare som har en god bemanning, jämfört med andra orter och vårdcentraler i Sverige. Det är också populärt att söka ST-block i Storuman. Man har i samarbete med Umeå universitet, även tagit fram en särskild utbildning i glesbygdssjukvård för sjuksköterskor.

Barbro Westerholm menar att de erfarenheter som finns vid Umeå universitet och Storuman bör tas tillvara för utvecklingen av glesbygdsmedicin i andra delar av Sverige, exempelvis i skärgårdarna.

– Ett nationellt centrum får gärna etableras i Umeå eftersom de har kommit långt jämfört med andra universitet i Sverige.

Eva Nordin
Journalist

Robotassisterat ultraljud och virtuella hälsorum

Kjell Larsson arbetade tidigare som distriktsläkare i Arvidsjaur. I dag är han medicinskt ledningsansvarig för Sjukstugan i Storuman. Här prövas och utvärderas ny teknik, bland annat ultraljud av hjärtat, distansstyrt från Skellefteå. Härifrån styrs även utvecklingen av virtuella hälsorum som nu ska etableras på ett 20-tal platser i Norrlandslänen.

När Kjell Larsson närmade sig pensionsåldern och var på väg att sluta som distriktsläkare i Arvidsjaur, fick han erbjudande om en tjänst i Storuman.

– Jag tyckte det var för tidigt att pensionera mig, och eftersom jag har ett brinnande intresse för glesbygdsmedicin var det inte svårt att tacka ja. Jag gillar mångfalden och som läkare stimuleras jag av bredden och helhetsansvaret. Man ska gilla att träffa och prata med folk, speciellt gamla. Vi har ju en åldersstruktur som är helt annorlunda än vad den är i tätort eller kustområden.

Den förväntade utvecklingen är att andelen äldre i glesbygdskommunerna kommer att öka från 25 till 32 procent. De som arbetar kommer att få en ökande försörjningsbörda; i början av 2030 beräknas majoriteten av invånarna att vara i icke arbetsför ålder i glesbygdskommunerna.

– Det är en utveckling som kommer att påverka behovet av hälso- och sjukvård, men också möjligheterna att rekrytera välutbildad personal till vården, säger Kjell Larsson.

Vid sjukstugan hanteras de stora diagnosgrupperna som hypertoni, hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL. En förhållandevis stor grupp är även patienter i livets slutskede.

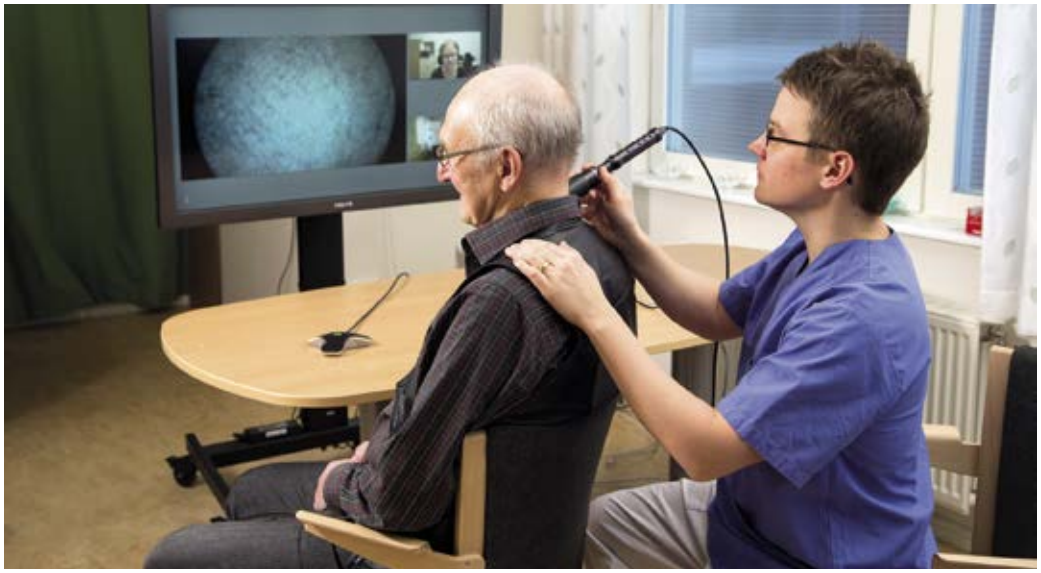
Kjell Larsson arbetar även som jourläkare. Upptagningsområdet omfattar fyra sjukstugor och motsvarar ett lika stort geografiskt område som Skåne, Halland och nästan hela Blekinge.

– Det geografiska området är stort, men befolkningen är förhållandevis liten. En stor del av jourarbetet handlar om bedömningar och ordinationer på distans, ofta tillsammans med sköterska på plats som kan vara 13 mil bort. Vi använder även Skype och kopplar upp oss mot varandra med dator, säger Kjell Larsson.

Hjärtsviktdiagnos på distans

Vi går över till ett av Sjukstugans behandlingsrum. Här står en robot som styrs på distans från Skellefteå sjukhus.

– Det är egentligen en helt vanlig hjärtsviktsapparat som man kan använda på vilket sjukhus som helst för att i första hand få en hjärtsviktsdiagnos. De patienter som vi träffar, många av dem är äldre med långa reseavstånd, är annars



Hälsorummet kan till exempel användas för provtagning och blodtrycksmätning och allmänheten har möjlighet att boka videokonferenser. Inom två år beräknas det finnas ett tjugotal nya virtuella hälsorum i glesbygden.

Videokonferens i det virtuella hälsorummet i Slussfors.

tvungna att åka till en specialistklinik. Här får vi en direktkonsultation med en kardiolog i Skellefteå och patienten får diagnos och ett besked under pågående undersökning.

Glesbygdsmedicinskt centrum driver projektet med robotassisterat ultraljud av hjärtat, tillsammans med Skellefteås forskningsenhet.

– Det är en fantastisk innovation. Nu ska vi ta projektet vidare till klinisk tillämpning, säger Kjell Larsson.

Det som också ligger i utvecklingsfronten är satsningarna på virtuella hälsorum. Det första öppnade 2013 i byaskolan i Slussfors och styrs via Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman. Vid hälsorummet kan patienter kontrollera sina Waranvärden, mäta blodtryck, vikt, blodsocker, blodvärde, INR samt ta venösa prover med hemtjänstens hjälp. Via ett videokonferenssystem kan patienter även boka möten med läkare på distans. Till videokonferensutrustningen hör en handkamera som möjliggör att undersöka exempelvis hudförändringar. Till kameran kan även stetoskop anslutas.

– Vi tar tillvara erfarenheterna från Slussfors och utvecklar hela tiden nya tillämpningar. De fyra Norrlandslandstingen har även beslutat att det ska finnas ett tjugotal nya virtuella hälsorum i glesbygden inom två år. Tanken är att de ska knytas ihop i en gemensam driftorganisation med en enkel plattform som grund.

Hälsorummen är ett steg mot visionen att bli världsledande i framtidens vård och omsorg i glesbygd, menar Kjell Larsson.

Eva Nordin
Journalist

Kjell Larsson, distriktsläkare och medicinskt ledningsansvarig. Här vid den robot som används vid hjärtsviktsdiagnoser och som styrs på distans från Skellefteå sjukhus.

Det virtuella hälsorummet i Slussfors, ett steg mot visionen att bli världsledande i framtidens vård och omsorg i glesbygd.
Foton: Jan Lindmark

Annons

DLF på SFAMs ST-dagar

I slutet av januari träffades kollegor i Malmö på SFAMs ST-dagar. DLF var där och diskuterade framtidens primärvård med blivande medlemmar.

Rekrytering av ST-läkare till allmänmedicin var ett hett ämne.

– Det är viktigt att vi visar upp primärvården från sin bästa sida. De enheter som tar emot studenter och utbildningsläkare måste vara välbemannade och ha en bra arbetsmiljö för att kollegor ska välja vår specialitet i större omfattning.

– Facket borde jobba för att förenkla möjligheterna att bli specialist. Målbeskrivningen är för strikt. Det vore värdefullt att kunna tillgodoräkna sig sådan kunskap som förvärvats även utanför ST och som uppfyller de ställda målen. Det kan röra sig om erfarenheter från andra utbildningar och jobb.

En kollega påtalade vikten av att flera studenter och underläkare kommer i kontakt med arbetet på vårdcentral t.ex. genom vikariat och påtalade att Socialstyrelsens regler som statuerar att arbete som läkare i Primärvården först får ske efter examen och inte efter termin 9 som inom andra specialiteter.

Man eftersökte en ökad förståelse för Primärvårdens uppdrag bland allmänhet, politiker men också bland kollegor inom andra verksamheter.

– Primärvården skulle vinna på om antalet ST-läkare från andra specialiteter som randar sig i primärvården ökade. Det skulle öka förståelsen för vårt uppdrag och kanske få fler kollegor att välja primärvård.

Naturligtvis diskuterades vår IT-miljö. Bengt Jönsson, ordförande Sydvästra Skåne, berättade om hur man lokalt arbetat med att få till stånd bättre lösningar.

Auditoriet hade via media följt diskussionen om att byta namn på organisationen DLF.

– Vi har svårt att identifiera oss med namnet Distriktsläkarföreningen. Fortsätt att arbeta med att byta namn till Primärläkarna, det känns nytt och starkt!

Lena Ekelius
Vice ordförande DLF

Fadderlista 2015

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Ove Andersson *(ogandersson@gmail.com)*	Gävleborg Uppsala Västmanland
Britt Bergström *(britt.bergstrom@vgregion.se)*	Östergötland Södermanland Jönköping
Lena Ekelius *(lena.ekelius@me.com)*	Halland Mellersta Skåne Nordvästra Skåne Sydvästra Skåne
Bengt Jönsson *(bengt.g.jonsson@gmail.com)*	Kalmar Kronoberg Östra Skåne
Daniel Mella *(ndnilsson@gmail.com)*	Norrbotten Västerbotten Västernorrland
Christer Olofsson *(christer.olofsson@ltblekinge.se)*	Blekinge Stockholm Gotland
Agneta Sikvall *(agneta.sikvall@gmail.com)*	Jämtland Västra Götaland
Marina Tuutma *(marina.tuutma@liv.se)*	Värmland Dalarna Örebro

Smärta i klinisk praxis

Annica Rhodin (red.)
Studentlitteratur 2014
ISBN: 978-91-4409-109-9

Smärta är utan tvivel det vanligaste symtomen bland våra patienter. Det finns undersökningar som pekat på att bortåt två tredjedelar av primärvårdens patienter har smärtproblem i någon form. Detta även bland de som söker med helt annan problematik. För att travestera på Per Lagerkvists berömda diktrader om att *ångest, ångest är vår arvedel* kanske vi i primärvården kan skalda att *smärta, smärta är vår arvedel*. Hursomhelst så finns det ett stort behov av mer kunskap kring smärta och smärtbehandling i primärvården.

Annica Rhodin, överläkare vid Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala har tillsammans med en rad kompetenta kollegor sammanställt en handbok om smärta och smärtbehandling. Boken är indelad i fyra huvudsektioner; smärtans fenomenologi, behandlingsmetoder, specifika smärttillstånd samt generella smärttillstånd. Samtliga välplanerade och strukturellt upplagda. Det är med tillfredsställelse man noterar att det även finns ett utförligt kapitel kring handläggandet av de patienter som blir beroende av smärtstillande (främst opiodpreparat) och som ju tyvärr inte är helt ovanliga i primärvården. Problematiken berörs dessutom i kapitlet om generella smärttillstånd. Kapitlet om läkemedel är även detta mycket bra upplagt och ger en god översikt vid val av lämpliga preparat för smärtbehandling.

Bokens målgrupp spänner över hela registret från medicinstuderande till färdiga specialister och sjuksköterskor. Det är helt klart en bok som kan vara av värde för samtliga inom denna målgrupp. Kanske som underlag för lokalt utarbetade program för smärtbehandling på vårdcentralerna?

Coachande handledning
– en metodbok för ledarutveckling och professionellt klientarbete

Ann Kellheim & Britt Weide
Liber Förlag 2013
ISBN: 978-91-4709-900-9

Det finns lite olika definitioner på vad som menas med coaching. Det kan definieras som en stödjande verksamhet med inriktning på att hjälpa en person eller en grupp att nå ett visst mål. Något som förklarar varför coaching blivit så populärt i sportens värld. Coaching kan även beskrivas som en specifik samtalsform där den coachade blir aktiv och använder sina egna förmågor. Till skillnad från att undervisa blir då coaching en metod för att hjälpa någon annan att lära sig själv. Det är individen själv som hittar svaren på sina frågor.

I princip kan väl coaching vara det som en god handledning av ST-läkare skall bestå av. Inte så mycket av undervisning utan i första hand inriktning på att lära läkare använda sina kunskaper på bästa sätt. Det intressanta i detta sammanhang är att den som coachas kan besitta mer, eller åtminstone mer aktuella, kunskaper än den som coachar. På samma sätt som en tränare som tränar en framgångsrik idrottare sällan eller aldrig kan prestera samma toppresultat som den som tränas.

Boken coachande handledning har skrivits av två författare med gedigen erfarenhet inom området. Visserligen inte inom vården men mycket av vad som avhandlas i boken kan med tillämpas i till exempel primärvården. En läsvärd bok inte minst för de som har det ansvarsfulla och viktiga uppdraget att vara handledare till ST-läkare i allmänmedicin.

Christer Olofsson
Redaktör

Konsten att göra något meningsfullt

Så här efter nyår, med löften om att bli en bättre människa om det nu är möjligt, väcks av och till även funderingar kring vad vi egentligen sysslar med i vår dagliga verksamhet. Av vissa beskrivet som ett ändlöst harvande utan slut. Andra med en något mer modest syn på sin insats tror sig göra nytta åtminstone i mellanåt. En intressant fråga att filosofera kring är naturligtvis om vi gör något meningsfullt. Gör vi något som förbättrar hälsan för alla de patienter vi möter? Medverkar vi till att några får ett hälsosammare och förhoppningsvis något längre liv?

Innan vi filosoferar vidare kring vår eventuella förmåga till att göra något meningsfullt kan det kanske vara av intresse att se lite på vad några våra konkurrenter sysslar med när det gäller att förbättra folkhälsan. Under förra året lanserades s.k. kolloidalt silver som kosttillskott. Ett undergörande medel som påstods kunna kurera allt från cancer till ebola. Nu var tydligen de kurerande verkningarna inte så värst uttalade och efter att ha förbjudits att sälja medlet som hälsokost blev det av företaget istället lanserat som ett vattenreningsmedel! – här går det undan! Andra möjligen något harmlösare hälsomyter går ut på att ”slå larm” om riskerna med att få i sig vissa produkter. Så har det under förra året till exempel uppmärksammats faran med att dricka mjölk. Även risken med att äta spannmålsprodukter har lyfts fram som något som man bör varna för. Att avstå från både mjölk och spannmålsprodukter torde dock vara lika ofarligt som att använda dessa produkter för de allra flesta. Det visar snarast på att mänskligheten överlag inte är så noga med källkritiken. Låter det tillräckligt övertygande, eller om någon kändis framför budskapet, så verkar det gå bra att marknadsföra även riktigt obskyra idéer.

För att då återvända till vår egen, något mer vetenskapligt förankrade verksamhet, så finns det väl anledning att fundera över vad vi ”marknadsför” som meningsfulla insatser och behandlingar. Birgitta Hovelius (professor emerita, allmänmedicin) har tillsammans med en rad andra kloka föregångare och företrädare för allmänmedicin påbörjat en sammanställning på temat onödiga och skadliga åtgärder i svensk allmänmedicin. Ett arbete som pågått under längre tid på en del håll ute i Europa och som är helt nödvändigt och efterlängtat. I en ledarartikel i Dagens Nyheter, nov 2014, framhålls som ett av sjukvårdens viktiga ansvar att undvika att sätta medicinska diagnoser på sådant som egentligen tillhör livets normala villkor. Vi är få men kompetenta allmänläkare och borde ha förmåga att kunna fokusera på att göra det som är meningsfullt. Det är dock en konst att inte enbart vara duktiga utan även göra det som är viktigt för våra patienter. En konst som vi behöver lära oss att utöva flitigare framöver.

Christer Olofsson
Redaktör

Annons

DLFs styrelse

ORDFÖRANDE

Ove Andersson
Strama Uppsala län
Inf. kliniken
Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
Tel: 018-611 90 02, Mobil: 070-567 91 89
E-mail: ogandersson@gmail.com

VICE ORDFÖRANDE

Lena Ekelius
Capio Cityklinikken
Studentgatan 1, 211 38 Malmö
Tel. 040-35 09 08
E-mail: lena.ekelius@me.com

SEKRETERARE

Agneta Sikvall
Åby Vårdcentral
Katrinebergsgatan 2, 413 21 Mölndal
Tel: 031-86 27 50
Fax: 031-86 27 07
E-mail: agneta.sikvall@gmail.com

KASSÖR

Marina Tuutma
Vårdcentralen Rud
Box 7106, 650 07 Karlstad
Mobil: 070-653 46 08
E-mail: marina.tuutma@liv.se

KANSLI

Anne-Marie Johansson
Sveriges läkarförbund
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 91
Fax: 08-10 31 44
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se

ÖVRIGA LEDAMÖTER

Britt Bergström
VC Primärvård Utbildning/Göteborg
Otterhällegatan 12 a, 411 18 Göteborg
Mobil: 070-350 35 06
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

Christer Olofsson
Kallinge vårdcentral
Gjutarevägen 1-3, 372 50 Kallinge
Tel: 070-563 70 93
Fax: 0457-73 17 75
E-mail: christer.olofsson@ltblekinge.se

Daniel Mella
Åby vårdcentral
Nyköpingsvägen 28, 616 30 Åby
Mobil: 073-502 53 21
E-mail: ndnilsson@gmail.com

Bengt Jönsson
Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56 b, 214 33 Malmö
Mobil: 0706-51 68 04
E-mail: bengt.g.jonsson@gmail.com

VALBEREDNINGEN

Ann-Marie Terner (sammankallande)
Brickegårdens VC
Österleden 10, 691 81 Karlskrona
Mobil: 070-313 60 32
E-mail: ann-marie.terner@orebroll.se

Anna Segernäs Kvitting
VC Ekholmen
Ekholmsv. 7, 589 29 Linköping
Tel: 073-364 14 30
E-mail: anna.kvitting@gmail.com

Ulf Wahllöf
Norrlandskliniken Hälsocentral
Glimmervägen 5e, 907 40 Umeå
Mobil: 070-329 17 72, Fax: 090-343 55 62
E-mail: ulf.wahllof@icloud.se

Utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren 2015

Nummer	Tema	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 2	Äldrepsykiatri	17 mars	04 maj
Nr 3	Psyk. (ångest/depr.)	12 maj	18 juni
Nr 4	Artros	25 augusti	02 oktober
Nr 5	Ont i ryggen	06 oktober	13 november
Nr 6	Övervikt/överviktskir.	10 november	18 december