

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 6 2010 ÅRGÅNG 31



SFAMs höstmöte i Åre sid 6-14

Specialistexamen 2010 - Examinander sid 12 • Ur en jeepdoktor-trainees dagbok sid 20

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaravvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till chefredaktor@sfam.se



Bildtips!



Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn. Det går bra med papperskopior och digitala fotografier. Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning. Tekniska frågor om bilder besvaras av Peo Göthesson peo@mediahuset.se Tel 0525-323 50



Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

- 3 Ledare**
Allmänmedicinare vill jobba med allmänmedicin
Eva Jaktlund
- 5 SFAM informerar**
Inför det nya året
Karin Träff Nordström
- 6 SFAMs höstmöte**
SFAMs höstmöte – Årets allmänmedicinska höjdpunkt
Miriam Birgersdotter
- 8 SFAMs höstmöte**
Utmärkelser
- 9 SFAMs höstmöte**
Kall hjärna, varmt hjärta, rena händer
Staffan Olsson
- 10 SFAMs höstmöte**
Fullmäktigemöte i Åre
Karin Träff Nordström
- 11 SFAMs höstmöte**
Nya styrelsemedlemmar
- 12 SFAMs höstmöte**
Specialistexamen – Examinander
Karin Lindhagen
- 14 SFAMs höstmöte**
Allmänläkaren 2020 – onödig eller oundgänglig?
Karin Träff Nordström
- 15 Årets Avhandling**
Screening för hjärtkärlrisk och diabetes i primärvården – Söderåkrastudien
Ulla Petersson
- 16 Debatt**
Öppet brev till SFAMs styrelse: Vidga den allmänmedicinska kompetensen i Läkartidningen
Bengt Järhult
- 20 Reportage**
Ur en jeepdoktor-trainees dagbok
Elisabeth Hjort
- 23 Årets ST-uppsats**
Allmänläkaren och placebobegreppet – en kvalitativ studie
Monica Othén
- 26 Reportage**
Quo vadis Allgemeinmedizin?
Markus Beland
- 29 Kulturspalten**
Konst eller verklighet
Stig Andersson
- 30 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 32 Fortbildning**
I väntans tider
Dorte Kjeldmand

SFAMs höstmöte – Årets allmänmedicinska höjdpunkt



På sidorna 6–14 hittar ni reportage och referat från höstmötet i Åre.

Öppet brev till SFAMs styrelse



Bengt Järhult debatterar om det allmänmedicinska innehållet i Läkartidningen. Sidan 16.

Monica Othéns ST-uppsats: Allmänläkaren och placebo-begreppet – en kvalitativ studie

Hela vårt sätt att arbeta - det rymmer jättemycket placebo

Sidan 23

Annons

Allmänmedicinare vill jobba med allmänmedicin

” De flesta patienter vill ha en personlig läkare som känner dem och som tar dem på allvar med rätt kompetens.

S FAM har tillsammans med Svensk Internmedicinsk förening och Svensk Geriatrisk Förening tagit fram ett dokument som beskriver vår gemensamma vision på hur vården för äldre multisjuka ska organiseras. Samarbete är trevligt och som i alla möten lär man sig något nytt. Kanske är det den största läromästaren – mötet där tillfälle ges att lyssna på någon annan.

Efter ett av våra förenings gemensamma presentation av policyprogrammet för politiker och tjänstemän åt vi lunch och diskuterade hur läget ser ut just nu för våra respektive specialiteter. Internmedicin brottas med en allt smalare subspecialisering som bland annat leder till att det är svårt att upprätthålla en hög bakjournskompetens. Geriatriken har stora svarta fläckar på Sveriges karta där det inte finns tillgång till geriatrisk specialistkompetens för våra patienter. Allmänmedicin, ja vi har ju våra egna svårigheter, av vilket en är att det allmänmedicinska perspektivet späds ut och ibland är på gränsen till att filtreras bort helt i primärvården. I stället ställs fokus på enskilda diagnoser, registerregistrering och man ser alltmer på allmänläkare som konsulter snarare än ledare i organisationen.

Allmänmedicin är en specialitet. En medicinsk specialitet med högt ställda krav på kompetens från oss i professionen och från stat, landsting och Socialstyrelsen. Det är också ett förhållnings-

sätt. Vi följer en grupp i befolkningen över tid och anpassar vår medicinska faktakunskap till individ och situation. Vi använder tid och kontinuitet som verktyg i vårt arbete. Som allmänläkare bevittnar man människors hälso- och ohälsorelaterade resa genom livet. Oro, sjukdom, stress, lättnad och glädje. Ibland manar situationen till intervention. Ofta är det i stället att finnas där och tala om att det som sker är en naturlig del av livet som är det medicinskt relevanta. Detta är en stor och svår utmaning för många av oss i vår vardagliga klinik. Den inlärd biomedicinska reflexen är mer eller mindre lättutlöst beroende på förhållanden och situation.

Om man som allmänläkare inte får jobba med allmänmedicin blir arbetet mindre intressant. När det allmänmedicinska synsättet, specialiteten Allmänmedicin åsidosätts i olika sjukvårdsorganisationer, oavsett namn, då får vardagen ett helt annat innehåll. När patienterna inte är listade på en personlig läkare utan kommer lite hipp som happ till den läkare som jobbar just då. När vi av organisatoriska och ekonomiska skäl åläggs att ställa riktade frågor till patienterna oavsett vad de söker för i stället för att fokusera på vad som är viktigt för dem just då. När kontinuitet inte är viktigt nog för arbetsgivare och sjukvårdshuvudmän. De flesta patienter vill ha en personlig läkare som känner dem och som tar dem på allvar med rätt kompetens.

Primärvårdsbegreppet i kombination med de olika värvalssystemerna som är utformade ur ett organisatoriskt perspektiv och inte ur ett allmänmedicinskt perspektiv är ett hot mot god och kostnadseffektiv första linjens sjukvård. I ett enda av de 21 värvalssystemen väljer patienten själv läkare, i alla de andra får man bara välja vårdenhet. En vårdenhet har möjlighet att jobba allmänmedicinskt, men är inte ålagd att göra det. Konsekvensen av att värvalssystemen sätter allmänmedicin åt sidan kan bli att det blir än svårare att rekrytera allmänläkare.

En häst är en häst. En fotboll är en fotboll. En specialist i allmänmedicin vill jobba med allmänmedicin.



Eva Jaktlund
ordförande



17th Nordic Congress of General Practice

Tromsø – Norway, 14 -17 June 2011

17. Nordiske Kongress i Allmenmedisin * 17. daviriikalas dábálas-medisiinna konferánsa



Caring for people where they are

Our vision for the congress in Tromsø 2011 is inspired by life and nature in northern and rural areas. It raises a double challenge for all doctors in general practice: to care for people where they are living, and where they are in their lives. The congress programme will address this from scientific, theoretic, educational and clinical practice perspectives.

17th
Nordic Congress
of General Practice
Tromsø, Norway



More info on www.gp2011tos.com * You're welcome!

Inför det nya året

Jag vill börja med att hälsa Karin Lindhagen välkommen till AllmänMedicins redaktion och samtidigt tacka henne för arbetet med SFAMs hemsida under det gångna året, ett uppdrag jag nu tagit över med ambitionen att på ett tydligare sätt knyta ihop tidskriften med hemsidan.

Jag vill också tacka Tina Nyström Rönnås och Björn Nilsson för er insats i redaktionen. Nya redaktörer är fortfarande välkomna!

Nedan ser ni utgivningsplanen för AllmänMedicin 2011. Som jag tidigare meddelat kommer vi nu ut med fyra tjockare nummer per år och vi börjar med temanummer, vilket innebär att någon artikel i tidskriften kommer att beröra aktuella teman. Du som redan nu känner dig manad att skriva om ett tema ur allmänmedicinskt perspektiv – hör av dig till redaktionen.



Karin Träff Nordström,
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Utgivningsplan 2011

Nr	Materialdag	Utgivningsdag	Tema
1	7 februari	14 mars	Astma/Allergi/KOL/Dermatologi
2	18 april	23 maj	Osteoporos/Artros/Smärta
3	5 september	10 oktober	Diabetes/Hjärta-Kärl/Koagulation
4	14 november	19 december	Geriatrik/Psykiatri/Urologi

Annons

SFAMs höstmöte

– årets allmänmedicinska höjdpunkt



Precis så upplever jag de årligen återkommande dagarna på nya intressanta platser och mötet med ”gamla” och nya kollegor. Ofta är dessutom höstmötet förlagd till en för mig ny stad/ort vilket ger mig möjlighet att lära mig mer om nya orter i Sverige både vad gäller natur och lokalhistoria.

I år uppfylldes än en gång mina förväntningar. Redan på vägen från Frösön mot Åre slogs jag av naturens skönhet och en känsla av ro och lugn bredde långsamt ut sig inom mig. Naturens vildhet, höstfärgerna, Järpströmmen, de glest utspridda gårdarna fick mig att tro att jag deltog i en film. När sedan fjällen dök upp i horisonten kom en stark lust över mig att packa ryggsäcken, hitta närmaste vandringsled och bara ge mej av ut på vandring i landskapet. Det norrländska lugnet smittade av sig och den hemlängtan som ofta trycks undan gjorde sig åter påmind.

Jag anlände sedan till det vackert belägna hotellet vid foten av Åreskutan och vid kanten av Åresjön. Konceptet att alla bor på det hotell där konferensen tilldrar sej är ett lyckokast. Det är lätt att checka in och ut, det är nära till föreläsningssalar och spaavdelning, där onsdagskvällens kvällsmingel ägde rum med välsmakande buffé. Jag passade på att åka vattenrutschkana, delvis i mörker, att simma utomhus i det snöblandade regnet samt besökte snörummet och ångbastun i den välutrustade bastuanläggningen.

Onsdagen inleddes för min del med studierektorskonferens där jag deltog för första gången. Det var givande och utmanande att möta kollegor med erfarenhet från ett uppdrag som jag nyss tillträtt. Sedan följde årets fullmäktige som med Margareta Troein Töllborn vid rodret klarades av snabbt och galant inom uppsatt tidsgräns. För min del uppskattade jag mycket att diskussionen om medlemsavgiften detta år avklarades så snabbt. Viktigast att förmedla från fullmäktigemötet är väl att höstmötet kommer att bli ett vårmöte framöver. En fråga av stor vikt som SFAMs styrelse arbetar vidare med är kvalitetsregisterfrågan. SFAM tar också strid för den allmänmedicinska specialiteten och den unika utbildning vi har i Sverige och som inte kan likställas med kompetensen för s.k. Europaläkare.

Från de övriga dagarna minns jag särskilt Åsa Nilssonnes föreläsning om mindfulness under titeln ”Att välja sin utsikt”. Hon var konkret och gav tydliga exempel som jag kunde relatera till. Jag avser nu läsa den bok av henne som jag köpte för en tid sen men som tyvärr fortfarande står oläst i bokhyllan. Åsa Kadowaki och Urban Bengtsson bjöd oss på en underhållande dialogföreläsning med titeln ”Jag – en curlingdoktor?”. Konceptet att föreläsa i dialog samt budskapet de ville förmedla var mycket tankeväckande. De har startat en förening ”Läkare med gränser”. Deras önskan är att väcka tanken att brist på gränssättning när det gäller våra patienter kan riskera att skada dem vi är satta att hjälpa. Jag instämmer till fullo i deras tankesätt.

Vi sätter ju också gränser gentemot våra barn och även om det frestar på så är det ju för deras eget bästa. Titta gärna in på deras hemsida ”www.lakaremedgranser.se”.

Torsdagens presentationer av årets examinander är alltid en inspirerande upplevelse, så i år igen. Att sedan delta i deras diplomering på banketten känns som närmast som att delta på en Nobelfest.

Banketten är aldrig en besvikelse. God mat och underhållning i goda kollegors sällskap är ett överträffat koncept som alltid ger mersmak. I år fick vi bl.a. lyssna till Anna Kråik och underbart vacker jolk. Jag tillåter mej att rekommendera att du lyssnar till hennes sång. I tanken förflyttades jag åter ut på vandringsleden uppe bland fjälltopparna och påmindes om harmonin i det norrländskt vilda.

Avslutningsvis vill jag uppmana dig kollega som aldrig besökt SFAMs årliga möte att hålla ögonen öppna för nästa inbjudan. Jag hoppas att jag med denna lilla betraktelse har gett dej ”insikt” och argument som inspirerar dig till att besöka det årliga SFAM-mötet nästa gång. Planera in en resa till Norrbotten våren 2012. Du ångrar dig inte, jag lovar!

Miriam Birgersdotter
vårdcentralen Påarp
Skåne Nordväst



Foto: Karin Träff Nordström, Staffan Olsson och Kristina Seling.

Årets Lejon

Sven Engström



Kjell Lindström



Styrelsens motivering:

För att de i våra allmänmedicinska rum i årtal har forskat om, pratat för och predikat om kvalitet.

För att de har framhärdat och inte har hukat eller backat vid mer eller mindre aggressiva utfall från läkarkår eller beslutsfattare.

För att de för oss andra pekat på vad som är värt att mäta och inte minst för att de inspirerat oss att stå raka i kulregnet och hålla rätt fokus i dimman i dessa registerhetsande tider.

Hedersledamot i Svensk Förening för AllmänMedicin

Merete Mazzarella



Styrelsens motivering:

Merete Mazzarella är finlands-svensk författare, litteraturvetare och professor emerita i nordisk litteratur vid Helsingfors universitet. Hon blev medicine hedersdoktor vid Uppsala universitet 2006.

Merete Mazzarella har gjort betydande insatser för allmänmedicinen genom att vid ett flertal

allmänmedicinska kongresser ge sin syn på patientmötet och läkarnas förhållningssätt, genom att stimulera skrivande och författarskap hos allmänmedicinare vid ett flertal skrivarkurser samt genom att i sitt författarskap resa frågor om sjukvårdens inriktning idag. Dessutom har hon på ett engagerat sätt i samarbete med allmänmedicinska institutioner medverkat i läkarutbildningen i bland annat Stockholm och Göteborg. Hennes fantastiska föreläsningar har gett inspiration och möjlighet till reflexion för såväl studenter som läkare kring hur mötet kan utvecklas och fördjupas till båtnad både för läkare och för patient.

Vi kan lova lönsamhet på långsiktiga investeringar.

Ni är svaret på utsatta barns önskan om en bättre framtid. Tack vare företag som tror på att investera långsiktigt kan vi ge så många barn som möjligt ett hem, en familj och utbildning.

BLI FADDERFÖRETAG PÅ WWW.SOS-BARNBYAR.SE/FORETAG



SOS-BARNBYAR



Kall hjärna, varmt hjärta, rena händer

Läkare med gränser: www.lakaremedgranser.org

En workshop som skall handla om gränssättning skulle med lätthet kunna bli en polariserad, hjärtlös och brutal uppvisning i maktspråk och härskartekniker. Åsa Kadowakis insatser på höstmötet var snarast prov på motsatsen. Till det bidrog en resonerande stil som försökte belysa och problematisera en komplex läkarroll under stark utveckling. En utveckling som tyvärr har präglats av en syn på läkare som en beställningsenhet snarare än ett finstämt undersökningsinstrument.

Man kom att tänka på begrepp som empowerment som deltagare, på ren svenska skulle man nog kunna säga att workshopen bidrog till en känsla av en något lite bättre kontroll över tillvaron som läkare. Metoden var framförallt allt rollspel (se bild), ett effektivt sätt att träna, pröva och experimentera sig fram till sätt att stå på sig när det gäller att säga nej till sjukskrivning, förskrivning av beroendeframkallande läkemedel eller på andra sätt hävda vår professionella autonomi.

Att kunna säga nej när beprövad erfarenhet, kunskap och välgrundad medicinsk bedömning säger att det är det enda rätta låter som en fullständig självklarhet. Men när det väl kommer till kritan känner nog de flesta igen sig i att det ibland blir minsta motståndets lag som får gälla. Kanske lite av feighet, eller snarare till största delen irrationell rädsla för patientens reaktioner på ett nej. Lika ofta något mer rationellt på basen av rädsla för ansvarsnämnd och att bli bortvald som vårdgivare i vårdvalstider. Och här kommer det riktigt svåra, att lära sig att stå ut med en och annan åtminstone kortsiktigt missnöjd patient. Man får kanske till och med stå ut med risken att

inte att inte alltid vara tillsynsmyndigheter och uppdragsgivare fullständigt till lags när det så krävs. Mer plågsamt är att inse att skälen inte alltid är rädsla eller feighet – någon gång handlar det också om lättja, okunskap och girighet. Rena rama dödsynderna med andra ord, skamligt så det förslår.

Även med minimal kunskap om KBT känner man igen många av de centrala tankegångarna i Kadowakis framställning – att inte understödja och vidmakthålla undvikandebeteenden hos patienten genom att curla, kompensera, tycka synd om och sjukskriva. Alternativen hittar Åsa redan hos Hippokrates; trösta, lindra, bota, och viktigast, inte skada.

En annan viktig aspekt var respekten för läkaren som instrument – ett instrument för medicinska bedömningar som behöver vårdas som alla andra typer av instrument. Uppdatera sin kunskap, ta tid till återhämtning, respektera sig själv genom att inte använda sig själv till sådant som man inte kan stå för. Hur går det här ihop med ett patientcentrerat arbetssätt, och andra centrala allmänmedicinska principer? Ganska väl är min privata åsikt, men jag hoppas på reaktioner från läsekretsen – helt okontroversiellt är knappast budskapet – och inte helt lättmält.

Titeln kräver nog lite förklaring: Kall hjärna står för vår kunskap, erfarenhet och exekutiva funktioner. Varmt hjärta är nog mer självförklarande, men ack så viktigt att ha med i konsultationen. Med rena händer menas att man skall göra det som är rätt utifrån den professionella bedömningen.

Staffan Olsson



Foto: Staffan Olsson

Fullmäktigemöte i Åre

Fullmäktigemötet vid SFAMs sista höstmöte inleddes med att vår ordförande Eva Jaktlund hälsade alla fullmäktigedelegater och andra deltagare välkomna. Margareta Troein Töllborn, trogen SFAM-medlem sedan länge och numera även ordförande för Svenska Läkaresällskapet valdes till mötesordförande. Hon tog därmed över SFAM Jämtlands ordförandeklubba som verkligen gjorde skäl för namnet (se bild).

Mötet blev under Margaretas ledning snabbt och effektivt avklarat. Alla personval gjordes utan några diskussioner. Till och med medlemsavgiften klubbades utan sedvanlig argumentation, kanske för att skattmästaren kunde visa på en stabil ekonomi och yrkade på oförändrad avgift.

I år hade styrelsen inte fått in några nya motioner. Däremot fanns en bordlagd motion från Uppsalamötet 2009, den från Forskningsrådet om flytt av höstmötet till våren och namnbyte till Svensk allmänmedicinsk kongress. Styrelsen föreslog nu att fullmäktige skulle bifalla motionen med motivering att forskande kolleger då kan representeras på både SFAMs

möte och Riksstämman samt för att tillmötesgå revisorernas önskemål om obrutet räkenskapsår. Fullmäktige beslutade att bifalla motionen, vilket innebär att det inte blir något höstmöte 2011. Nästa möte blir i stället våren 2012, arrangerat av SFAM Norrbotten i Luleå.

Erforderlig stadgeändring avseende räkenskapsår och tidpunkt för fullmäktige gjordes liksom en stadgeändring som innebär att man utesluts som medlem om man inte har betalat medlemsavgiften ens efter påminnelse.

Avgående styrelsemedlemmarna Madelene Andersson, Lars Henrikson och Jana Risk avtackades och mötet avslutades inom avtalad tid, så att alla skulle hinna checka in, vila och byta om inför kvällens badmingel.

Karin Träff Nordström

Nya styrelsemedlemmar



Maria Samuelsson, 29 år.

Jag heter Maria Samuelsson, är 29 år gammal och bor i ett hus i Örebro tillsammans med min 3-åriga Golden retriever. Jag är uppvuxen i Örebro och återvände hit, efter avslutade läkarstudier vid Karolinska Institutet i Stockholm 2007, för att genomföra min AT-tjänstgöring. Under min AT var jag kassör i underläkarföreningen i Örebro läns landsting. Jag har gjort lite mer än ett år på min ST i allmänmedicin, en specialitet som jag fick upp ögonen för under min AT-tid, ett val som jag verkligen inte ångrar. Det är en specialitet som ger bred medicinsk kunskap, ständigt omväxlande arbetsdagar och möjlighet att arbeta både nära patienter och andra yrkeskategorier. Med andra ord, den roligaste specialiteten man kan välja som läkare!

Jag tycker om att arbeta och få saker och ting gjorda. Jag är intresserad av utveckling och nytänkande. Därför ser jag fram emot att via SFAMs styrelse få möjlighet att vara med och jobba för en positiv utveckling av vår trevliga och viktiga specialitet. Som ST-representant i SFAMs styrelse kommer jag i första hand engagera mig i frågor som rör ST-utbildningen och syftar till att säkra kvaliteten på densamma.



Louise Hamark, 36 år.

Jag har ungefär ett år kvar på min ST, som jag gör på Strömsbro Hälsocentral i Gävle. För närvarande är jag föräldraledig med vår yngsta dotter. Efter AT gjorde jag två års ST inom vuxenpsykiatri. Jag bytte specialitet då jag vill ta hand om hela människan - både kroppen och själen - och den helheten får man bäst inom allmänmedicin. Primärvårdspsykiatri är fortfarande mitt specialintresse och jag har även en grundläggande psykoterapiutbildning inom KBT.

Sedan 2005 arbetar jag fackligt och sitter i den lokala fackstyrelsen. De sista två åren har jag varit primärvårdens representant i landstinget Gävleborg. Jag har också varit ordförande för SYLF lokalt. Fackligt har jag särskilt engagerat mig i ledarskapsfrågor på olika sätt. Jag tycker det är mycket viktigt att vi stärker den allmänmedicinska identiteten och att vi jobbar för att synas och för att SFAM ska vara en självklar samarbetspartner mot andra aktörer. För mig är det viktigt att lyfta blicken och se utanför den egna verksamheten och på olika sätt kunna arbeta övergripande och försöka påverka.



Kenneth Widäng, 70 år.

Jag är smålänning med 40 års läkartjänstgöring som allmänläkare i Jokkmokk, Gammelstad och de senaste 28 åren på Björknäs VC i Boden. Jag har varit ordförande i Norrbottens läkarförening, satt med i SFAMs styrelse för 20 år och har varit aktiv i SFAM Informatik.

Jag har varit läkemedelskommittéordförande och arbetat med läkemedel och datorer både i Norrbotten och nationellt (ett arbete som går alltför långsamt). Jag har också varit ansvarig för att införa en gemensam journalstruktur vid vårdcentralerna i Norrbotten.

Jag är mer intresserad av patienter än sjukdomar och tycker att

- kontinuitet i patient-läkarrelationer ger grunden för ett allmänmedicinskt arbetssätt
- tillgänglighet lägger grunden för denna kontinuitet
- läkarna skall vara verksamhetschefer
- teamarbete är bra för patienter med tunga vårdbehov
- kvalitetsregister är trubbiga instrument som skall avnjutas med måtta och eftertanke
- livsstilsfrågor är grundläggande för hälsan men patienten styr och läkaren ger råd

Specialistexamen 20 år

Specialistexamen firade tjuugoårsjubileum vid SFAMs höstmöte i Åre. Den allra första examen var ett pilotförsök i Luleå 1989, och den första nationella examen genomfördes 1991 i Sundsvall. Året mellan dessa två arrangemang fick bli utgångspunkt för jubileumsfirandet. Där ingick en film om examen, gjord av Anders Fredén, med premiärvisning vid höstmötets inledning. Cirka 550 allmänläkare har genomgått examen sedan 1989 och antalet examinander visar en viss ökning de senaste åren, kanske beroende på att Mitt-i-ST inspirerar till fortsättning med examen.

I år var det 24 examinander som diplomerades. De hade genomfört examens fyra moment – portfölj, skriftligt prov, praktikdag och uppsats, och kom nu för avslutning av den minst halvårslånga examensprocessen.

Festligt

Under höstmötets torsdagsförmiddag presenterade examinanderna sina uppsatser på välbesökta seminarier och på kvällen var det dags för bankett och ceremoni. Bankettlokalen ”Dippan” var fylld till sista kvadratmetern. När det blev dags för den högtidliga diplomeringen tågade examinanderna upp på scenen till tonerna av Jämtlandssången, för att sedan en och en motta diplom och presenter uppe på en catwalk ovanför publikens huvuden. Fanfarer ljöd och när alla fått sina diplom och presenter regnade konfetti över hela det festklädda gänget. En av dem som examinerades 1989, Sten Sundberg, fanns med bland utdelarna av presenter. Han berättade kort om hur examen gav honom stärkt självkänsla i yrket, något som många examinander uttryckt vid enkäter och examinandmöten genom åren.

Pristagare

Pris för ”Årets uppsats” tilldelades Monica Othén för hennes uppsats ”Allmänläkaren och placebobegreppet”. Överlag har uppsatsernas kvalitet blivit allt bättre under de tjuugo år examen funnits. Nästan alla får numera kvalificerad handledning, och det har givit gott resultat.

Pris till ”Årets handledare” gick till fyra personer, Anna-Lena Herrlander, Svedala (handledare för Moa Wolff), Annika Liedholm, Malmö (handledare för Karin Kjellstrand), Ingrid Lindblad, Rödeby (handledare för Monica Othén) och Gunnilla Steninger, Degerfors (handledare för Krister Åkesson). Bedömningen bygger på examinandernas egen beskrivning av handledningen. Motiveringarna anger alla att handledarna har varit engagerade, inspirerande, kunniga och tillgängliga och att de har tillhandahållit stöd när det har krävt.

– ”Men min handledare är ju också just sådär bra och värd ett pris”, kommenterade flera examinander efteråt. Det är ett tecken bland många på att klinisk handledning i allmänmedicin har utvecklats mycket under de tjuugo åren sedan examen tillkom.

Ny mötesordning

SFAM kommer att ändra mötesordning och lägga sitt fullmäktigemöte på våren istället för på hösten. Därför kommer nästa årsmöte och nästa diplomering först våren 2012. Under övergångsfasen kommer det att finnas möjlighet att påbörja examensprocessen antingen i februari eller i september 2011. Mer information om detta kommer på hemsidan i slutet av december 2010.

Karin Lindhagen

examinator och medlem i SFAMs kompetensvärderingsråd

Kurs i allmänmedicinsk kompetensvärdering

Kurs i allmänmedicinsk kompetensvärdering 17-19 januari på Ekhagens Kurs-konferens i Grimslöv utanför Växjö.

Kursen ger utbildning för att vara examinator för specialistexamen eller värderare för Mitt-i-ST, men vänder sig också till den som vill fördjupa sin handledarkompetens. Se vidare på www.sfam.se i kalendariet och på sidan om

specialistexamen. Konferensavgift 6500 exkl moms. Boende i enkelrum 2052 kr, i dubbelrum 1786 kr per person. Anmälan senast 30 december; blankett finns på hemsidan.

Kontaktperson:

Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com



Foto: Thomas Holmberg

2010 års examinander och examensuppsatser:

Gunilla Bergström – Diabetes och sexualitet. Jämförelse mellan svenska och assyriska/syrianska personer med typ2-diabetes vid Lina Hage Vårdcentral i Södertälje.

Sanna Carlstedt – En kvalitativ värdering av förståelsen för enkätfrågor rörande läkemedelskonsumtion under graviditet. ST-uppsats och delrapport från en prospektiv mor-barn-studie i Värmland.

Fadi Chedid – Många äldre har biverkningar av simvastatin.

Elsa Dahlén – Intima-mediatiocklek och apolipoprotein B/apoprotein A-I – kvot hos medelålders patienter med typ2-diabetes.

Marlene Dalenbring – Remissgenomgångar – ett tankeutbyte mellan allmänläkare.

Andreas Enfeldt – Fett, ont eller gott?

Tara Ghazi – Pneumococcal vaccination. A preventive project.

Björn Hallström – Lund Stroke Register: hospitalization pattern and yield of different screening methods for first-ever stroke.

Sara Hornliden – Har fysiskt aktiva bättre sömnkvalitet?

Khalid Kashwa – Förekomst av antikroppar mot Helicobacter pylori hos somaliska invandrare med epigastralgi.

Karin Kjellstrand – Vad påverkar primärvårdsläkares val av preparat vid inhalationsbehandling av astma och KOL?

Vibecke Klüft – En läkares perspektiv på läkemedelsgenomgångar. Lä-kemedelsgenomgångar som verktyg för kvalitetsarbete på äldreboende.

Heike Köhler – Hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. Kan självrapportering vara ett hjälpmedel i vården?

Maria Lütkehan – Antibiotikaförskrivning vid övre luftvägsinfektioner och akut bronkiter. Hur följs gällande riktlinjer?

Martin Lägervik – Depression i primärvård – en studie av vårdkonsumtion och läkemedelsanvändning.

Sara Modig – Frail elderly patients in primary care – their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines.

Monica Othén – Allmänläkaren och placebobegreppet. En kvalitativ studie. "Hela vårt sätt att arbeta – det rymmer jättemycket placebo."

Maria Ronnerstam – Följer vi upp mediaotit hos barn? En journalstudie på Hässelby vårdcentral.

Ulrika Rydhamn – Inte enkelt mäta kvalitet på äldres läkemedelsbehandling men mätning uppmuntrar kvalitetsarbete.

Susanna Szugalski Milisic – Självskattad hälsa och psykisk ohälsa på en vårdcentral i Sundbyberg.

Ragnhild Tunechag – Att upptäcka KOL i tidigt skede på vårdcentral genom enkät i väntrummet.

Karin Wallén Beckius – "Svårt och ganska roligt" – En studie om läkares inställning till rådgivning om förändring av levnadsvanor.

Moa Wolff – Yogaövningars inverkan på blodtrycket hos patienter med hypertoni – en randomiserad kontrollerad studie på vårdcentral-spatienter.

Krister Åkesson – Distriktsläkarens vardag. Hur jobbar man på sin kam-mare? En kvalitativ intervjustudie.

Allmänläkaren 2020 – onödig eller outhärlig?

"Den allmänmedicinska idologin står under press från många håll. Kanske är den en postmodern anomali? Ett försök att belysa hur det klassiska innehållet i allmänmedicin kan förenas med moderna strömningar. Aktuella nyckelord: WHO, Obamas hälsoreform, kvalitetsindikator tyranniet, EU:s direktiv om gurkan böjning!"

Den presentationen lockade till en mer än fullsatt föreläsningssal. Steinar Hunskaar, professor i allmänmedicin vid Bergens universitet, fastlege för 400 personer och redaktör för boken *Allmänmedicin* beskrev sin syn på framtiden för allmänläkaren och allmänmedicinen på ett mycket underhållande, stundtals desillusionerande men ändå hoppfullt sätt.

Inledningsvis beskrev han Wocass försök att definiera allmänmedicinens kärna och kryddade med Barbara Starfields studier, som visar att allmänmedicin inte bara är en god idé utan också ger en bättre och mer jämlik hälsa för befolkningen till lägre kostnad. Utmaningarna inför framtiden beskrevs i fraser som "Vad vill marknaden (patienterna, myndigheterna och skattebetalarna) ha?", "Hur förklarar vi att vi är generalist-specialister?" och "Är kontinuitet gammalmodigt?".

Annonser för kvälls- och helgöppna tandläkarmottagningar, förebyggande helkroppsscanning och liknande visades som exempel på befolkningens behov av ökad tillgänglighet och annan service och "marknadens" behov att sälja in sina produkter.

Vi som så ofta avundsjukt sneglat på det norska fastlegesystemet fick veta att systemet är en succé för de flesta patienter, allmänläkare, kommuner och politiker men att man ändå står inför problem på grund av minskade resurser i förhållande till sjukhusen samtidigt som man fått ett ökat ansvar och fler arbetsuppgifter. Vi kände igen oss i beskrivningen av allt kortare konsultationer, ökning av onödig teknologi, ökad medikalisering och ett större fokus på teamarbete och andra yrkeskategorier.

Från USA fick vi höra att det inte är Obamas hälsoreform som driver utvecklingen av primärvården framåt. Det är i stället försäkringsbolagen som förstått att en utbyggd primärvård är det mest kostnadseffektiva sättet att bedriva sjukvård på. "The medical home" är ett begrepp som innebär en personlig läkare, läkarledd mottagning och helhetsansvar för patienterna från vaggan till gravan. Patienten har tillgång till den kompetens han behöver. Kvalitet och patientsäkerhet är honnörsord och IT-system byggs upp som underlättar såväl dagligt arbete som kvalitetsuppföljning.

I ett internationellt perspektiv utmärker sig såväl Norge som Sverige i att vi trots en närmast hundra procentig övergång till datajournal är mycket dåliga på att använda data för uppfölj-



Steinar Hunskaar och Vibecke Klüft samtalar efter föreläsningen. Foto: Staffan Olsson.

ning. Steinar Hunskaar poängterade att en av allmänmedicinens utmaningar är att kvalitetsindikatorer har effekt! Så hur undgå de önskade effekterna och hur få ut mesta möjliga nytta för patienter och myndigheter?

Andra utmaningar vi möter är behovet av fler regler och föreskrifter i en avreglerad sjukvårdsmarknad för att säkerställa likvärdig vård. En ökad regelstyrning blir också nödvändig på grund av internationaliseringen av sjukvården såväl för patienter som inom utbildning av sjukvårdspersonal.

När auditoriet vid det här laget tyngts ner av alla till synes oförenliga krav och önskemål och alltmer pessimistiskt började se på vår egen framtid bytte Steinar Hunskaar fokus till Sudan, världens tionde största nation med 41 miljoner invånare, med mer än 70% fattigdom och med ett pågående inbördeskrig i Darfur. I delstaten Gezira sjesätts nu ett familjemedicinskt projekt efter norsk förebild där man i princip över en natt gör övergången från u-landsmedicin till högteknologisk primärvård med telemedicin som komplement i den kliniska praktiken. Hösten 2010 börjar utbildningen av 100 allmänläkare per år. Slutorden blev att "Sånt kan man göra i en diktatur!"

Karin Träff Nordström

Screening för hjärtkärlrisk och diabetes i primärvården – Söderåkrastudien

Jag hade den stora glädjen att motta priset för "Årets avhandling i allmänmedicin 2009" vid höstmötet i Åre nu i oktober. Så här ett och ett halvt år efter disputationen började intresset för min studie falna. I och med priset blev det stor efterfrågan om presentation i olika medicinska sammanhang, vilket förstås gett en extra möjlighet att sprida de fynd som gjordes i Söderåkrastudien.

Min avhandling omfattar fyra delstudier om riskfaktorer samt riskskattning av hjärtkärlsjukligheten i den medelålders (40–59 år) befolkningen i Söderåkra mellan åren 1989 och 2006 i landstinget i Kalmar. Jag var doktorand i Linköping på deltid mellan 2004 och april 2009 vid sidan av mitt kliniska arbete. Mina skickliga handledare var Peter Nilsson, Malmö, Carl Johan Östgren, Linköping och Lars Brudin, Kalmar.

Vid ett besök hos distriktsläkaren 1989–1990 uppmättes längd, vikt, midjemått och blodtryck. Blodsocker, blodfetter och sköldkörtelprover analyserades. En enkät om hereditet, egen sjukdom, samt livsstilsfrågor genomfördes. Rådgivning gavs till riskpersoner.

Via en telefonenkät år 1999–2000 efterfrågades genomförda livsstilsförändringar. År 2006 granskades primärvårdsjournaler med avseende på nysjuknande i typ 2 diabetes. Samma år hämtades data från Socialstyrelsens register över sjukhusvård samt död i hjärtkärlsjukdomar. Fruset serum analyserades avseende IGFBP-1, IGF-I, CRP, ADMA och SDMA.

Tre olika riskskattningsmodeller jämfördes, varav en utan och två med data från blodprover. Totalt 90 % (705 män och kvinnor) av befolkningen undersöktes. Kvinnor med ett förhöjt kolesterolvärde (7.0mmol/L) hade ökad risk att också få subklinisk hypotyreos.

Vid intervjun fann vi att kvinnor rapporterade ändrad livsstil oftare än män. Män med hjärtkärlsjukdom eller rökning och kvinnor med högt blodtryck rapporterade högre grad av livsstilsförändringar.

Till och med 2006 fick 38 personer diagnosen typ 2 diabetes samt ytterligare fyra personer nedsatt glukostolerans. Ett lågt värde på IGFBP-1 (speglar insulinkänslighet), större midjemått samt högre CRP visade sig oberoende förutsäga framtida insjuknade i diabetes. Totalt 71 personer hade insjuknat sedan studiens början för första gången eller dött i hjärtkärlsjukdom.

Tre olika riskbedömningar jämfördes. Vi fann att en enkel metod, konsultationsmetoden, förutsade framtida hjärtkärlsjukdom lika tillförlitligt som två andra metoder med inslag av blodprovstagning (SCORE samt en nydesignad, bägge inkluderande laboratorieprover). De ingående variabelerna i kon-

Fakta

Datum: 2009-04-26

Avhandling: SCREENING for CARDIOVASCULAR RISK and DIABETES in PRIMARY HEALTH CARE

– The Söderåkra Risk Factor Screening Study

Doktorand: Ulla Petersson

Söderåkra hälsocentral

ullape@ltkalmar.se

Handledare: Professor Peter M Nilsson, Docent Carl Johan Östgren och professor Lars Brudin

Opponent: Lars Weinehall, professor, Allmänmedicin Linköpings universitet

Institution: Medicin och hälsa

Avhandlingen kan läsas på:

www.liu.se/forskning/doktorer/popsam/1.37299?l=sv

sultationsmetoden var ålder, kön, rökning, hjärtkärlsjukdom i släkten, egen sjukdom i högt blodtryck och diabetes, midjemått och uppmätt blodtryck.

En enkel metod för riskskattning med insamlade data vid ett enda läkarbesök i primärvården, som inte kräver blodprovtagning, skulle kunna bli användbar både i Sverige och i länder med begränsade ekonomiska resurser. Den visar att konsultationen är ett viktigt instrument i primärvården.

Jag har nu hört från säker källa, att ESC's koordinator för SCORE, Ian Graham räknat om formeln, inte ännu publicerad, och bytt ut kolesterolet mot BMI. Denna riskskattning håller måttet och ger samma resultat som om kolesterol hade varit med. Mycket roligt att höra! Då stämmer min modell. Närmast kommer jag att uppdatera data från slutenvårds- och dödsfallsregistret för fler endpoints. Hypotesen är att ADMA, en inhibitor av kväveoxidsyntesen, (kväveoxid = kärl dilatation) kan vara ytterligare en viktig markör för hjärtkärlinsjuknande.



Ulla Petersson

Öppet brev till SFAM:s styrelse:

Vidga den allmänmedicinska kompetensen i Läkartidningen

På 80- och 90-talen fram till för 10 år sedan hade Läkartidningens redaktion en allmänmedicinsk redaktör, och i många år även en samhällsmedicinsk redaktör, samt en månghövdad allmänläkarpanel under Ingvar Krakaus ledning. Den bistod redaktionen med artikeltips, beställning av allmänmedicinskt material samt medicinska teman och serier särskilt inriktade mot primärvården – men också mot breda grupper av sjukhusläkare. Allt detta är nu borta. I en av referenserna i artikeln nedan framgår att allmänmedicinska företrädare nu är underrepresenterade som författare till medicinska kommentarer och artiklar i Läkartidningen. Det innebär absolut inte att tidningen saknar intresse för distriktsläkare och ST-läkare, läkarkårens största disciplin.

Men Läkartidningen vill inte offentligt diskutera den förändring som skett, om det är ett problem och vad man kan göra åt saken. Nedanstående debattartikel togs därför inte in trots att ett diabetessymposium ställer frågan på sin spets, särskilt i ett allmänmedicinskt perspektiv. Det är en ny samverkansform sponsrad av läkemedelsbolag. Jag är i gott sällskap när jag tar upp denna relation mellan Läkartidningen och läkemedelsbolagen. Det gäller inte längre bara annonseringen i medicinska tidskrifter utan, som BMJ:s tidigare chefredaktör Richard Smith påpekat, olika former av inkomstbringande samarrangemang och supplement som riskerar att integriteten inte kan upprätthållas; att medicinska tidskrifter selektivt publicerar studier med ”positivt resultat” och att evidensbaserad medicin kommer i vanrykte.

Vi allmänläkare har själva ett ansvar för att redovisa de allmänmedicinska erfarenheterna, publicera oss i Läkartidningen och berätta för våra kollegor om vår verksamhet. Det förs till exempel på Ordbyte ibland mycket intressanta diskussioner, som borde komma fler allmänläkare till del, också sjukhusläkare till kännedom, kanske genom att sammanfatta diskussioner eller utvidga resonemang. Således göra dem strukturerade för en bredare publik och tillgängliga. Det är ett exempel bland många på hur Läkartidningens redaktion med en förstärkt allmänmedicinska kompetens skulle kunna ”ragga” artiklar och bidra till att det allmänmedicinska perspektivet får en större tyngd i Läkartidningen. Det är av värde för den stora gruppen primärvårdsläkare men också för hela läkarkollektivet, vars allt längre gångna subspecialisering är en fara för samhället och våra patienter.

Jag föreslår att SFAM:s styrelse i en skrivelse till Läkartidningen ger sina synpunkter på Läkartidningens allmänmedicinska innehåll eller i en uppvaktning av redaktionen diskuterar sakernas tillstånd. Efter det att jag skrev min artikel nedan, vilken refuserades, har Mikael Hasselgren i en ”Reflexion” (44/2010) angett sin ton och vilja att bland annat lyfta fram allmänmedicinsk forskning. Utmärkt, och jag tror Mikael blir en bra representant för allmänmedicinen i Läkartidningen! Men att vakansen efter Anders Håkansson äntligen blivit tillsatt löser inte de grundläggande strukturfrågorna i Läkartidningen som diskuteras nedan, bland annat den orimliga Stockholmsdominansen.

Bengt Järhult
Ryd

Artikeln till Läkartidningen

Läkartidningens publicistiska principer togs upp i två artiklar i våras [1,2]. Endast Stockholm representeras i den medicinska redaktionen, bland redaktörerna är KS/KI näst intill allenarådande. Övriga Sverige, dess universitet, länssjukvård, primärvård och den i praktisk sjukvård integrerade forskningen, har ingen talesman eller kvinna, inget inflytande i tidningen. Den allmänmedicinska representationen i redaktionen har på en tioårsperiod så gott som avvecklats, vilket präglar tidningens innehåll. Den ende redaktören utanför huvudstaden, Anders Håkansson, tillika allmänmedicinare, avled i början av året, sörjd av många. Hans stol har stått tom intill nu.

Läkartidningens ledning hade i repliker på artiklarna [3,4] inte ett ord att säga om

den för hela läkarkåren icke-representativa, odemokratiska konstellationen på tidningen. Inte heller utlovades någon förändring. Locket på med andra ord! Detta istället för en intellektuell redbarhet att diskutera saken. Inte heller problematiserades tidningens nya industrisponsring genom symposier, symposier som sedan följs av temanummer, och därmed risken för en kommersialisering av tidningen på sikt. Det borde trots allt finnas en insikt om att ”man biter inte den hand som föder en”. Läkartidningen har genom åren då och då släppt fram kritik mot medikaliseringen av samhället, läkemedelsbolags marknadsföring, förtigande av biverkningar etc. Vad kan vi vänta oss fortsättningsvis?

Läkarkårens största specialitet består av cirka 5 000 distriktsläkare och något

tusental ST-läkare i allmänmedicin. Inte minst deras behov av en bred kunskapsförmedling borde stå i centrum, då också det allmänmedicinska perspektivet är, eller borde vara, alla läkares gemensamma egendom; intresse för familj, sociala förhållanden, psykologiska faktorer vid sjukdom, att se – inte bara sjukdomen eller organet – utan hela människan med sin sjukdom eller ohälsa.

Ett talande exempel på utvecklingen av Läkartidningen är dess stora symposium om Diabetes typ 2 den 10 november på Sofiahemmet, ymnigt annonserat i tidningen och på nätet. Symposiet vänder sig till läkare och andra verksamma på diabetesområdet. Det kan väl inte vara obekant på Läkartidningens redaktion att nästan alla

typ 2-diabetiker sköts på vårdcentraler av allmänläkare och distriktsköterskor/diabetessköterskor, även om kortvarigare vårdinsatser görs på sjukhus vid komplikationer och ögonbottarna följs med fotografering. Primärvårdens volymmässiga dominans på detta område, och de allmänmedicinska avvägningar som måste göras i behandlingen av den åldrande befolkningen med multijuklighet, borde naturligtvis präglade ett sådant här symposium. Sker så?

Vilka är problemen i vårdcentralens dagliga praxis? Vilka är frågeställningarna och utbildningsbehoven för dem som de facto sköter patienterna? Vilka krav på samverkan med sjukhusen och kollegial hjälp har distriktsvården? Hur ska allmänläkarna kunna stå emot diabetesforskare som jobbar med anslag från läkemedelsbolagen, de professionella entusiasterna för nya diabetesläkemedel som till sina effekter är oprövade vad gäller morbiditet och mortalitet? Hur ska allmänläkarna tackla läkemedelsindustrins aggressiva marknadsföring av dessa oprövade, synnerligen kostsamma medel, så det inte går på samma sätt som med förskrivningen av skadliga glitazoner. Avandia och Avandamet blev i dagarna förbjudna att förskrivas på grund av biverkningar.

Med all respekt för de duktiga föreläsarna på programmet, hur kan Läkartidningen sätta ihop ett symposium om typ-2-diabetes utan att primärvårdens frågeställningar framgår av programmet, utan att en allmänläkare får redovisa en probleminventering, utan att allmänläkare rekryteras som föreläsare? Det finns många praktiskt arbetande allmänläkare som kan ge en sådan bas för ett symposium, som

jobbar med diabetesforskning eller som disputerat på området. Det är inte det som fattas, utan programmet speglar Läkartidningens universitetsfixering och oreflekterade subspecialitetstänkande. Detta har i sin tur att göra med redaktionens samsättning.

Men läkemedelsbolagen måste gnugga händerna. Hur stor ersättning får Läkartidningen från medarrangörerna Sanofi-Aventis, MSD, Novo Nordisk, Bristol-Myers Squibb och AstraZeneca? Är det en tillfällighet att eftermiddagens avslutande föredrag handlar om "Morgondagens läkemedel vid typ 2-diabetes-något att hoppas på?". Säkert kommer föreläsaren att lägga in vissa reservationer mot en bred användning av de nya diabetesmedlen, men det industrin vill se är att diabetologerna legitimerar användningen, för fram de nya medlen som alternativ, att namnen på de nya substanserna och preparaten trummas in så att industrin själv sedan kan brassa på med sin marknadsföring.

Nej, det är inte avslutningen på symposiet, mingel och buffé följer naturligtvis. Men är dessa allianser mellan Läkartidningen och läkemedelsbolagen bra för tidningens trovärdighet? Bolagen vill förstås åt Läkartidningens image och på kort sikt gör det då inte så mycket om tidningens slogan "UTMANANDE SAKLIG" bakom ytan har stora revor.

Det vore värdefullt om Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, redovisade sina krav/önskemål på hur Läkartidningen ska leva upp till sin roll att vara kunskapsförmedlare för Sveriges största läkargrupp och garant för det allmänmedicinska perspekti-

vet i hela sjukvården. Detta är också något som Svenska Läkaresällskapets ordförande Margareta Troein Töllborg har påpekat att SFAM har möjlighet till.

I Läkartidningen 39/2010 meddelas att Mikael Hasselgren, FoU-chef för primärvården i Värmland, blir ny medicinsk redaktör. Gratulerar! Det påpekas inledningsvis att Hasselgren är "stockholmare i grunden" men i alla fall. Vi i landsorten – på vårdcentraler, sjukhus och sex mindre betydelsefulla universitetssorter – får glädja oss åt att en av de nio medicinska redaktörerna (inklusive medicinsk redaktionschef) kan bidra med erfarenheter från svensk sjukvård utanför tullarna. Förhoppningsvis följer ett återskapande av Läkartidningens Allmänläkarpanel, eller på annat sätt en breddning av den allmänmedicinska kompetensen i redaktionen, samt fler redaktörer som representerar ett annat perspektiv än huvudstadens högspecialiserade sjukhus.

Bengt Järhult
Ryd

Referenser

1. Järhult B, Thörn Å. Läkartidningens innehåll och publicistiska principer. Läkartidningen. 2010;107:1404-5.
2. Järhult B, Thörn Å. Optimera Läkartidningens innehåll och publicistiska principer. Läkartidningen 2010-06-15 nummer 24. www.lakartidningen.se.
3. Hultkvist J, Östergren J. Inget stöd för kritiken i purfärsks läsundersökning. Läkartidningen. 2010;107:1406-7.
4. Hultkvist J, Östergren J. Arbetar fortlöpande med frågorna. Läkartidningen 2010-06-14 nummer 24. www.lakartidningen.se.

Styrelsen svarar

Bengt!

Vi instämmer i din åsikt att den allmänmedicinska specialiteten är underrepresenterad i Läkartidningens redaktion och vi ser detta som ett betydligt större problem än bristen på geografisk spridning.

Vi välkomnar därför Mikael Hasselgrens upprop till allmänläkarna i sin reflexion i LT 44/2010 och hoppas att våra kollegor hörsammar hans önskan om fler allmänmedicinska bidrag och kommentarer. SFAM var involverad tidigt i processen att hitta en efterträdare till Anders Håkansson och hade ett förslag och vi kan bara beklaga att den kandidaten inte hade möjlighet att ta på sig uppdraget och att processen därför blev fördröjd.

Styrelsen kommer fortsatt att bevaka utvecklingen av det allmänmedicinska innehållet i Läkartidningen och om så behövs även framöver påpeka vikten av att oftare lyfta fram det allmänmedicinska perspektivet i tidningen.

SFAM avstår så långt det är möjligt från ett nära samarbete med kommersiella intressen och vi beklagar, liksom du, att inte Läkartidningen har intagit den ståndpunkten. Det riskerar att skada vår trovärdighet som yrkeskår att skapa täta band med industrin.

Styrelsen

Annons



Bästa kvalitetsprojekt

SFAMs pris för bästa kvalitetsprojekt gick 2010 till ST-läkaren Barbara Koch som redovisade ett förbättringsprojekt för diabetesvården med mycket bra resultat och en nyskapande implementeringsmetod. ST-läkarna upplevde att diabetesvården inte var så bra. Man tog fram data som bekräftade detta och skapade en modell med en komplett checklista att använda vid kontrollbesök för diabetes. ST-läkarna testade checklistan och när den fungerade bra spred man användandet först till de personer man hade trygga relationer till och dessa spred den i sin tur vidare. På så sätt undvek man prestigeladdat motstånd och kunde till slut få med även de förändringsovilliga bland distriktsläkarna. ST-läkarna handledde sina handledare till ett bättre arbetssätt!

Sven Engström

Who will be the next Editor-in-Chief of the Scandinavian Journal of Primary Health Care?



A new Editor-in-Chief for the Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) will be appointed, to take over as of June 2011.

The new editor will head an editorial group appointed by the Nordic societies for general practice (Danish College of General Practice, Finnish Association for General Practice, Icelandic College of Family Physicians, Norwegian College of General Practice, Swedish Association of General Practice). The SJPHC is owned by the Nordic Federation of General Practice and uses Informa Healthcare as publisher.

The SJPHC is a leading journal within general practice and family medicine research. It is peer-reviewed, has open access and a journal citation index of 2.3. Paper editions come out four times a year. Manuscript handling is electronic and web-based.

The Editor-in-Chief must have ambitions and visions regarding medical publishing and be highly familiar with

research in general practice. Experience with peer review and ideally also with editorial work is important. The editor is responsible for editorial decisions, organization of editorial work, strategic planning and budgeting. The budget includes salaries for part-time jobs in the editorial office.

Colleagues interested in the position of Editor-in-Chief of the SJPHC are hereby invited to contact us. We also welcome nominations made by others, on the condition that the candidate suggested has agreed to the nomination.

For more information please contact the Chairman of the Nordic Federation of General Practice, Anna Stavdal (anna.stavdal@medisin.uio.no), or the current Editor-in-Chief Jakob Kragstrup (jkragsrup@health.sdu.dk).

Please indicate your interest in the post, or the name of your candidate, to anna.stavdal@medisin.uio.no as soon as possible and no later than 15 January 2011.



Väntrummet i Koguta.

Ur en jeepdoktor-trainees dagbok

Elisabeth Hjort är ST-läkare i allmänmedicin på Rödeby vårdcentral i Blekinge. Under sex veckor i början av 2010 gjorde hon, som en del av sin ST, trainee-tjänst vid Skandinaviska Läkarbankens jeepklinje i Homa Bay i Kenya.

100109

Min handledare Gunilla, hennes make Göran och ytterligare en kollega, Lotta, hämtar mig på Polhemsgatans busshållsplats. Göran skjutsar oss från Karlskrona till Kastrup. Solen lyser och det är kallt. Isen ligger tjock över till Långö. Stuvor in min ryggsäck i bilens bagageutrymme. Stolt över att jag har hälften så stor packning som Gunilla! Men i rättvisans namn ska det sägas att hon mest har sjukvårdsutrustning med sig. Äntligen på väg! Jag har sett fram emot det här i mer än ett år.

100111

På förmiddagen landar vi i Kisumu, Kenyas tredje största stad. Under landningen hinner jag se de stora områden av Viktoria-sjön som är helt igenväxta av näckrosor. I näckrosorna lever de snäckor som är värd för Schistosomiasisparasiten. Stora prämar och båtar ser ut att vara omgärdade av näckrosor. Efter att ha bunkrat upp mat kör vi i ett par timmar – först på en nylagd asfaltsväg, sen på en knagglig jord- och stenväg där man kan köra i högst 25 km/h – innan vi når Homa Bay. Huset vi ska bo i och ha som bas i sex veckor är svalt, mysigt och ganska slitet. Vi blir välkomnade av vår housemaid, Josephine, som kommer att handla, laga mat, städa och tvätta åt oss. Och göra en fantastisk fruktsallad till oss varje dag!

100112

Vi trodde att vi skulle börja jobba idag, men det har varit juluppehåll på jeepklinjerna. Våra chaufförer, Yusuf och Paul, åker ut till de tio byarna och meddelar att mottagningarna öppnar i veckan. Vi ägnar dagen åt att sortera innehållet i alla de trälådor som vi kommer att frakta mediciner och utrustning i. Nu har vi koll på vilka mediciner vi behöver. Lotta, som är infektionsläkare, ser till att de två bilarna har varsin uppsättning med antibiotika i injektionsform att ge vid sepsis och meningit.

100113

Efter att ha packat bilarna, köpt mediciner på apoteket, hämtat vaccin och sjuksköterskan Yofita på sjukhuset, kommer vi på linje 1 efter ca en timmes bilfärd på jordvägar fram till Koguta. Mottagningen äger rum i ett skolhus med plåttak, jordväggar och gluggar som fönster. Väntrummet är utomhus, men under tak. Patienterna slipper sitta och vänta i solen. I skuggan är det 36 grader. John och Maureen från den lokala hälsokommittéen arbetar frivilligt vid mottagningen. De registrerar patienterna: väger dem, skriver upp namn, vikt, ålder (om känd) och vilken by de tillhör i det halva A5-skrivhäftet som fungerar som journal. Dr Gunilla sitter på en stol vid ett bord. Mittemot henne sitter kuratorn Janet, som agerar tolk. Patienten får sitta på en

skolbänk bredvid Gunilla. Själv sitter jag på en trälåda mellan patienten och Janet. Jag får vara med om 28 sit in bara denna första dag – undrar om jag ska dokumentera så jag kan räkna med dem när det är dags att skicka in ansökan om specialistkompetens till Socialstyrelsen? De flesta söker för infektioner, oftast malaria.

I slutet av dagen kommer en ung mamma med en elva dagar gammal pojke. Han är trött, vill inte amma, har feber och ett blåsliknande utslag över hela kroppen. Han andas fort. Har han sepsis? Stafylokocker? Generaliserad herpes? Närmaste sjukhus med barnspecialiserad läkare eller clinical officer (har 3 års praktisk medicinsk utbildning) ligger i Homa Bay. Vi vågar inte låta dem åka motorcykeltaxi dit själva, det skumpar så mycket på vägarna. I stället skyndar vi oss med dagens arbete, så att de kan åka med oss. De får sitta i framsätet och vi andra fyra sitter i baksätet. Barnet andas oregelbundet och ibland tycker jag han blir cyanotisk i ansiktet eller är det bara inbillning? På radion spelar de New York med Alicia Keys. Jag är säker på att barnet inte kommer att överleva. Väl framme på sjukhuset i Homa Bay behöver pojken en pappersjournal innan han kan få träffa en doktor. Vi måste också köpa gummihandskar, venflon och gasbinda – allt som behövs för att barnet ska få en infart. Yusuf hjälper oss skaffa allt, pengarna tar vi från fattigfonden som Läkarbanken har. Sen får vi lämna dem och fortsätter hem.

100114

Mottagning i Ndere. Den sista biten till mottagningen är ingen riktig väg – först är det en stig, sen kör vi mellan buskarna och hyddorna, bredvid åkrarna. Till lunch bjuder hälsokommittén på rostade jordnötter och majs. I samma rum som Gunilla har mottagning ställer vi tre lådor. Där sätter jag mig med Mary från hälsokommittén. Hon hjälper mig att tolka så jag får träffa fem patienter. På vägen hem filmar Gunilla den skumpiga icke-vägen.

100118

Fina lokaler i Amoyo, som enligt planen ska rymma ett Dispensary (mottagning bemannad med sjuksköterska) i framtiden. Det blir bra för byn, då får man tillgång till sjukvård varje dag. På vägen hem köper vi ett scratch card och får äntligen igång mobilt bredband på Gunillas dator!

100122

Fredag. Mottagning i en liten och mörk hydda i Dunga. Ingen från hälsokommittén finns på plats. De första 50 minuterna kommer inga patienter, men sen droppar det in 52 personer innan vi stänger registreringen kl 13! Kuratorn Janet och jag sätter oss utomhus i halvskugga och tar hand om ett femtontal patienter. En kvinna som är så gammal att hon inte minns sin ålder och inte har några tänder kvar (alltså är hon troligen runt 40 år!) har symtom på erysipelas, pneumoni och UVI samtidigt. Vi har ingen möjlighet att ta andra prover än snabbtest för malaria och HIV. Bedömningen blir alltid klinisk. I det här fallet väljer jag co-trimoxazole – alltså trimetoprim-sulfa, även om det tar emot lite. Det är extremt billigt och täcker



Termometern – guld värd!

många bakterier. Skriver ordinationen i hennes bok och hon går bort till fönstret där chaufförren Yusuf delar ut medicinerna. Väl hemma tar Gunilla, Lotta och jag en Tusker på altanen och äter av Josephines rostade jordnötter. Härligt med helg! I morgon ska vi köra till Mbita – en liten stad längre västerut längs Viktoriasjöns kust. Där sägs det att det inte finns någon Bilharzia, så vi ska nog våga oss på ett dopp!

100126

Häromdagen tog våra Paracheck (snabbtest för malaria) slut. Gunilla beställde 100 st nya tester, dvs. fyra boxar med 25 tester i varje. När vi kommer hem från dagens mottagning står det tre stora lådor på vardagsrumsgolvet. De innehåller 100 boxar – 2500 tester! Fakturan är på en förfärlig massa pengar. Lyckligtvis kan vi returnera de 96 boxar vi inte ville ha. Ett test kostar 45 shilling, alltså ungefär 4,50 kr. Det låter inte så mycket, men är faktiskt mer än vad vi får in av varje patient. Och de pengarna ska gå till medicinerna vi behöver köpa in...

100128

Gunilla träffar en pojke på två och ett halvt år som kommer tillsammans med sin mamma och mormor. Han har klassiska symtom på malnutrition och Kwashiorkor: anemi, stor mage, smala extremiteter, ödematösa fötter och händer, pigmentförändringar, hudutslag och sår. Han måste få behandling på sjukhuset och Gunilla erbjuder pengar till transporten, men mamman vill inte åka. Trots att vi säger att pojken kommer att dö om han inte får hjälp. Mamman kan inte lämna sitt yngre spädbarn och familjens lilla jordbruk. Pojkens mormor kan inte heller åka med honom – även hon har en diande bebis. Kuratorn pratar med dem i en timme och till slut ger det resultat. De tar emot pengarna och vi hoppas att de tar sig till sjukhuset.

100203

Lotta är sjuk, så jag blir läkare på linje 2 på mottagningen i Nyambare. På vägen dit stannar Paul och tittar på en stor folkmassa som samlats på en öppen plats i stan. Han berättar



Janet och jag träffar patienter utomhus i Dunga.

att en manlig lärare blev mördad i sitt hus i slummen i går kväll. Tidigt i gryningen samlades ett stort gäng unga män för att hämnas hans död. Mobben har letat upp två av tre misstänkta, slagit ihjäl och bränt dem. Vi ser röken från bålet. Människorna här är trötta på det korrumperade rättssystemet och tar lagen i egna händer när det går för långt. Ofattbart, upprörande. Men, skulle detta inte kunna hända i Sverige om omständigheterna var de samma?

100204

Regn och åska under natten. På morgonen är det svalt, kenyanerna har på sig mössa och jacka eftersom det bara är 23 grader i skuggan. I Ndere har vi 55 patienter, Janet tolkar åt mig så jag kan träffa 16 av dessa. En tonåring söker för en stor, ömmande lymfkörtel i höger ljumske, men han har inget sår. Chancroid, TB, filarios? Han får Ciproxin och Doxyferm och får söka igen om han inte blir bra.

100209

Lugn mottagning idag, så jag får hjälp av en kille i hälsokommittén som översätter när jag undervisar de väntande patienterna i vikten av handhygien, hur man kan sterilisera vatten för att använda till sårtvätt, hur man kan göra när små barn får hög feber. De flesta av mammorna är blyga, men en av dem vågar ställa frågor. Roligt!

100210

I Koguta väntar det många patienter redan när vi anländer. Sammanlagt har vi 66 patienter under dagen. En två-åring har feber och pågående kramper när han kommer. Kramperna slutar spontant. Troligen cerebral malaria. Han får alvedon peroralt och kinin intramuskulärt och Yusuf kör honom så snabbt till sjukhuset i Homa Bay. Gunilla fortsätter träffa patienter, Janet och jag delar ut mediciner. När Yusuf är tillbaka efter nästan två timmar är det punktering på ena däcket och han byter till reservdäck. Jag träffar en femårig flicka som är livrädd, hon skriker och vill inte sitta hos sin mamma, hon springer ut ur huset

där vi har mottagning. När jag ska undersöka henne klappar jag henne på magen och tröstar henne på svenska. Då blir hon lugn. Jag undrar vad hon har hunnit vara med om under sina fem år i livet. Hem kommer vi först kl 19, precis innan det blir mörkt.

100215

En medelålders man söker för hjärtbesvär och svullna ben. Blodtrycket är högt, pulsen snabb och oregelbunden. Jag tolkar det som förmaksflimmer och hjärtsvikt. Tyvärr kan jag inte erbjuda honom annat än propranolol och furosemid. Om tre månader får han komma tillbaka och hämta mediciner igen. Jag har ingen möjlighet att remittera honom – det finns inga kliniker man kan gå till regelbundet och han skulle ändå inte ha råd med resan dit. Troligen inte med medicinerna heller. På kvällen fungerar inte internet. Suck.

100219

Idag älskar jag hela världen, det är en härlig dag! Eftersom det är vaccination i Dunga är sköterskan upptagen. Janet översätter åt Gunilla och jag sitter bredvid eller hjälper till att registrera patienter och dela mediciner. Plötsligt kommer Peter, tre år gammal. Han är kraftigt undernärd. Mamman berättar att han har haft hög feber några dagar. Nu är han medvetslös. Cerebral malaria? Hypoglykemi? Han får Kinin och sen kör Yusuf oss till sjukhuset. Peters mormor och jag sitter i baksätet, Peter ligger med huvudet i min famn. Jag håller fria luftvägar och försöker känna efter puls och andning, men det skumpar för mycket på vägen. När vi kommer fram till sjukhuset går vi rakt in till clinical officers kontor. Hon skriver in ett barn med allvarlig malnutrition och har inte tid med Peter. Hans andning har blivit ytlig och pulsen svag. Jag vill ge ordinationer: sätt infarter, koppla dropp och syrgas, ge blod! men det här är ju inte min arbetsplats. Peter är bara ett barn av alla som kommer in här varje dag i svår malaria. På kvällen har vi avskedsmiddag för alla våra medarbetare i Tourist Hotels trädgård, väldigt trevligt!

100220

Efter en skön förmiddag i Kisumu där vi rapporterat över till våra svenska kollegor som ska ta över linjerna på måndag flyger vi till Nairobi på kvällen. När vi stiger av planet sätter jag på min mobil. Jag har fått SMS från sjuksköterskan Priscilla, som varit på sjukhuset för att se vad som hänt Peter: THE CHILD DIED / PRISCILLA.

När jag sagt hejdå till Gunilla och Lotta sätter jag mig på flygplatscaféet och tar en efterlängtat cappuccino. För första gången på sex veckor gråter jag.

Snart kommer mina vänner Ika och Anna för att bestiga Kilimanjaro med mig. Som jag har längtat!

Elisabeth Hjort
ST-läkare, Rödeby vårdcentral

Allmänläkaren och placebobegreppet – en kvalitativ studie

"Hela vårt sätt att arbeta – det rymmer jättemycket placebo"

Placebo betyder ordagrant "jag vill behaga" och beskrevs redan på 1700-talet. Shapiro definierade 1964 placebo som "vilken terapeutisk procedur som helst som har effekt på en patient, ett symptom, ett syndrom eller en sjukdom, men som objektivt sett inte har någon specifik effekt för det som behandlas. Placeboeffekt definierade han som "den psykologiska eller parapsykologiska effekt som fås av placebo" [2]. Dessa definitioner står sig än idag.

Patienterna är mindre intresserade av bevis än läkarna. Patienterna vill bli igenkända, uppskattade och förstådda. Placeboforskning börjar klargöra att när man visar omsorg är det inte längre bara medlidande eller mildhet, utan i högsta grad ett sätt att bota, eller modernt uttryckt, "effektivitet" [5].

Som blivande allmänläkare har jag intresserat mig för mötet mellan patient och läkare och hur det kan leda till att patienten känner sig bättre redan vid avskedet.

Mitt syfte var att undersöka allmänläkares syn på innebörden och betydelsen av begreppet placebo och placeboeffekt och om allmänläkare medvetet använder sig av placeboeffekten i det dagliga arbetet.

Jag har valt att göra en kvalitativ studie och använda mig av fokusgruppintervjuer för att uppnå syftet. Fokusgruppintervju är enligt Morgan en lämplig datainsamlingsmetod när ett ämne kan tänkas upplevas på olika sätt av individerna i gruppen. Under diskussionens gång stimuleras deltagarna av andras åsikter och får nya idéer och tankar som berikar samtalet och ger mer information än om man genomfört enskilda intervjuer. Man spelar in samtalet och bearbetar sedan texten.

Alla ordinarie distriktsläkare på 3 av vårdcentralerna i och strax utanför Karlskrona, samt ST-läkarna i allmänmedicin i Blekinge, inbjöds att delta i två stycken fokusgrupper. Under båda samtalen spelades diskussionen in. Intervjuerna gick igenom och delades upp i olika avsnitt, där citat som "hörde ihop" fördes samman till teman.

Läkemedel som bot

De flesta tyckte att man kunde skriva ut t.ex. hostmedicin om patienten frågade efter det, även om det inte finns någon evidens för att dessa mediciner botar något.

"Patienten har hosta, vill gärna ha Mollipect, man skriver ut det eftersom patienten mår bättre. Och sedan ... vad som händer i kroppen det vet vi inte, men det händer någonting som gör att patienten i alla fall mår bättre. Och på något vis kan det vara det

Fakta

Årets ST-uppsats 2010

Titel: Allmänläkaren och placebobegreppet - en kvalitativ studie. "Hela vårt sätt att arbeta - det rymmer jättemycket placebo"

Handledare:

Ingvar Ovhed, specialist i allmänmedicin, med dr.
Eva Lena Strandberg, socionom, med dr.

... som gör att det sätter igång självläkningen".

Man återkom ofta under intervjun till att patientens förväntningar spelar en särskild roll, både att de kan vara negativa eller utnyttjas för att få större effekt.

Undersökningar som bot

Bland läkarna i fokusgrupperna hade många upplevt att patienterna blev nöjda av att läkarna hade lyssnat till dem, att de hade undersökt dem eller tagit prover på dem.

Huskurer som bot

Trots att allmänmedicinare vill att allt ska vara evidensbaserat och vetenskapligt, så finns det saker som inte så lätt kan förklaras, som kanske beror på placeboeffekter, kanske är en "verklig" effekt.

"Någonting händer. Neurofysiologiskt, som gör att man faktiskt har mindre symptom, inte bara upplever mindre symptom utan man... faktiskt har mätbart mindre symptom".

Doktorn som bot

Uppfattningen bland de intervjuade läkarna var att om läkaren är lugn och trygg och lyssnar in patienten, kan läkaren egentligen säga och göra i stort sett vad som helst. Är man däremot osäker i sin doktorsroll och/eller inte verkar ha kommit fram till någon diagnos eller har någon behandling att ge så blir patienten inte så nöjd.

"Ju mer patienten tror på och ju mer jag tror på det och ju bättre kontakt vi två har, då har jag maximerat placeboeffekten, så jag brukar försöka tänka på det, att jag säljer in läkemedel".

Läkare kan genom sitt sätt att vara förstärka effekten av den behandling eller de råd de ger till patienten, vare sig det är evidensbaserade läkemedel, enbart undersökning eller en enkel huskur.

"...vad doktorn säger och gör är viktigt för patientens tillfrisknande"

Nocebo

Nocebo är motsatsen till placebo, att en behandling, ett bemötande eller en undersökning skadar patienten istället för att vara till nytta. Antibiotika ges ibland trots att doktorn tror eller vet att patienten drabbats av en virus och att medicinen inte kommer att hjälpa, snarare kanske till och med vara skadlig för patienten.

"Behandling med antibiotika för en infektion som vi inte är säkra på att patienten egentligen behöver, det är placebobehandling".

Diskussion

Det visade sig att de intervjuade läkarna i stor utsträckning använder sig av placebo i dess vidare betydelse. De är också väl införstådda med begreppet "doctor as a drug" och hur viktig konsultationen är för patientens vidare välbefinnande.

En intressant förskjutning skedde under intervjuernas gång; från att "jag använder inte placebo" till att "det är positivt (förväntanseffekten). Det vore häftigt om man kunde ta vara på den lite mer". Vad som förvånade mig var att nästan alla instämde i att man ibland skriver ut antibiotika till patienter som troligen har en virus, hellre än att tala om att antibiotika är överksamt/skadligt i dessa fall – bara för att ha "gjort något".

Mycket av vad som framkom under intervjuerna är väl känt, som att det är viktigt att vara ärlig, men ändå låta det finnas utrymme för patientens egen tro och tolkning eller att mötet, konsultationen, relationen mellan doktor och patient är otroligt viktig. Trots att studien är liten och deltagarantalet lågt, kunde man se en viss tendens åt det mera strikt "vetenskapliga" och mer uppdelat kropp/själ hos de "yngre" läkarna, medan de "äldre" hade en något mindre strikt hållning, och såg patienterna mer som en helhet. I olika studier har man definierat placebo som "att känna sig trygg", "att ingjuta positiv förväntan", "det lugnande leendet", m.fl.

Vi är som doktorer lärda att ställa diagnos och ge behandling, inte att en stor del av patienterna inte kan ges en diagnos och att de inte behöver någon annan behandling än att bara träffa doktorn [16]. Ungefär hälften av de mediciner och medicinska behandlingar vi använder är evidensbaserade [17]. En känsla jag får när jag går igenom materialet är att vi läkare ofta har en tendens att se på patienterna i termer av "vi och de", där "de" "kan få tro på hostmedicin", lite överlägset, som om placeboeffekter är något som inte skulle "drabba oss" doktorer.

Evidence Based Medicine, EBM, som skulle förbättra vår terapeutiska trovärdighet, utesluter många behandlingar som fungerar (via placeboeffekt eller genom självläkning) för våra patienter. Att en idé, känsla eller relation kan ha reell effekt på kroppen är nu etablerat. Vetenskapliga områden som psyko-

neuroimmunologi och psykoneuroendokrinologi hjälper oss att förstå mekanismer där tro på bot kan motverka sjukdomen. Man vet att delar av hjärnan är mer involverade i placebo-responsen än andra. Det gäller bl.a. amygdala, basala ganglierna, mediala thalamus och frontala cortex. Placeboeffekten kan aktiveras genom att man bara önskar att man blir bättre eller minns hur det var när man var bättre [20]. Ibland kan placebo erbjudas i form av vitaminer eller suboptimal dos av något preparat. Lösningen är att vara ärlig, "även om vi inte vet exakt hur detta piller verkar så kan det hjälpa dig att må bättre". I själva verket borde vi kanske säga denna mening till patienten vid nästan varje behandling som vi ger [21].

Inspirerade doktorer är lika viktiga som inspirerande lärare [5]. Även om vi träffar patienter dagligen så förstår vi inte hur konsultationen fungerar. Ofta vet vi inte varför patienten kommer till oss, eller vad felet är när de kommer. Placeboeffekten i primärvården är kraften hos doktorn att få patienten att känna sig bättre oavsett om patienten får medicin eller inte [16]. Det gäller dock alltid att vara vaksam på sin egen roll, så att man håller sig till ett etiskt acceptabelt förhållande mellan vetenskaplig evidens och personlig karisma och inte övergår till ett överdrivet bruk av de psykologiska verkkningsmedlen [22].

Diskussionen kring noceboeffekter blev livlig och tankeväckande. Noceboeffekt är motsatsen till placeboeffekt. Den fungerar alltså så att om en person tror att han ska bli sjuk, så blir han sjuk [16]. Läkarna var också på det klara med att de av och till utsätter en patient med en trolig virus för antibiotika, som har en stor biverkningspotential. Skadeverkan kan bli stor!

När diskussionen led mot sitt slut, verkade båda grupperna ha kommit fram till näraliggande ståndpunkter; att allt vi säger, gör eller ger till patienterna har placeboeffekt (men ibland också noceboeffekt), att vi är viktigare än vi kanske trott i vår doktorsroll och att vad doktorn säger och gör är viktigt för patientens tillfrisknande.

Resultat från kvalitativa studier kan aldrig generaliseras, vilket inte heller är meningen. Syftet med sådana studier är att nå förståelse och kunskap om olika fenomen. Det är dock sannolikt att läkare med liknande bakgrund och omständigheter har motsvarande uppfattningar.

Konklusion

Det visade sig alltså i denna studie att de allmänläkare, som intervjuats använder placebo både medvetet och omedvetet i sin vardag, dels i form av förskrivningar av icke bevisat verksamma läkemedel eller naturmedel, dels som råd om egenvård och hälsokurer. Även begreppet "doctor as a drug" eller "doktorn som bot", är tydligt för allmänläkaren och används medvetet i konsultationen för att skapa en god dialog och en trygg patient.

Källor:

1. **De Crane, Kaptchuk JR.** Placebos and placebo effects in medicine: historical overview. *Soc Med* 1999; 92:511-15
2. **Shapiro.** Factors contributing to the placebo effect. *Am J Psychoter* 1964;18:73-78
3. **Beecher HK.** The Powerful Placebo. *AMA*1955.159;1602-1606
4. **Irvine J, Baker B et al.** Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. *Psychosomatic Medicine.* 1999; 61:566-75
5. **Dixon D M, Sweeney K G, Peireira Gray D J.** The physician healer: ancient magic or modern science? *Brit Journ of Gen Practice* 1999, 49. 309-312.
6. **Hrobjartsson A, Goetzsche PC.** Is the placebo powerless? *N Engl J Med* 2001; 344;1594-602
7. **Lane K.** The longest art. London: George Allen and Umwin, 1969
8. **Balint M.** The doctor, the patient and the illness. London: Pitman Medical Publishing Co.1957
9. **Colloca, Benedetti.** Placebos and painkillers: is Mind as real as Matter? *Neuroscience* 6; 205:545
10. **Di Blasi et al.** Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001; 357:757-62
11. **Morgan DL.** Focus groups as qualitative research. Second edition. Sage publications 1997.
12. **Krueger RA.** Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage 2000.
13. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004, 24:105-12.
14. **Hrobjartson A, Norup M.** The use of placebo intervention in medical practice – a national questionnaire survey of Danish clinicians. *Eval Health Prof.* 2003; 26(2):153-65.
15. **Nitzan U, Lichtenberg P.** Questionnaire survey on use of placebo. *BMJ* 2004 23; 329(7472);944-6.
16. **Thomas KB.** The placebo in general practice. *Lancet* 344;1066-67.
17. Editorial (David Spiegel Willson professor) Placebos in practice *BMJ*;329:927-928.
18. **Barret et al.** Placebo, meaning and health.
19. **Kradin R.** The Placebo Response. *Biol and Med*;47:3(2004):328-38
20. **Benson H, Friedman R;** Harnessing the power of the placebo effect and renaming it ”remembered wellness.” *Annu Rev Med* 1996, 47:193-199.
21. **Lichtenberg P.** The Role of the Placebo in Clinical Practice *MJM* 2008 11(2); 215-216
22. **Boström H och Dahlgren H (red).** Placebo, SBUrapport 2000. Liber.



Monica Othén

Quo vadis Allgemeinmedizin?

Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Dresden

För prispengarna för min artikel om kultursjukdomar unnade jag mig den tyska allmänmedicinens vetenskapliga konferens som årligen organiseras av DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Titeln på årets möte var "Quo vadis Allgemeinmedizin?" och det gick av stapeln i Dresden.

Denna vackra stad kallas Elbflorens för sin kulturella rikedom. Allt hade sönderbombats här i slutet av kriget. Efter kriget kom den att ligga i öst. Då ett främmande land för mig som bodde i Västberlin. Roligt att besöka staden nu, 20 år efter återföreningen. Mycket har renoverats och den berömda Frauenkirche är återuppbyggd. Härlig varm höstluft och blå himmel omfamnar mig. Kålrabbisoppa och en pilsner lockar till lunch i ett lugnt litet gatacafé på vägen till konferenslokalen. Sinnet lättar. Mitt emot i middagssolen reser sig en av krigets kvarlämnade kyrkoruiner. Men nu gäller det att skynda sig till spårvagnen för snart börjar den första workshopen.

Utbildning

Temat "Former av allmänmedicinsk fortbildning" är angeläget även för oss svenska allmänläkare. I Tyskland finns det krav på recertifiering och det är många husläkare som behöver fortbildning. Utbildningar erbjuds i olika former, allt från traditionell frontalundervisning heldag med minimal tidsinsats för att få sina certifikat godkänt till anpassade småseminarier för att tillgodose verkliga, professionella behov av kontinuerlig vidareutbildning. Även i drivande tyska allmänläkarkretsar har man noterat att fortbildningar för allmänmedicinare traditionellt hålls av organspecialister och nu försöker DEGAM ändra på det. Intressant nog sker detta i nära samarbete med instituterna. Man har förbundsstatsvis utvecklat fortbildningar i lite olika tappningar som samtliga vidmakthåller husläkarperspektivet genom att de arrangeras av allmänmedicinare. Utbildningarna fyller som regel både behov för formell recertifiering och behov av utbildning. De är utan sponsring av läkemedelsindustrin liksom hela denna kongress. Vissa utbildningar är inte olika våra kvalitetscirklar, andra som våra praktiska verkstäder, exempelvis på Jokkmokksmötet.

I anslutning till denna intressanta workshop följde en paneldiskussion mellan två representanter för DEGAMs forskningsråd och två chefer på motsvarigheten till svenska SBU, IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), om hur rönen bättre kan kommuniceras med husläkarna. Där är vi före i Sverige.



Foto: Markus Beland

Mötet hölls på campus hos det senaste nytillskottet av allmänmedicinska fakulteter i Tyskland och arrangerades under dess ansvar. Med 350 deltagare var det DEGAM's största möte någonsin. Öppningsföreläsningen hölls av föreningens avgående ordförande, Michael Kochen: "Un-Heil (O-lyckan) – Om läkarnas förödande beroende av läkemedelsindustrin". En stark föreläsning som inte lämnade några frågetecken om ett ämne som inte kan påtalas ofta nog även här i Sverige". (Handen på hjärtat, vem går inte fortfarande på "läkemedelsluncher"?). Kochen visade avslutningsvis en bild på en skylt med en möjlig kvalitetsmärkning för praktiken: "Denna mottagning tillåter inga besök från läkemedelsrepresentanter. Vi arbetar på enbart vetenskapliga grunder utan påverkan av marknadsföringsstrategier".

"Tyskland står inför samma problem som Sverige, en åldrande och snart pensionsklar allmänläkarkår och ett svalt intresse för gebitet bland de unga."

Primärvårdssystem

Andra key lecture på fredag morgon hölls av den nederländske sociologen Jouke van der Zee om "Position, Remuneration and Income of GP's in Germany, England, the Netherlands, Belgium and France". Det finns två olika grupper av sjukvårdssystem i Europa. Ett mer ohierarkiskt och socialförsäkringsfinansierat ("Bismarckskt") med fri tillgång till sjukvården och prestationsersättning till husläkaren; ett mer hierarkiskt organiserat och skattefinansierat med NHS som huvudrepresentant. I det senare har allmänläkaren grindvaktfunktion och kapitering eller lön. Van der Zee har undersökt systemen i olika länders tappning och funnit att skillnaden i "healthoutcome" är negligerbar. Bismarcksystemet är något dyrare men har också nöjdare patienter. Slutsats: "There is a price for satisfied users".

Tyskland står inför samma problem som Sverige, en åldrande och snart pensionsklar allmänläkarkår och ett svalt intresse för gebitet bland de unga. I Tyskland dock till synes värre än hos oss. Nästa workshop presenterade en rad arbeten kring detta komplex. Till min överraskning hölls första presentationen av en av Göran Sommansons "utbildningsläkare", nyligen tillflyttade tyske läkaren Jens Wiethage från Linköping. Han lyckades presentera grunddragen av den svenska primärvården plus ett eget projekt på 10 minuters tid. En studie från Vasco-da-Gama rörelsen om ST-läkares uppfattningar om sitt yrke i ett antal europeiska länder i jämförelse med inkomst och arbetsbelastning presenterades i ett annat arbete. Sverige fanns tyvärr inte med, däremot Norge och Danmark som intressant nog visade extremt skilda utfall vad gäller båda arbetstid och inkomst, men ingen skillnad i tillfredställelsen med yrket.

Forskning och praktik

Titeln på nästa key lecture var "Getting research into practice – what can we do better?" av allmänmedicinaren och dekanen (!) på Brisbane University, Chris del Mar. Den handlade om att det finns mycket litet allmänmedicinsk forskning i förhållandet till att den stora merparten av alla konsultationer sker inom allmänmedicinen. Han var mycket kritiskt till guidelines som ofta är flummiga, "weak", och ibland rent av fel. Han gav exempel som självmätning hos typ II diabetiker ("useless, expensive"), kombinerade steroid-beta-mimetika sprayer m.fl. Del Mar gav också några fina exempel på nytta av allmänläkarforskning om praxisrelevanta frågor som leder till EBM, t.ex. "Can sutures get wet?". Yes, they can! Enligt en studie blir 8,1 procent infekterade när de blötas (dusch, tvätt, bad) mot 8,9



Foto: Markus Beland

procent av dem som hålls torra. Med andra ord: Ingen skillnad. Eller NSAID kontra antibiotika vid UVI hos friska kvinnor. De verkar fungera lika bra. NSAID ger symptomfrihet och under behandlingstiden läker bakteriurin ut spontant. Våldigt fin föreläsning!

Kulturella utflykter

Van der Zees uttryckliga rekommendation att för all del besöka samlingen Neue Meister (1700-talet till nutid) i den nyligen återuppbyggda och nyöppnade Albertinum ("en juvel") blev anledning att tillfredställa behov utöver de professionella när nu tillfället för en gångs skull bjöds. Vilken kul stad man upptäcker! Dresden är full av konst, barockarkitektur, museer av världsklass och vimlande uteliv.

Jag var glad att jag hade efteranmält mig till festen fredag kväll på Deutsches Hygienemuseum. Idag ett museum om hela människan. I museet finns bl.a. "der gläserne Mensch" från 20-talet, då en konstnärlig och vetenskapliga prestation. Fantastiskt spännande. Det hölls extra öppet för oss med guidade turer, tal, underhållning och buffé. Festen var ganska lik SFAMs festkvällar, lite mer tyskt kanske men mycket trevligt.

Utmaningar

Tredje dagen, lördag, började med "Uppgifterna för en allmänmedicinsk vetenskaplig förening – sena tankar av en avgående", tal av Henrik van den Bussche, avgående chef för institutionen för allmänmedicin på universitetet Hamburg. Den var en uppmaning att ta sig an den stora utmaningen som väntar. Efterföljare inom allmänmedicinen fattas, bara 10 procent

"Allmänläkare i båda länderna söker efter identiteten i sin profession, om än från motsatta sidor."

av alla specialistexamen idag tas inom allmänmedicinen. I Frankrike och Belgien är andelen så hög som 50 respektive 25 procent. Tyska allmänläkare har frekventa patientbesök med västvärldens kortaste mottagningstider, 7,8 minuter, och hög arbetsbelastning. I Storbritannien är tiden 11, Belgien 13 och USA 19 (!) minuter. De unga läkarna kräver nu ett familjeliv och rimliga arbetsvillkor.

Tyska patienter vänder sig i hög grad till privata specialister för enskilda problem och förblir sedan alltför ofta kvar hos dem. Organspecialister utför alltså många husläkaruppgifter. I många europeiska länder är specialistutbildningen reglerad, dock ej i Tyskland. Detta medför i slutändan ett ohälsosamt överskott av privata organspecialister. Vidare är Tyskland enda landet i Europa som fortfarande har flera års slutenvårdsplacering under ST i allmänmedicin. Här ser DEGAM ett tydligt förändringsbehov. Föreningen ser även behovet av att utveckla teamarbetet i de tyska enläkarspraktiker och höja kompetensen av annan medicinsk personal. Den skulle kunna utföra medicinska uppgifter som nu onödigt belastar husläkaren, blodtrycksmätningar, provtagningar och dylikt. DEGAM har åstadkommit mycket också, bland annat att forskningsanslagen inom allmänmedicinen har ökad mest för alla specialistområden inom några få år.

Nästa seminarium handlade om sjukvårdssystem. Först presentation av en husläkarmodell för Österrike, tillståndsanalys och möjligheter till omsättning av T. Fischer, Wien. Kompakt, gedigen presentation. För att kunna genomföra förändringar behövs enligt Fischer omfattande "change management". "Utvecklingen av den norska allmänmedicinen – en förebild för Tyskland?" var nästa presentation. En tysk forskare levererade en snabb och klockren presentation av den norska primärvårdens historia och senaste omvälvningar. Om den modellen lämpar sig för förändring av den tyska allmänmedicinen är inte säkert. De medicinska kulturskillnaderna är betydande.

En SWOT-analys om framtidsmöjligheter av den tyska husläkarmedicinen enligt Barbara Starfields kriterier för god primärvård följde. Det finns ljuspunkter men många svagheter och just den metodiken kanske inte räcker till som bas för en omfattande analys.

"Blir patientbehov avseende rådgivning och prevention tillfredställda i allmänläkarpraktiken?" – första resultat från en europeisk studie i 23 länder, Euroreview, WONCA, var näst sista presentation. Tyskland skilde sig i en del avseenden negativt. Det som skiner fram är att enläkarmottagningar på många plan är underlägsna hälsocentraler.

Summering

Vad har jag tagit med från denna tyska allmänläkarkongress? Problemen allmänmedicinen står inför är på många sätt likartade för Tyskland och Sverige men det finns också skillnader. Allmänläkare i båda länderna söker efter identiteten i sin profession, om än från motsatta sidor. Fritt entreprenörskap i ett till synes tämligen oreglerat sjukvårdssystem å den ena mot strikt politiskt styrning med övervägande anställda distriktsläkare på stora vårdenheter å den andra sidan. Det allt närmare europeiska samarbetet kan vara till stöd för drivkrafter för förändring. Imponerande var rikedomerna av vetenskapliga presentationer på kongressen, nära ett hundra om jag räknade rätt. Samarbetet mellan institutionerna och föreningen förefaller fruktbar och föreningen gör heder åt sitt namn, vetenskaplig förening. Allmänmedicinens självkänsla växer i Tyskland.

Hjärnan var mättad och tåget tillbaka till Berlin skulle snart gå. För den egna professionella själen var det mycket välgörande att lyfta blicken över tallrikskanten och besöka en utländsk allmänläkarkongress. För den personliga delen var det kul att återanknyta till de egna rötterna med det nyvunna svenska perspektivet i bagaget

Här finns länken till programmet: www.degam2010.de/



Markus Beland

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Eva Jaktlund
0702-53 42 41
eva.jaktlund@sfam.se

Vice ordförande
Mats Rydberg
0702-07 23 24
mats.rydberg@sfam.se

Facklig sekreterare
Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Vetenskaplig sekreterare
Sara Holmberg
sara.holmberg@vaxjo.st

Skattmästare
Ulf Peber
ulf.peber@sfam.a.se

Övriga ledamöter
Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com
Louise Hamark
lolloha@hotmail.com
Maria Samuelsson
mariasamuelsson@hotmail.com

Kenneth Widäng
kenneth@widang.se

Adjungerad av styrelsen
Anna Drake
annadrake@gmail.com

Examenskansliet
examen@sfam.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast måndag – torsdag förmiddag

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.a.se

Läkemedelsterapirådet
Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/-08
jan.hakansson@jll.se

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.engstrom@swipnet.se

ST-rådet
Daniel Bäck
egelstig.back@gmail.com

Utbildningsrådet
Ulf Peber, 070-606 57 65
ulf.peber@sfam.a.se

Rådet för hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Malin André
malin.andre@ltdalarna.se

Rådet för levnadsvanor
Lars Jerdén
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade
Björn Ställberg, 0156-535 07
b.stallberg@dll.se

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Gastroprima – för mag-tarmintresserade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

NÄSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkekan & Anna Nilsson
marialutkeman@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Eva Arvidsson
eva.andersson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ApS
Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

På grund av flyttningar och byten av telefonnummer kan felaktigheter finnas på listan. Meddela eventuella ändringar till redaktionen.

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svenson
anna-karin.svenson@bredband.net

DALARNA
Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND
Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM
Roland Morgell
roland.morgell@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Sara Holmberg
sara.holmberg@vaxjo.st

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE
Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE
Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

NORDVÄSTRA SKÅNE
Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
Lars.kvist@telia.com
Christina Nilzén
Christina.nilzen@skane.se
Anna-Karin Österlin
anna-karin.osterlin@skane.se

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG
Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

* vilande



När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, LAH, Linköping, Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka
Målgrupp: Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna tillsammans med handledare.

Arrangör: Kursen planerad och arrangerad av SFAM.

Plats: Sjövillan, Sollentuna.

Tid: Ons 19 januari 2011 kl. 09.30 – tor 20 januari 2011 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar totalt 6000 kr, för den som ej behöver nattlogi är kostnaden 4500 kr.

Antal deltagare: 25

Innehåll:

Syfte: Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och säker sjukvård i det egna hemmet.

Områden: Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

Pedagogik:

Kursen förutsätter deltagarnas personliga engagemang och aktiva medverkan samt intresse för etiska frågor.

Före utbildningen: Skaffar man sig kunskap om hemsjukvård och hembesök i det egna vårdcentralområdet.

Under utbildningen: Med fallbeskrivningar som bas åskådliggörs väsentliga förutsättningarna för en fungerande basal hemsjukvård och palliativ vård och de möjligheter som hemsjukvården gömmer. Detta sker via diskussioner stödda av presentation av fakta som berör diskussionen.

Kursen avslutas med en reflektion över situationen på den egna arbetsplatsen och planering av hur man kan göra för att utveckla arbetet med hemsjukvård när man kommer hem.

Kontaktpersoner: Heléne Swärd, SFAMs kansli, tel 08-23 24 05, fax 08-20 03 35.

Senaste anmälningsdatum: Onsdag 1 december.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till kansli@sfam.se eller via www.sfam.se/kalendarium

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM),
Box 503, 114 11 Stockholm,
tel 08-23 24 01 • www.sfam.se

SFAMs kansli

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se
kansli@sfam.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10E
114 11 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.se

Kalendarium

2011

Januari

**SFAM i Örebro –Värmlands
Allmänläkardagar**
12-13 Loka Brunn – dubblerad dag

**Kurs i allmänmedicinsk kompetens-
värdering**

17-19 Ekhagens Kurs-konferens Grimslöv,
Växjö

När doktorn tar av sej skorna

19-20 Sjövillan, Sollentuna

April

Läkardagarna i Örebro,

tema infektioner

5-6 april

SFAMs ST-dagar

6-8 Växjö

Maj

Studierektorsmöte

12-13 Hotell Södra berget, Sundsvall

Juni

Nordic Congress of General Practice

14-17 juni, Tromsø, Norge

2012

Mars

**Svensk Allmänmedicinsk
Kongress**
21-23 Luleå



Kursdoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Granskning genomförs vår och höst. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i

medlemsavgiften till SFAM. Tidningen

utkommer med sex nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Karin Träff Nordström, chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

Staffan Olsson, redaktör

Brahehälsan, Löberöd

0413-54 58 50, staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, redaktör

Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnås, redaktör, distrikts-

läkare, Sthlm

tina.ronnas@home.se

Björn Nilsson, redaktör

070-210 20 16

bjorn.nilsson@sfam.a.se

Karin Lindhagen, redaktör

karin.lindhagen@sfam.se

Johanna Johansson,

redaktionssekreterare

SFAM

Box 503, 114 11 Stockholm

08-23 24 01

johanna.johansson@sfam.se

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB

Peo Göthesson

Box 29, 457 29 Fjällbacka

0525-323 50, fax 0525-329 29

peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB

www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Karin Träff Nordström

chefredaktor@sfam.se

Utgivningsplan för 2011

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	7/2	14/3
2	18/4	23/5
3	5/9	10/10
4	14/11	19/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda



I väntans tider

Det började i februari. Det smög sig på mig. En molande värk i övergången mellan bröst- och halsrygg, i mitten, och ömt när jag tryckte på spinalutskottet på C7, eller var det till höger om? Ont i musklerna i nacken hade jag också, som vanligt, och sen i ländryggen och ut i vänster skinka. Det hade ju inte blivit bättre efter jag trillade på trappan ut till trädgården, när det var regnigt och halt och träskorna nerslitna. Helt normalt, vem har inte ont, och i min ålder, det blir ju värre med åren, inget konstigt. Men där? Nej, inte bra! Mitt i natten kom den tillbaka, min bröstcancer, när jag vände på mig och kände smärtan. Smärta, nej kanske för starkt ord för den där tandvärken, men den ska inte vara där. Och jag som just hade börjat tro att jag fick glömma. Fyra år sedan nu, då är det väl klart med det. Lägg av, vad är det för snack, det här går över!

Om det är kvar efter fyra veckor, då gör jag något, min privata regel.

Min kirurg, mitt stöd i livet, är lugn. Han trycker lite på ryggen och skickar remiss till scintigrafi. Enda sättet att få veta, vad skönt att lämna över. Det kan ta en vecka efter undersökningen innan du får svar, dom är inte så snabba med posten. Vi avtalade att han skulle ringa på min mobil, enkelt och smidigt. Då berättade jag för min man. Vi blev tysta, han var rädd, räddade än förra gången, men då hade vi ju dottern hemma som tog vår uppmärksamhet.

Jag skriver testamente på nätterna. Undrar om han vill bo kvar i huset. Han måste öva mera så att han klarar Internetbanken. Resan i sommar blir nog inte av.

Efter en vecka har jag tid för scint på klin. fys. Inga av mina patienter i väntrummet. Jag får en liten spruta i armen av en vänlig sköterska och i tre timmar skriver jag flitigt på min dator bakom en fikus i foajén. Isotopers strålningseffekt på kreativiteten borde utnyttjas mera i forskningen. Bekvämt inbäddat somnar jag medan gammakameran sakta glider över mig och ritar av mitt skelett.

Första veckans väntan går bra, men sen blir det onsdag igen. Min man letar efter svaret i mitt ansikte när han kommer hem,

men ingen har ringt. Torsdag morgon ringer jag min kirurg och fångar honom med andan i halsen efter trapporna precis när han kommer innanför dörren, men nej inget svar i hans post, han hade just kollat. OK.

Dagen segar sig fram, hur ska det bli i helgen? Alla tre stora barnen kommer hem och vi ska ha en riktig skön helg tillsammans, men om jag inte vet? Hur blir det då? Vi har ju inget sagt till dom, vill inte oro dom i onödan. Mobilen är på under alla patientmöten, om man nu kan kalla det möten, när jag inte är där, men den ringer inte. Strax innan jag går hem skickar jag desperat ett mejl till min kirurg. Men jag vill inte störa honom i helgen. Fredag är jag ledig och jag beslutar att berätta för barnen. Bra beslut!

Inget besked. På nätterna planerar jag begravningen. Jag vill ha öppen kista. Det var så vackert när min rumänska kollega begravdes. Vi la rosor på henne och hon såg så fin och lugn ut, man såg inte alls märket runt halsen.

Men jag vill ju inte dö – jag vill veta vad som händer, jag vill ha barnbarn, jag vill vara med, mycket längre, 53, det är för tidigt. Men grannen på vägen är inte äldre, och hennes skelett såg ut som hade hon skjutits med hagelbössa, det såg vi på röntgenrond. Hon som precis hade varit på sista kontrollen fem år efter de tog bröstet. Och min patient med njurcancer som hade en metastas i Th1, hon satt i rullstol i ett år intill hon dog. Och sen hon den andra...

Vad är det som säger att inte jag har metastaser. Varför ska just jag ha tur? Folk i min ålder dör, det ser jag ju i tidningen varje morgon.

Mobilen är på, hela tiden. Också hela måndagen där jag har undervisning. Trög föreläsning! Måndag kväll tillbringas framför TV:n, utan att jag ser programmen.

Tisdag morgon öppnar jag mejlen och läser svaret som min kirurg hade skickat torsdag eftermiddag: Hej! Öppnade precis min post, scintigrafin var helt normal!

Dorte Kjeldmand

Texten tillkom vid det av SFAM Mellan-Skåne anordnade skrivarseminariet i Höör.