

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2012 ÅRGÅNG 33



Kongressen i Luleå sid 23

Träning lindrar tennisarmbåge sid 14 • Alkohol och smärta sid 53



- 3 Ledare**
Allmänläkare och SFAM
Karin Träff Nordström
- 5 Chefredaktörsruta**
Nu gäller det!
Ingrid Eckerman
- 6 SFAM informerar**
Fullmäktigemötet 2012
Ingrid Eckerman
- 8 Klinisk praxis**
Om kolorektal cancer och Stålhammars score
Staffan Ekedahl, Per Hauschildt, Kjell Lindström, Peter Stålhammar
- 12 Krönika**
Upprop eller uppror?
Ingrid Eckerman
- 13 Reportage**
Vad händer med SPUR?
Eva Jaktlund
- 14 Avhandling**
Smärta vid kronisk tennisarmbåge minskar av träning
Magnus Peterson
- 16 Intervju**
Allmänläkare på smärtcentrum
Magnus Peterson, Karin Lindhagen
- 17 Reportage**
Uppror i Dalarna
Gunilla Johnston
- 20 Reflektion**
En glimt från konsultationskurs i Älvkarleö
Airene Lindfors, Bermet Moren
- 21 Reportage**
NFGP – Nordic Federation of General Practice aps
Karin Träff Nordström
- 23 Kongressen**
Mellan det universella och partikulära
– eller EBM vs personcentrerad vård
Staffan Olsson
- 24 Kongressen**
Specialistexamen på Luleåkongressen
Karin Lindhagen
- 26 Kongressen**
Levnadsvanor och screening i Luleå
Ingrid Eckerman
- 29 Kongressen**
Det är inte guld allt som glimmar
Robert Svartholm
- 31 Kongressen**
Den helbredende dansen
Per Fugelli
- 35 Kongressen**
Allmänläkare: våga leda!
Karin Träff Nordström
- 37 Reflektion**
Reflektioner under examensarbetet för specialistexamen
Susanne Barenius
- 39 Referat**
Koll på läget i engelsk primärvård
Flera
- 41 Reportage**
SFAM Stockholm: årsmöte med svårigheter
Ingrid Eckerman
- 42 Reportage**
Örebro-Värmlands allmänläkardagar 2012
Bengt Karlsson
- 44 Recension**
Procedurhandboken
Peter Olsson
- 47 Avhandling**
Mötet mellan patienten och läkaren
Kristian Svenberg
- 49 Reportage**
Roger Neighbour i Halland
Pierre Carlsson
- 51 Recension**
Lär dig mer om smärta!
Karin Träff Nordström
- 53 Klinisk Praxis**
Alkoholens betydelse vid smärta och värk
Sven Wählin
- 57 Debatt**
Analgetika på villovägar
Ingrid Eckerman
- 59 Krönika**
Att som svensk börja arbeta som professor i
allmänmedicin i Australien
Ronny Gunnarsson
- 61 Kulturspalten**
Att läsa eller lyssna
Peter Olsson
- 62 SFAM informerar, kalendarium**
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner
- 64 Krönika**
Vad är hälsa?
Ingrid Eckerman

Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar 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

Annons

Allmänläkare och SFAM

Jag vill inleda med att tacka för det stora förtroendet att få leda SFAM de kommande två åren. Jag har uppfattat ett tydligt budskap från föreningens medlemmar att man vill synliggöra föreningen mer än tidigare i förhoppning om att vi ska bli en starkare påverkanskraft i utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården i Sverige och ser fram emot att få leda detta arbete.

Med jämna mellanrum poppar två diskussioner upp i föreningen, på Ordbyte och när allmänläkare möts. Det är frågan om vad vi ska heta och frågan om vad som skiljer SFAM från DLF och varför vi har två föreningar.

Allmänläkare

Den dåvarande styrelsen formulerade tillsammans med en PR-byrå 2008 en mediastrategi. I denna framhölls vikten av att alltid använda samma namn på vår yrkeskår när föreningen kommunicerar i media. Den mediasökning som gjordes då visade att "allmänläkare" är det namn som oftast används i media och också det som ligger närmast vår specialitet, allmänmedicin. Styrelsen beslutade därför att använda "allmänläkare" i all vår kommunikation för att undvika förvirring. Detta beslut står fast.

I olika delar av landet är andra begrepp, såsom "husläkare", "distriktsläkare" eller "familjeläkare" vedertagna begrepp, och det står förstås var och en fritt att använda vilken beteckning man vill i sitt dagliga arbete.

SFAM

SFAM är en sektion av Svenska Läkarsällskapet men också en specialitetsförening i Sveriges Läkarförbund. Sveriges Läkarförbund är vår fackliga organisa-

tion med primärt syfte att arbeta för läkarnas bästa. På hemsidan beskriver man sitt uppdrag som följer:

Förutom att driva fackliga frågor som löner, arbetsmiljö och anställningsvillkor arbetar vi också med frågor inom utbildning och forskning, etik och sjukvårdspolitik, företagande och ledarskap.

På Svenska Läkarsällskapets hemsida står:

Svenska Läkarsällskapet (SLS) är en ideell, politiskt och fackligt obunden organisation. Här träffas läkare från olika områden och utbyter erfarenheter med varandra. Vårt huvudsakliga uppdrag är att verka för en bättre sjukvård för dagens och morgondagens patienter. Vi driver viktiga samhällsfrågor och står genom våra 67 vetenskapliga sektioner för en stor del av utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård. Integritet och oberoende är fundamentet för vår verksamhet och en förutsättning för SLS samhällsroll.

Föreningarna har således olika roller där Läkarförbundets roll till del är styrd av lagstiftning och regelverk och där Läkarsällskapet står mer fritt i förhållande till landsting och andra makthavare. Många frågor är gemensamma och ska drivas gemensamt. Det är viktigt att föreningarna har tät kontakt på alla nivåer så att vi drar åt samma håll. Det är dock också viktigt att vi har lite olika perspektiv. På så sätt berikas diskussionerna och vi kan nå längre i vår gemensamma strävan efter en primärvård värd namnet, tillräckligt utbyggd för att ge en god vård till våra patienter och med goda arbetsvillkor för allmänläkarna.

Andra frågor tillhör tydligt respektive förening. Avtalsfrågorna är tydligt fackliga. Allmänmedicinsk forskning, mål-

beskrivning för ST, Mitt-i-ST, specialistexamen samt utveckling av innehållet i vår specialitet är frågor som enbart eller huvudsakligen drivs av SFAM.

Allmänläkarna i Sverige behöver både SFAM och DLF, både Svenska Läkarsällskapet och Sveriges Läkarförbund, för att kunna driva våra frågor och påverka utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård nationellt och lokalt. Engagera dig i de frågor som intresserar dig mest och i den förening som då ligger närmast till hands. Det viktiga är att du engagerar dig, om så än bara genom att bli medlem i båda föreningarna, och att föreningarna samarbetar så långt det är möjligt. Då kan allmänläkarna i Sverige bli en kraft som hörs.

Allmänläkare gör skillnad!



Karin Träff Nordström
ordförande
ktn@sfam.se

Wonca og andre kongresser 2012



Kære Kolleger,

Det er os en stor glæde også i år at kunne indbyde til fællesrejser til Wonca- og andre kongresser globalt!

Rejs med jeres danske og norske kolleger til bl.a. Jeju, Sydkorea, hvor vi overværer **Wonca Asia Pacific Conference**, 24 – 27 Maj, og til Dublin, hvor vi skal overvære **Northern European Conference on Travel Medicine**, 6 – 8 juni.

Endvidere til **Wonca Europe Regional Conference**, Wien, 4 – 7 Juli og **Wonca Africa Conference**, Victoria Falls, 19 – 21 November.

Vi gæster også regelmæssigt andre konferencer for almenlæger: **The South African Academy's Mini-Congress** i Cape Town, 11 – 12 Maj.

The Royal College of General Practitioners' Primary Care Conference i Glasgow, 4 – 6 Oktober.

The American Academy of Family Physicians' Scientific Assembly, Philadelphia, 17– 20 Oktober.

The Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention, Brisbane/Gold Coast, 25 – 27 Oktober.

Du kan læse meget mere om disse rejser på www.allanpelch.dk, hvor du også kan tilmelde dig. Ledsagere er naturligvis velkomne, også børn. Man kan vælge andre afrejse/hjemkomst datoer end de nævnte, men vi bor på samme hotel. Der er meget mere information på hjemmesiden. Programmer kan hentes under menupunktet: Rejser.

Velkommen til The Scandinavian Delegation of Family Physicians 2012.

Info: Læge Allan Pelch. Tingbakken 6. DK-4160 Herlufmagle.
apelch@dadlnet.dk.

Annons

Nu gäller det!



Med hjärtat i halsgropen skickar jag in det sista materialet till vår layoutare Peo. Hur kommer detta nummer att bli? Kommer läsarna att uppskatta det?

Innehållsmässigt kan jag bara konstatera att det har två huvudteman: smärta och vårmötet i Luleå. Att få presentera två av de höjdartal som hölls i Luleå, av vår nya ordförande Karin Träff Nordström och av den norske nestorn Per Fugelli, känns extra bra.

Jag gläds åt att flera författare själva sänt in material. Jag hoppas detta kommer att fortsätta inför nummer 3/2012. Temat då är hjärta – kärl – diabetes – koagulation, men texter om alla ämnen är välkomna. Börja gärna nu och tänk! Manusstopp är strax efter sommaren, den 3 september.

Redaktionen kommer att ha ett långt möte 5-6 september. Vi kommer då att fundera över hur AllmänMedicin kan utvecklas på nätet. Vi kan därför behöva förstärkning från dig som tycker om både att jobba på nätet och att läsa och redigera artiklar. Hör av dig!

Ingrid Eckerman
chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Den nya styrelsen i SFAM



Stående från vänster:

Louise Hamark
Eva Jaktlund
Ulf Österstad
Åsa Niper
Karin Träff Nordström
Christina Westerdahl

Sittande:

Ulf Peber
Kenneth Widäng
Anna Drake

Fullmäktigemötet 2012

Höstmötet i Luleå inleddes, förutom med en mängd arbetsgruppsmöten, med fullmäktigemötet. Här deltog representanter utsedda av lokalföreningarna.

Det var en gedigen verksamhetsberättelse som föredrogs. Den omfattade ett och ett halvt år eftersom bokföringsåret ändrats till kalenderår. Detta förenklar bokföring, deklaration mm. Styrelsen har under denna tid handlat ett stort antal frågor.

I september 2011 hölls ett tvådagars idéseminarium i Uppsala med ett femtiotal deltagare från lokalföreningarna och SFAMs råd. Uppgiften var att ta fram prioritering av frågor för SFAM på kort och lång sikt. Det gav upphov till en handlingsplan för styrelsen, redovisad i AllmänMedicin 1/2012.

Godkännande av specialitet i allmänmedicin från EU/EES-länderna har varit en viktig fråga. Det handlar om Europadomstolens beslut att Sverige enligt regelverket inte får ha två nivåer av allmänmedicinsk kompetens – specialistkompetens och "EU-läkare". Strukturerad specialistutbildning mellan 3 och 5 år finns i 27 av länderna i EU/EES, och nivån "EU-läkare" förekommer således endast i ett fåtal länder. SFAM har tillsammans med DLF, Läkarförbundet och Läkaresällskapet bidragit till att regeringen fattat beslut att behålla den svenska femåriga specialistutbildningen i allmänmedicin och att från halvårsskiftet avskaffa möjligheten att i vårt land söka och få så kallad EU-läkarkompetens.

Kvalitetsregister är en annan viktig fråga där vi kommit en bit framåt. Vi har fått förståelse från beslutsfattare för att registrering inom primärvård måste ha andra utgångspunkter än sjukhusspecialiteternas register för enskilda diagnoser. 4,5 miljoner kronor har anslagits till en arbetsgrupp med ledamöter från olika aktörer. Vi har fått gehör för en del synpunkter, t.ex. att inte registrera manuellt och att inte registrera i andras register.

SFAM har samarbetat med pensionärsföreningarna, som vill sätta tryck på politiker att lägga mer resurser på primärvård med fokus på samverkan. En serie seminarier med rubrik "En vård värd samverkan" var planerade, men ligger på is till förmån för ett antal konferenser.

SFAM och allmänläkarna har blivit mer synliga i media. Vi finns nu på Facebook, och regelbundna pressmeddelanden läggs ut på MyNewsdesk och skickas till ett stort antal journalister. Allt fler journalister hör av sig med intressanta frågor. Styrelsen vill nu lägga upp en "allmänläkarbank" med namn på kollegor som har intresseområden där de är villiga att t.ex. prata på möten, skriva en artikel etc. Alla medlemmar bjuds också in till diskussion på Ordbyte och Facebook.

En fråga som måste bevakas är vårdvalets effekter på utbildning och fortbildning. Studierektorernas och handledarnas kompetens och innehållet i handledningen för AT- och ST-läkare måste säkerställas. I de nya läkarutbildningarna ska allmänmedicin vara en självklar specialitet.

En skrift som nämnades flera gånger var Socialstyrelsens rapport 1999:19 "Primärvårdens bidrag till effektiv resursanvändning" skriven av Lars Borgquist och Sven Engström. Den är slut på Socialstyrelsen och finns ej heller på hemsidan, trots att innehållet fortfarande är giltigt. Det är därför önskvärt att en uppdatering görs. Kanske kan påtryckningar från många SFAM-medlemmar hjälpa?

Efter godkännande av verksamhetsberättelse, ekonomisk berättelse och revisionsberättelse gavs styrelsen ansvarsfrihet. Därefter valdes den nya styrelsen, som återfinns på annan plats i denna tidning. Karin Träff Nordström ersatte Eva Jaktlund som ordförande.

Mötet avslutades med att avgående styrelseledamöter avtackades och den nya ordföranden höll ett hoppingivande och uppfordrande tal.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Skriv i AllmänMedicin!

Vi behöver många bidrag av många olika slag – vetenskapliga artiklar, krönikor, reportage, fotografier etc.

Hör av dig till chefredaktören om du har något förslag!

Nummer 3 kommer att ha temat hjärta-kärl-diabetes-koagulation.

Nummer 4 har temat psykiatri-geriatrik.

Författaranvisningar finns på hemsidan www.sfam.se. Glöm inte att märka insänt material med ditt namn i filnamnet.

Ingrid Eckerman, chefredaktör • chefredaktor@sfam.se

Annons

Kan Stålhammars score underlätta tidig upptäckt av patienter med kolorektal cancer i primärvården?

I tidigt skede är kolorektala tumörer ofta asymtomatiska. Det finns ingen korrelation mellan symtomduration och patologiskt stadium av tumören [1]. Det finns evidens för att försenad diagnos, åtminstone om denna är 2-3 månader, påverkar prognosen negativt [2].

Alltför många patienter med kolorektal cancer får sin diagnos och behandling sent trots att man sökt sjukvård. Doctor's delay, tiden mellan att patienten söker första gången och att diagnosen ställs/ behandling inleds, är enl. flera studier i genomsnitt 3-5 månader [2,3]. Till detta kommer patient's delay, d.v.s. den tid som går mellan att patienten får symtom och att han/hon söker sjukvård.

Vanliga symtom på kolorektal cancer är ändrade avföringsvanor, blod/slem i avföringen, trängningar till avföring, buksmärtor och allmänsymtom som trötthet och vikttnedgång [1]. Med undantag av blod/slem i avföringen är dessa symtom också vanliga i befolkningen [4] (Faktaruta 1).

Doctor's delay kan bero på att sjukdomen är svårupptäckt (symtomen är varierande och diffusa) men kan också bero på brister i handläggningen i primärvården och långa väntetider på utredning på sjukhus.

Regionalt koloncancerprojekt

I Sydöstra hälso- och sjukvårdsregionen pågår sedan 2 år ett projekt som syftar till förbättringsarbete inom handläggningen av patienter med koloncancer. En primärvårdgrupp med sjuksköterskor och läkare från fyra vårdcentraler i Landstinget i Jönköpings län har inom projektet arbetat med området tidig upptäckt av kolorektal cancer i primärvården. Gruppen utarbetade våren 2011 ett förslag som syftade till att snabbt identifiera, utreda och vidareeremittera patienter med hög risk för kolorektal cancer. Förslaget, som var en sammanvägning av nationella och

Faktaruta 1.

Andel ja-svar i befolkningen på frågan: "Har du under de senaste tre månaderna besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd?"

Symtom	%
Känt dig trött	35,8
Ont i magen	23,6
Diarré	10
Förstoppning	5,8
Dålig aptit	5,3
Avmagring	1,7

Faktaruta 2. Stålhammars score för identifiering av patienter med hög risk för kolorektal cancer.

Patienter över 50 år

Starka symtom (2 poäng per symtom)

- Rektal blödning utan anala symtom*
- Subileussympom **

Svaga symtom (1 poäng per symtom)

- Ändrade avföringsvanor (förstoppning, ökad frekvens, svårt att tömma, diarré, slem, trängningar) >2 veckor utan rimlig förklaring
- Järnbristanemi utan rimlig förklaring
- Positiv F-Hb
- Rektal blödning med anala symtom
- Avmagring, aptitlöshet, trötthet > 1 månad utan rimlig förklaring
- Hereditär belastning oavsett ålder (2 eller fler 1:a, 2:a-gradssläktingar***)
- Ulcerös colit med 8-15 års duration beroende på lokalisation****

* klåda, värk, smärta vid avföring

** intermittenta buksmärtor, uppdriven buk, illamående, tilltagande avföringsproblem

*** föräldrar, syskon, barn, morbror/faster, syskonbarn, far/mor-föräldrar

**** ingen risk om enbart i sigmoideum/rectum

internationella riktlinjer, förankrades i primärvården i regionen och mot kirurgklinik och radiologklinik. En enkel validering genomfördes (se nedan).

För att tydliggöra för telefonrådgivningssjuksköterskor och läkare i primärvården valde vi att konstruera ett enkelt

poängssystem som vi kallar Stålhammars score, efter idégivaren Peter Stålhammar (Faktaruta 2). Detta innebär att vi från gruppen patienter som kanske skall utredas för misstänkt koloncancer identifierar en subgrupp där sannolikheten för cancer bedöms som högre.



En bred användning skulle kunna leda till mindre behandlingsförsening.



Patienter med 2 poäng eller mer enligt detta score anses ha hög risk för kolorektal cancer och bör utredas skyndsamt. De patienter som identifieras via telefonrådgivningssköterska skall handläggas på vårdcentralen på följande sätt:

- Läkartid inom 3 arbetsdagar, förberedd för rektoskopi.
- Prov för F-Hb medtages till besöket enligt instruktion av sjuksköterska (ej om blödning).
- Provtagning (blodstatus, kreatinin, längd, vikt m.m.)
- Rektoskopi genomförs alltid före remiss.
- Remiss skickas samma dag till kirurgklinik för utvidgad utredning (coloskopi).

Även de patienter som identifierades vid läkarbesök skall handläggas skyndsamt vad gäller rektoskopi, provtagning och remittering.

Hur många patienter som söker vårdcentral har 2 poäng eller mer enligt Stålhammars score?

En registrering genomfördes under fyra veckor på fyra vårdcentraler med sammanlagt cirka 32 000 invånare i upptagningsområdena. Registrering genomfördes av både sjuksköterskor i telefonrådgivning och av alla läkare på de fyra vårdcentralerna.

Totalt åtta patienter identifierades under fyra veckor, vilket skulle motsvara cirka 1000 patienter per år i hela landstinget. Om 80 % av patienterna med kolorektal cancer söker via primärvården (se nedan) och 80 % av patienterna med kolorektal cancer identifieras av Stålhammars score (se nedan) skulle cirka 60–70 av 1000 patienter, d.v.s. 1 av 15 högriskpatienter, ha kolorektal cancer.

Tabell 1. Symtom och laboratoriefynd hos 42 patienter med 2 poäng eller mer enligt Stålhammars score.

Antal	Symtom/lab-fynd
21	Järnbristanemi utan rimlig förklaring
21	Ändrade avföringsvanor mer än två veckor utan rimlig förklaring
17	Rektal blödning utan anala symtom
15	Positiv F-Hb
11	Avmagring, aptitlöshet, trötthet mer än en månad utan rimlig förklaring
4	Subileus-symtom
3	Rektal blödning med anala symtom
2	Hereditär belastning (ytterligare två patienter hade en 1:a gradsläkting med coloncancer)
0	Ulcerös colit med 8–15 års duration

Hur stor andel av patienterna som opererats för kolorektal cancer hade identifierats via Stålhammars score?

En journalstudie genomfördes på 50 patienter som opererats för kolorektal cancer i Jönköping. Medelåldern var 70,9 år (36–90). 80 % av patienterna kom på remiss från primärvården. I flertalet fall var doctor's delay förvånansvärt kort men 10 patienter hade doctor's delay 90–240 dagar. Ytterligare 3 patienter hade 300–1000 dagars delay. Två av dessa hade vägrat utredning när denna erbjöds tidigt i förloppet.

Av de 50 patienterna som journalgranskades var två under 50 år (36 resp. 39 år), sex hade mindre än 2 poäng och 42 hade 2 poäng eller mer enl. Stålhammars score. Dominerande symtom hos de 42 patienterna med 2 poäng eller mer var blödning/positiv F-Hb/järnbristanemi och ändrade avföringsvanor (se tabell 1).

Åtta av de 40 patienter som sökte primärvård hade magvärk som dominerande symtom, tre av dessa hade bara 1 poäng enligt Stålhammars score.

Diskussion

Det är inte helt lätt att konstruera ett poängsystem som identifierar patienter med hög risk för kolorektal cancer. I litteraturen finns de vanliga symtomen beskrivna men vi har inte kunnat finna någon viktning mellan symtomen eller något liknande poängsystem. I vår grupp och bland dem som har gett synpunkter på förslaget fanns delade meningar om poängsystemet. En kollega pläderade för att ha åldersgränsen 40 år istället för 50 år. En annan kollega ville uppgradera avföringsrubbningsgrader från 1 poäng till 2 poäng.

Det är viktigt att poängtera att patienter med symtom som kan tyda på



kolorektal cancer och som är under 50 år eller som har mindre än 2 poäng enligt Stålhammars score naturligtvis också skall utredas. Dessa patienter utreds då på sedvanligt sätt.

Det borde vara en vinst att kunna systematisera och förbättra identifieringen av högriskpatienter för kolorektal cancer. Bara på vårdcentralerna i vårt län finns det mer än 200 telefonrådgivningsskoterskor och 150 distriktsläkare som idag har olika kunskaper och erfarenheter inom området och därmed agerar på delvis olika sätt. Vår erfarenhet hittills är att sjuksköterskor och läkare har lätt för att

förstå och använda Stålhammars score. En bred användning skulle kunna leda till mindre behandlingsförorsening.

Det krävs naturligtvis en mer omfattande validering innan man säkert vet att en av 15 identifierade högriskpatienter har kolorektal cancer och att man fångar c:a 80 % av alla patienter med kolorektal cancer med Stålhammars score.

Vad har man för erfarenheter i andra landsting? Innebär användandet av ett poängsystem huvudsakligen fördelar eller nackdelar? Kanske finns det bättre riktlinjer eller poängsystem på annat håll?

Referenser

1. Kolorektal cancer. Nationellt vårdprogram 2008. Onkologiskt centrum, Umeå, 2008.
2. Hafström L. Studie av behandlingsförorsening vid kolorektal cancer. Läkartidningen. 2010;107(5):248
3. Månsson J. The diagnosis of colorectal cancer – experiences from the community of Kungälv, Sweden. Scand. J Prim Health Care 1990;8:31-5.
4. Lindström K, Hofgren K. Habo-Enkäten 1980. Rapport. Habo, 1981.



Staffan Ekedahl
distriktsläkare
vårdcentralen Hälsan2,
Jönköping
Staffan.Ekedahl@lj.se



Per Hauschildt
distriktsläkare
vårdcentralen Skillingaryd
Per.Hauschildt@lj.se



Kjell Lindström
distriktsläkare, med dr,
Primärvårdens FoU-enhet,
Jönköping
Kjell.Lindstrom@lj.se



Peter Stålhammar
distriktsläkare
vårdcentralen Sävsjö
Peter.Stalhammar@lj.se

DLF har utsett årets allmänläkarvän



Svenska Distriktsläkarföreningen instiftade hederspris Årets allmänläkarvän förra året. Mottagare ska var en person som genom sitt agerande och renommé stärker bilden av svensk primärvård och distriktsläkare.

Björn Olsen, professor och överläkare vid infektionskliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala, har blivit utsedd till Årets allmänläkarvän 2012 med följande motivering:

”Trots att han är en del av den hög-specialiserade vården har Björn Olsen på ett modigt, nyanserat och insiktsfullt sätt argumenterat för att omhändertagandet av de många sjuka kräver det breda sjuk-

domskunnandet i primärvården samt att denna basala sjukvård borde utgöra en större andel av helheten.” Som han själv uttrycker det: Gör allmänläkarna till de ”riktiga” doktorerna, de som har det övergripande ansvaret, lagom många patienter och med krav att ta obehagliga beslut i dialog med sjukhusets organspecialister.

Björn Olsen har lovat att till AllmänMedicin 3/2012 bidra med en artikel om Nordiska rådets projekt ”One Health” där läkare och veterinärer ska samarbeta i frågan om antibiotikaresistens.

Allmänmedicin.se sålt till studentlitteratur

Fredrik Settergren startade 2007 sajten allmänmedicin.se med användbara medicinska länkar, ICD-koder, nyheter och en medicinsk sökfunktion. Arbetet började som ett ST-projekt och har sedan bedrivits oavlönat. Nu har Studentlitteratur tagit över sajten.



Twittrande läkare

Doktorerna.com är en sajt med väldigt många användbara länkar. Här har man listat de 124 läkare man hittills har hittat på Twitter. En salig blandning! Prova att gå in på <http://doktorerna.com/twitter-lakare>. Observera dock att sidan markeras som osäker av Microsoft!

Upprop eller uppror?

Så länge jag varit i allmänläkarbranschen, dvs. sedan mitten på 70-talet, har distriktsläkarna kämpat för att få gehör för sin verksamhet. För att kunna göra ett bra arbete måste man ha ansvar för en "lagom" del av befolkningen.

Bristande förståelse från tjänstemän liksom från Läkarförbundet finns bakom. När behovet av specialistutbildning beräknades på 80-talet räknade man med att varje ny specialist i allmänmedicin skulle arbeta heltid som husläkare. Men förutom att många arbetar deltid på grund av forskning, chefsuppgifter, administrativa uppgifter, småbarn mm. så har specialiteten som sådan varit en bra grund för att arbeta inom t.ex. företagshälsovård, avancerad hemsjukvård, rehabilitering, skolhälsovård och folkhälsa. Ingen vet hur många nytillkommande allmänläkare det går åt för att täcka dagens tomma distriktsläkarpositioner.

De senaste åren har distriktsläkarkåren tagit till upprop som ett medel att få gehör. Värmlänningarna (1) var bland de första. De protesterade 2009 mot införandet av journalsystemet Cambio Cosmic, som man ansåg vara både osäkert och ineffektivt. 95 läkare skrev under.

Sedan kom Örebromanifestet inför införandet av vårdvalet 2010 (2): "Nu är det dags för förändring – vi ska ha Sveriges bästa primärvård! Framtiden för länets primärvård är hotad efter många år av passivitet från landstingets tjänstemannaledning och försumlighet när det gäller att skapa rätt förutsättningar för primärvården. Det är länsinvånarna som får betala priset." Ett hundratal specialister och ST-läkare skrev under. Det ledde till ett beslut att tillföra primärvården 53 miljoner kronor med det uttalade målet att primärvården i länet ska bli landets bästa.

Så kom Värmlandsuppropet nr 2 för ett år sedan (3): "Behovet av vanlig vård är mycket större än behovet av ovanlig vård". 160 läkare i Värmland skrev under uppropet med krav på rimliga arbetsvillkor för en god primärvård.

Norrbottensuppropet – en insändare i lokalpressen – tillkom efter signaler från Beställarenheten att ersättningen i vårdvalssystemet skulle kopplas till att primärvården ska kartlägga patienternas livsstil (4). Ett 20-tal distriktsläkare i Luleå och Boden skrev direkt under uppropet. En hemsida med parollen "Låt vården vårda!" lades upp med möjlighet att skriva under, och den marknadsfördes bl.a. i Ordbyte. Detta ledde till att 1100 läkare över hela landet skrev under. Både SFAM (5) och Distriktsläkarförbundet (6) har uttryckt sitt stöd för detta upprop. Om det nu inte leder till förändrat ersättningssystem i t.ex. Stockholm och Västmanland så kanske det hejdar andra landsting från att göra likadant.

Det senaste, men kanske inte det sista, i raden är Dalauppropet, som relateras på annan plats i detta nummer. Även detta tycks ha medfört gehör hos politikerna.

Problemet är dock detsamma som på 70-talet. Antalet läkare i Sverige är för få jämfört med antalet som behövs för att uppfylla förväntade krav på kvalitet och administration. Det betyder att de olika specialiteterna konkurrerar med varandra. Rop på hjälp har länge hörts från specialiteter inom psykiatri, bild och patologi. Nu reagerar även Sjukhusläkarförbundet (7).

Att en väl utbyggd högkvalitativ primärvård skulle kunna minska trycket på akutsjukvården och ge en mer kostnadseffektiv sjukvård är ett faktum som bevisats flera gånger. Först ut var Göran Sjönell med sin doktorsavhandling om väl utbyggd primärvård (8). Sven Engströms avhandling (9) låg till grund för Socialstyrelsens rapport från 1999 (10), som fortfarande är mycket användbar. Tyvärr är upplagan slut, den finns inte på nätet och någon uppdatering har man inte flaggat för. Erfarna kollegor har tummade exemplar som de vårdar ömt.

Själv är jag glad att mina kollegor ser ut att vilja ta upp kampen på allvar. Vi tillhör Sveriges elit, dess intelligentia. Vi har den längsta utbildningen av alla. Vi är vana vid att göra komplicerade bedömningar och fatta sekundsnabba beslut. Tillsammans kan vi göra underverk – det har hänt förr!



Ingrid Eckerman
chefredaktör@sfam.se

Referenser

1. Läkare i protest mot Cosmic. Dagens Medicin 11.11.2009
2. Allmänläkarna i Örebro fick politikerna att lyssna. Läkartidningen 29/2011
3. Värmlandsuppropet - behovet av vanlig vård är mycket större än behovet av ovanlig vård. SFAM, MyNewsdesk 5.5.2011
4. Hälsoamtalen orsakar protest i Norrbotten. Läkartidningen 44/2011
5. Nu får det vara nog – låt vården vårda! SFAM, MyNewsdesk 16.3.2012
6. Låt vården vårda! Sveriges Läkarförbund, pressrum 22.3.2012
7. Utbilda fler läkare! Läkartidningen 12/2012
8. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area. II. Utilisation of out-patient out-patient hospital services. Scand J Prim Health Care 1984, 2(2):77-83
9. Engström S. Quality, costs and the role of primary health care. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, 2004.
10. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. SoS-rapport 1999:19

Vad händer med SPUR?

" SFAM hoppas verkligen att IPULS lyckas i arbetet med att utveckla en bra produkt i samarbete med professionen "

Det har varit rätt stor uppståndelse runt SPUR i IPULS regi de senaste månaderna. Vad händer med vårt utvärderingsverktyg i IPULS? Kommer det att bli något helt annat än det specialitetsanpassade verktyg det var före övertagandet 1/1 2011?

Bakgrunden till överförandet av SPUR till IPULS var dålig ekonomi i SPUR-stiftelsen. Beslutet att göra överföringen lades inte ut på remiss, utan togs i SLS och SLF utan diskussion med specialitets- eller delföreningar. SFAM framförde kritik mot beslutet våren 2010 efter att vi fått ett brev med faktum beskrivet. Kritiken grundades på att SKL, en av delägarna i IPULS, således är ägare till SPUR-inspektionerna. Det finns risk för jäv och påverkan på utvecklingsarbetet då en av ägarna också är den som ska inspekteras, enligt SFAMs bedömning. SLS höll inte med vår kritik.

Under hösten 2010 försökte SFAM få till ett möte med den gamla och den nya SPUR-organisationen för att orientera oss i hur den nya regimen hade för avsikt att jobba med inspektionerna. I mitten av december fick vi till en träff där både SLS, SLF, SPUR och IPULS var representerade. Det fanns inga färdiga tankar om hur man skulle ta över och driva inspektionerna vidare. Det framkom klart att man ville centralisera utvecklingsarbetet och prissättning av inspektionerna.

Vi fick många signaler från våra inspektörer och inspektionssamordnare om att det var svårt att komma i kontakt med rätt person på IPULS när det gällde SPUR. Man fick inte svar på frågor om ersättning och annat. Ett stort missnöje hos, enligt SFAMs erfarenhet, duktiga inspektörer ledde till att SFAM vid två

SPUR-stiftelsen var en icke vinstdrivande stiftelse med styrelse från SLS och SLF. Syftet var att genomföra extern kollegial granskning (inspektioner) av enheter som bedrev ST- och AT-utbildning. SPUREX var ett råd för att stödja inspektionsverksamheten inom varje specialitet. Varje specialitetsförening utsåg en SPUR-samordnare som ansvarade för att det fanns utbildade inspektörer och att inspektioner genomfördes.

IPULS ägs av SLS, SLF samt SKL. Målet är att stödja läkarens behov av vidare- och fortbildning. IPULS övertog den 1 januari 2011 ansvaret för den externa granskningen av AT- och ST-utbildningarna. Arbetet tänktes ske i linje med det tidigare SPUR-konceptet. IPULS har nu arbetat fram en ny metodik för granskning av ST. Speciella inspektionsteam inrättas för de enskilda specialiteterna.

tillfällen kontaktade IPULS ägare för att framföra att det inte fungerade bra med kommunikationen. Det har inte varit några tvistemål om ersättningar eller annat, utan det har handlat om att bli otrevligt bemött och att inte få svar på adekvata frågeställningar angående inspektionsarbetet.

SFAMs styrelse fick ett skriftligt besked från våra nationella samordnare att de inte längre ville vara nationella SPUR-samordnare bl.a. med anledning av svårigheterna att kommunicera med IPULS. Styrelsen tog beslutet att inte tillsätta nya nationella samordnare förrän det utkrystalliserat sig hur IPULS ska organisera SPUR-arbetet.

Det är svårt att säga vad det kommer att bli av SPUR. Kanske blir den nya metodiken det utmärkta värderingsverktyg som vi behöver för att ha transparens och trygghet i utbildningsmiljöer, kanske blir det en ytlig förkortad variant som passar sjukvårdhuvudmännen bra? Vi kan bara spekulera, och SFAM hoppas verkligen att IPULS lyckas i arbetet med att utveckla en bra produkt i samarbete med professionen. Det har inte startat så övertygande, och det har höjts röster från

Fakta

Fakta

SLS Svenska Läkaresällskapet
SLF Sveriges Läkarförbund
SKL Sveriges kommuner och landsting
SPUR Specialistutbildningsrådet
IPULS Institutet för professionell utbildning av läkare i Sverige

flera specialitetsföreningar att ordna sina egna inspektioner.

Vi behöver bra och effektiva sätt att säkerställa utbildningsmiljön för våra yngre kollegor och för våra handledare i verksamheterna, det är ett kvarstående faktum.



Eva Jaktlund
Vice ordförande
eva.jaktlund@sfam.se

Smärta vid kronisk tennisarmbåge minskar av träning

» Resultatet är att graderad träning är överlägset den tidigare rekommendationen att vänta och se «

Autoreferat

Avhandlingen visade att en långvarig mjukdelsrelaterad smärta som kronisk tennisarmbåge inte bör behandlas med vila utan med graderad träning specifikt för den smärtande vävnaden. I avhandlingen användes även positron emissions tomografi (PET) för att visualisera fysiologiska processer associerade till smärtan vid kronisk tennisarmbåge. Avhandlingsarbetet genomfördes vid Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap, Enheten för Allmänmedicin vid Uppsala Universitet med professor Kurt Svärdsudd som huvudhandledare. Opponent vid disputationen 2011-11-25 var professor Harald Breivik, Oslo Universitet.



Magnus Peterson

Kronisk smärta är ett stort problem med avsevärda samhällsekonomiska kostnader och stort lidande för den enskilda individen. Den vanligaste typen av smärta är relaterad till rörelseapparaten och detta är en av de vanligaste orsakerna till konsultation i primärvården. Smärta från rörelseapparaten mjukdelar, det vill säga muskler, senor och ligament, saknar i stor utsträckning objektiva metoder för diagnostik och effektiva behandlingsmetoder riktade mot bakomliggande patofysiologiska mekanismer.

Tennisarmbåge är ett vanligt exempel på mjukdelsrelaterad smärta. Traditionellt har man betraktat detta som ett inflammatoriskt tillstånd, så kallat epikondylit (eller tendinit), oavsett om smärtan är i akut eller kroniskt skede (definierat som smärta mer än tre månader). Analys av

vävnadsprover har dock visat att den inflammation som uppstår i akuta skedet saknas i det kroniska skedet. Följaktligen borde både diagnos och behandling vara annorlunda i detta, kroniska, skede. En utveckling av bilddiagnostiska metoder för mjukdelsrelaterad smärta vore av stort värde, både för att kartlägga patofysiologiska mekanismer och för att förbättra möjligheterna till diagnostik.

I **avhandlingen** undersöktes vilka behandlingsmetoder som idag används av läkare och sjukgymnaster i primärvården vid behandling av kronisk tennisarmbåge. Läkare och sjukgymnaster använde en del behandlingar i liknande utsträckning

men skilde sig markant åt beträffande användningen av träning som behandling för kronisk tennisarmbåge. Läkarna använde i hög utsträckning läkemedel riktade mot inflammatorisk smärta vilket kan ifrågasättas i det kroniska skedet.

I avhandlingen undersöktes också effekten av graderad träning (träning med successivt ökande belastning) enligt ett enkelt hemträningsprotokoll samt effekten av olika typer av graderad träning. Resultatet är att graderad träning är överlägset den tidigare rekommendationen att vänta och se. Både excentrisk träning (träning där man sänker en vikt och muskeln förlängs) och koncentrisk träning (träning där man lyfter en vikt och muskeln förkortas) minskar smärtan vid kronisk tennisarmbåge, men den excentriska träningen ger snabbare effekt.

Slutligen undersöktes det perifera nervsystemets eventuella engagemang i den smärtande vävnaden vid kronisk tennisarmbåge med en bilddiagnostisk metod, positron emissions tomografi (PET). Undersökningen visade en ökad biotillgänglighet av substans P-receptorn neuropeptid Y (NPY) i de smärtande armarna jämfört med friska armar. Detta talar för att signalsystemet substans P-NPY är engagerat i den perifera, smärtande vävnaden vid kronisk tennisarmbåge och den ökade biotillgängligheten av NPY-receptorer kunde avbildas med PET.

Magnus Peterson

Smärtscentrum, Uppsala Akademiska sjukhus
magnus.peterson@pubcare.uu.se



Träningsmetod

Fyll en 5-liters plastdunk med 1-2 liter vatten (1 liter för kvinnor, 2 liter för män).

Håll dunken som på bilden med den smärtande armen. Underarmen skall ha stöd mot armstödet på en stol eller mot en bordsskiva. Handleden skall vara fri, axel och överarm avspända.

Sänk dunken långsamt (cirka 5 sekunder), endast **med hjälp av handleden**, från det högsta möjliga läget ner till lägsta möjliga. Lyft dunken snabbt (cirka 1 sekund) till startläget igen. Hjälp gärna till med andra, smärtfria, armen på vägen upp. Vila 30-60 sekunder efter att du sänkt dunken 15 gånger. Upprepa hela denna procedur ytterligare två gånger (dvs. sänk dunken **15 gånger i tre omgångar, 45 gånger totalt**).

Gör denna träning **en gång per dag**, vid ungefär samma tidpunkt **under tre månader**. **Öka vikten en gång per vecka** genom att fylla på en deciliter vatten (dvs. slutvolym blir 2,2 liter för kvinnor och 3,2 liter för män).

Lätt träningsvärk är naturligt och ett tecken på att träningen har effekt. Träningsvärken bör lätta till nästa dygn. Om inte, kan startvikten minskas med 2-5 deciliter.

Allmänläkare på smärtcentrum

Karin Lindhagen ställer frågor via e-post till nydisputerade Magnus Peterson, specialist i allmänmedicin, verksam vid Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset. Magnus disputerade på en avhandling om epikondylit hösten 2011. Se referat på föregående sidor.

Karin frågar: Hur började ditt intresse för smärttillstånd?

– Genom flitigt amatörmusicerande hade jag mött många med besvär från senor och muskelfästen som tycktes ha svårt att få hjälp. En aura av mystik verkade omge detta. När jag sedan började mitt jobb på vårdcentralen, mötte jag just sådana patienter, fast de lika gärna kunde vara elektriker eller städare eller ha något annat arbete med repetitiv belastning. I böckerna angav man NSAID eller cortisonsprutor som behandling, oavsett om besvären var i akut eller kroniskt skede. Det tyckte jag verkade konstigt då många av de med långdragna besvär redan ätit NSAID i många och långa kurer utan att få mer än tillfällig lindring. Jag blev nyfiken på att lära mig mer om smärta och det ledde så småningom in i forskningsprojektet som blev en avhandling.

Vad fick sjukhuset att välja att anställa allmänläkare på Smärtcentrum?

– Jag tror man uppskattar den breda kompetensen – att man som allmänläkare inte tvekar att ta sig an såväl somatiska som psykiska åkommor, och att man kan växla mellan olika typer och lokaliseringar av dessa problem. Det som annars skulle kräva flera olika organspecialister kan då hanteras av en och samma läkare

Vad fick dig att välja det jobbet?

– Smärta är ett spännande område med många olösta frågor kring både mekanismer och behandling. Jag har också velat förstå mer om de patienter som jag inte lyckades med i min behandling på vårdcentralen – de multi-kverulerande som jag ofta upplevde som en prövning och där min tid och kompetens inte tycktes räcka till.

På smärtenheten har jag haft möjlighet att jobba i multidisciplinära team. Det tycker jag har gett mig ökad förståelse för de olika aspekter, inte minst psykiska och psykosociala, som kan finnas bakom presentationen av en (eller flera) somatiska krämpor.

Hur får du användning av din allmänmedicinska specialistkompetens på Smärtcentrum?

– När jag började på smärtenheten var jag osäker över vad jag skulle kunna bidra med utöver de, ofta ganska omfattande, specialistutredningar som redan genomförts, men jag upplever allmänläkarens holistiska synsätt som en oerhörd styrka. Att efter noggrann medicinsk utredning ändå kunna ha människan, och inte sjukdomen i fokus. Till hösten ger vi också en kurs i smärtrehabilitering som är öppen för alla yrkesgrupper i primärvården. Där står jag för det allmänmedicinska perspektivet på smärtrehabiliteringen.

Magnus Peterson
magnus.peterson@pubcare.uu.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Kongresser

WONCA

Den europeiska kongressen 2012 äger rum i Wien 4-7 juli. Temat är "The Art and Science of General Practise".
www.woncaeurope2012.org

Den 20:e världskonferensen har temat "Family Medicine – Care for Generations" och äger rum i Prag 25-26 juni 2013.
www.wonca2013.com

Nordisk allmänmedicinsk kongress

Nästa nordiska kongress är i Tampere, Finland den 21-24 augusti 2013 på temat "Promoting partnership with our patients – a challenge and a chance for primary care". <http://nordicgp2013.fi>

Därefter tar Sverige genom Göteborg över stafettpippen. Arbetet är redan i full gång.
Datum är spikade till den 15-18 juni 2015. Information kommer. www.sfam.se

Svensk allmänmedicinsk kongress

Den svenska kongressen 2013 äger rum i Stockholm 15-17 maj. Mer information kommer. www.sfamstockholm.se



Notiser

Uppror i Dalarna

Stämningen bland allmänläkarna i Dalarnas Landsting har känts tung i många år. Vi är ca 100 allmänläkare omräknat i heltidstjänster. Om vi ska vara en läkare per 1500 invånare så fattas det 85 läkare. När vi läste om uppropet i Örebro och i Värmland bestämde vi (SFAM:s styrelse och Dalarnas distriktsläkarförenings styrelse) att vi skulle träffas och diskutera situationen.

Vi skickade ut en enkät och 83 allmänläkare svarade. På frågan "Tror du att du är kvar på samma arbetsplats om 5 år?" svarade 34 % nej, 38 % osäker och endast 28 % ja (bild 1). Vi tittade sedan på våra åldrar och fann att 39 % av allmänmedicinerna i Dalarna går i pension inom 5 år (bild 2). Det är dryga siffror.

Två gånger om året ordnar vi i SFAM dubblade fortbildningsdagar för alla allmänläkare och ST-läkare i primärvården. Under höstens dagar tog vi upp frågan bland de 150 som var där och fick mandat att fortsätta jobba och få ihop ett dokument att ta till ledningen. Vi tittade på både Örebro och Värmlands dokument och skrev sedan ihop ett eget för våra förhållanden. 156 kollegor, både specialister och ST-läkare, skrev under.

Dokumentet lämnades över till landstingsledning och politiker. Vi kallade till presskonferens, vi har varit i lokalradion två gånger, i lokal-TV en gång och i stora artiklar i Dala-Demokraten och Falukuriren.

Tråkigt nog ville både radion och en av tidningarna göra det till en strid mellan oss och hyrläkarna som vi inte nämnt ett ord om i uppropet. Vi vill få en dialog med ledningen om vår situation.

Jag har skickat brev till alla kollegor och bett dem att komma in med praktiska idéer om vad som kan göra att läkare orkar stanna kvar och hur vi ska få unga läkare att vilja bli allmänmedicinare här i Dalarna.

Detta har hänt:

– Sjukvårdsledningen hade ett långt och, vad jag har hört, ett bra möte med alla vårdcentralscheferna.

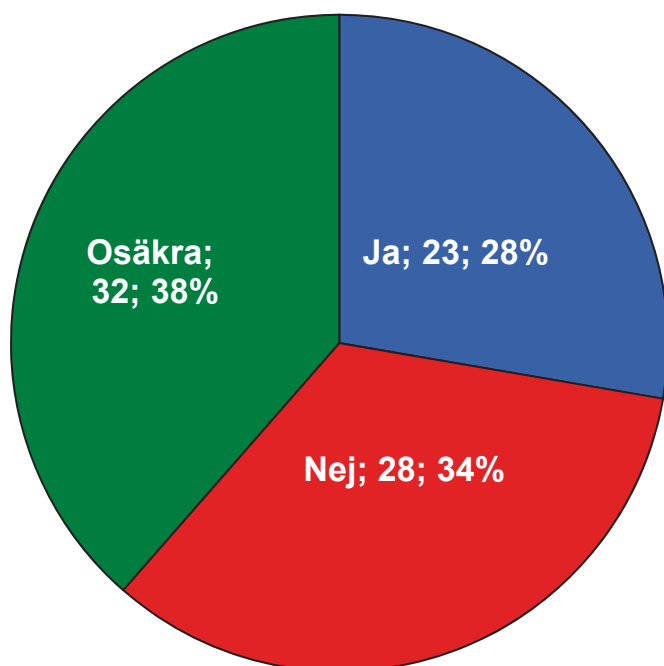
– Styrelserna för SFAM och DLF styrelserna har fått ett brev från landstingsstyrelsens ordförande Ingall Persson. Hon har gett ett uppdrag till hälso- och sjukvårdens förvaltningschef att "på ett heltäckande sätt och med bred förankring genomföra ett utvecklingsarbete som ska utmynna i en strategisk och konkret handlingsplan för att uppnå en tillfredställande och stabil läkarbemanningsituation inom Dalarnas primärvård." Handlingsplanen ska vara klar nov 2012. Uppdraget ska genomföras i samspel med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, berörda verksamhetschefer och berörda yrkesföreningar.

– Vi i SFAM:s och DLF:s styrelser har bett om ett möte med Karin Stikå, hälso- och sjukvårdens förvaltningschef före vårens distriktsläkardagar, men vi har ännu (5 april) inte fått svar. Karin Stikå kommer till våra Distriktsläkardagar den 17 och 19 april.

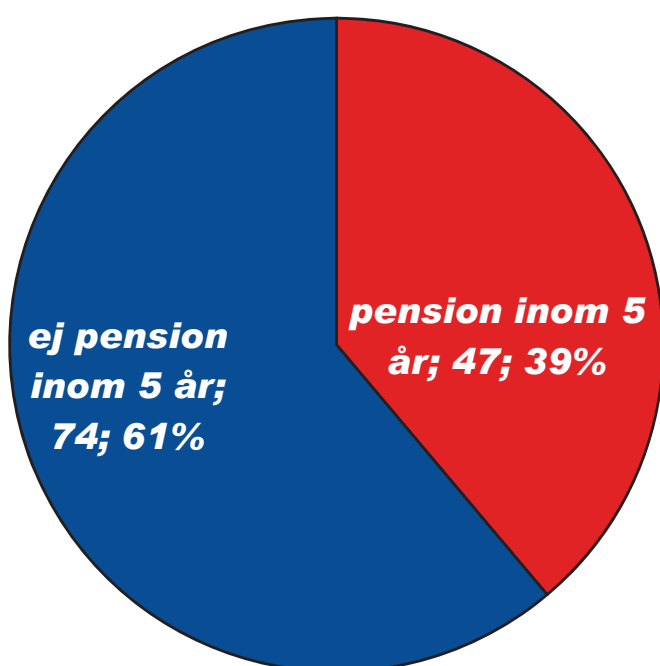
Gunilla Johnston

Distriktsläkare i Gagnef, studierektor
gunilla.johnston@ltdalarna.se

På frågan om de tror att de är kvar på samma arbetsplats om 5 år svarade 83 Allmänläkare i Dalarna okt 2011:



Antal allmänmedicinare i Dalarna som går i pension inom 5 år



Till Dalarnas landstingspolitiker och landstingsledning

För en starkare primärvård – dags för förändring!

Vi behöver bli fler!

Dalarnas primärvård är i en svår situation. Uppdraget växer men läkarantalet minskar. Det behövs idag ytterligare 85 allmänläkare, samtidigt som en enkät gjord hösten 2011 bland Dalarnas allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin visar att endast 23 av 83 specialister och 13 av 23 ST-läkare tror att de är kvar på sin arbetsplats om 5 år.

Landstinget Dalarnas ekonomi är hårt pressad men det finns starkt vetenskapligt stöd för att en fungerande primärvård är kostnadseffektiv och sänker de totala sjukvårdskostnaderna. För att slutenvården ska fungera måste också primärvården fungera i hela Dalarna.

Det behövs en snar förändring som skapar förutsättningar för utveckling av primärvården. Vi måste kunna behålla nuvarande läkare och rekrytera nya. Vi behöver bli fler!

Därför har vi, läkare inom Dalarnas primärvård, formulerat följande krav på åtgärder för förändring:

1. Det allmänmedicinska uppdraget: bemanning och rekrytering
Landstinget ska prioritera läkarbemanningen och stå fast vid målet en allmänläkare per 1 500 invånare. Vi behöver bli fler!

2. Organisation och ledning

Primärvården ska ha en egen förvaltning och en ledning med primärvårdserfarenhet och med vision och mandat att utveckla primärvården i Dalarna.

3. Kvalitet, fortbildning och handledning

Kvalitet och fortbildning inom primärvården måste få högre prioritet. Det krävs ökade resurser och en starkare samordning.

1. Det allmänmedicinska uppdraget: bemanning och rekrytering

Patientperspektivet: *När jag behöver ska jag kunna få kontakt med vårdcentralen och träffa någon som kan hjälpa mig med mitt problem. Jag känner mig trygg med den läkare som jag lärt känna och läkaren kan på ett säkert sätt hjälpa mig med de flesta problem och lotsa mig vidare i vården om jag behöver det. Jag vill kunna få hjälp även då jag inte har så stark röst och inte bara när jag har överhängande problem.*

Allmänmedicin är att bedöma, diagnostisera, behandla och ibland remittera vidare till slutenvården alla vanligt förekommande hälsoproblem. Allmänläkarens uppgifter innefattar att bedöma och handlägga allmänna symptom och oklara sjukdomsbilder, såväl somatiska/kroppsliga som psykiatriska/själlsliga. Allmänläkaren har ansvar för förebyggande och rehabi-

literande sjukvård, missbruksvård, BVC, MVC och ungdomsmottagning, myndighetsuppdrag inklusive intygsskrivande, vård vid särskilda boenden, vid vård- och omsorgsboenden samt ansvar för äldreomsorg i hemmet. Det är av yttersta vikt att landstingsledningen vidtar åtgärder för att säkerställa en primärvård där kontinuitet ska vara nyckelordet, det vill säga fullt bemannade vårdcentraler, och där läkarna ska vara fast anställda specialister i allmänmedicin. Allmänmedicin är den överlägset bredaste specialiteten och vi som är allmänmedicinare tycker det är oerhört stimulerande och roligt men vi är för få!

Antalet läkare i Dalarnas primärvård minskar snabbt. Det finns idag drygt 100 allmänläkare (omräknat till heltid) i landstinget, privata vårdcentraler inräknat, och invånarantalet uppgår till 277 000. För att nå 1 500 invånare/läkare krävs det cirka 185 heltidsarbetande läkare i länet. **Det innebär att det saknas 85 allmänläkare!** En enkät gjord hösten 2011 bland Dalarnas allmänläkare visar dessutom att endast 23 av 83 specialister tror att de är kvar på sin arbetsplats om 5 år (bild 1). Medelåldern är hög, drygt 70 procent är födda på 1940- eller 1950-talet. Cirka 35 allmänläkare kommer därmed att gå i pension inom 5 år (bild 2).

Vi har 75 ST-läkare för närvarande, vilket teoretiskt kan ge 15 färdiga specialister per år förutsatt att ST tar 5 år och att alla stannar. Tyvärr hoppar många av sin ST-tjänst, och en del flyttar från länet efter färdig ST. ST-läkarna är primärvårdens framtid! Det är oerhört viktigt att de får en bra ST-tid, med rimlig arbetsbörda, bra handledning, utbildning och arbetsmiljö. Oroande är att bland ST-läkare i allmänmedicin i länet finns stor tveksamhet att fortsätta inom primärvården på grund av arbetsbelastningen till följd av bristen på allmänläkare (bild 3).

Det är tydligt från den nationella patientenkäten att de vårdcentraler som har högt förtroende är de som har en god läkarbemanning. 1 500 personer per heltids distriktsläkare var det måltal som regeringens nationella handlingsplan från år 2000 utgick ifrån och som skulle vara uppfyllt år 2008 (Socialstyrelsens rapport "Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldreomsorg och psykiatri", februari 2008). Landstinget Dalarna har långt ifrån uppnått det målet.

2. Organisation och ledning

Patientperspektivet: *Vårdens organisation ska vara sådan att den skapar bästa möjliga förutsättningar för mötet mellan mig som patient och min läkare och annan personal på min vårdcentral.*

Det är viktigt med en optimal ledningsstruktur. Idag finns otydlighet hur frågor bereds och vilka beslut som tas var. Primärvården ska ha en egen förvaltning med en ledning med primärvårdserfarenhet som har mandat att driva och utveckla primärvården i Dalarna. Varje vårdcentral ska ha en egen verksamhetschef.

3. Kvalitet, fortbildning och handledning

Patientperspektivet: När jag söker vård förväntar jag mig att min läkare och sjuksköterska är uppdaterade vad gäller den senaste kunskapen om det hälsoproblem jag söker för. Jag utgår ifrån att min läkare utifrån detta tillsammans med den unika kunskap hon/han har om min livssituation väljer den bästa behandlingen för mig. Jag förutsätter att vårdcentralen bedriver fortlöpande utvärdering av kvalitén på sitt arbete.

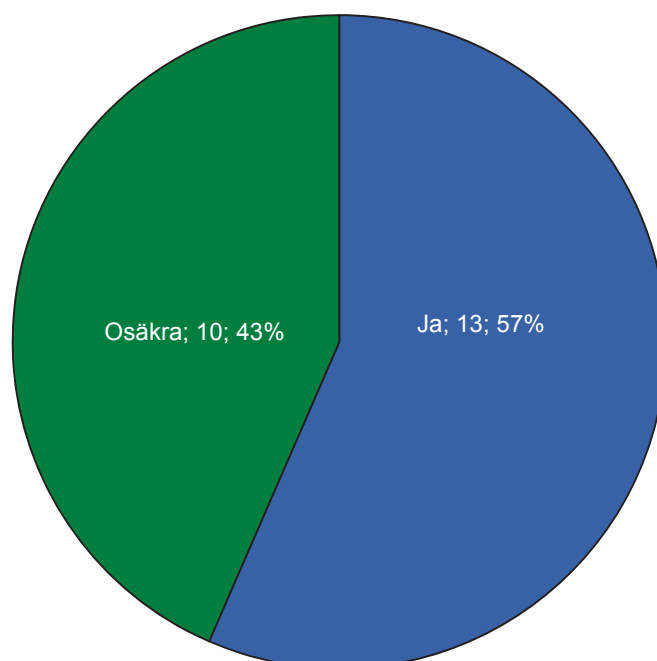
Om vi ska kunna behålla de allmänläkare vi har, och locka nya, måste Dalarnas landsting förbättra villkoren för läkarna inom dessa områden. Sjukvårdens kvalitet avgörs till stor del av personalens kompetens. För ST-läkare finns idag tydliga målbeskrivningar. Men för färdiga allmänläkare saknas fortbildningsmål. Fortbildning behövs inte bara för medicinska kunskaper utan även för ledarskap, vetenskapsmetodik och etik. Fortbildning i primärvården minskar utnyttjandet av specialiserad vård och ger därmed minskade kostnader för hela landstinget. Trots att allmänmedicin är det bredaste kompetensområdet visar undersökningar att allmänmedicinare har mindre möjligheter till fortbildning jämfört med andra specialistläkare. I Dalarnas landsting bör kompetensutveckling vara obligatorisk och det bör tillsättas en fortbildningssamordnare inom primärvården som kan driva detta! Fortbildning och kvalitetsutveckling ska vara en integrerad del av arbetet. Arbetsgivaren bör prioritera detta vilket skulle ge en bättre arbetsmiljö och patientsäkerhet samt göra vården mer kostnadseffektiv.

Allmänläkarna handleder idag alla AT-läkare, egna ST-läkare, läkarstudenter från Uppsala och kommer nu även att få läkarstudenter från Örebro. Detta är en mycket viktig del av vårt arbete men det är ett stort åtagande för en underbemannad primärvård.

Nu måste det bli en förändring!

Landstinget Dalarna behöver tydligt och uthålligt prioritera läkarbemanningen om vi ska kunna ha en fungerande primärvård i framtiden. Det innebär att stå fast vid målet om en

På frågan om de tror att de är kvar på samma arbetsplats om 5 år svarade 23 ST läkare i Allmänmedicin i Dalarna okt 2011



allmänläkare per 1 500 invånare. Detta mål från regeringens nationella handlingsplan står både SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) och Läkarförbundet bakom. Det innebär att villkoren för arbete, utbildning och fortbildning måste förbättras dels för att kunna utföra uppdraget med hög kvalitet men även för att kunna behålla och kunna locka hit fler läkare. Det innebär att satsa på tillräckligt många ST-tjänster inom allmänmedicin. ST-tiden ska innebära god arbetsmiljö, god handledning och goda utbildningsmöjligheter. Aktiv och alert rekrytering av läkare behövs.

Man bör från ledningens sida agera **omgående** för att inte problemen ska bli ännu större.

En glimt från konsultationskurs i Älvkarleö

Under fyra dagar hösten 2011 hölls en konsultationskurs på 3 + 1 dag på Älvkarleö herrgård, lottornas kursgård. Deltagarna var 16 ST-läkare i allmänmedicin från Gävleborgs och Dalarnas landsting samt två blivande sjukhusspecialister, en ortoped och en gynekolog. Kursledare var Conny Svensson, Charlotte Hedberg och Airene Lindfors, som regelbundet håller konsultationskurser för ST-läkare i allmänmedicin, huvudsakligen i Stockholm. Kursens innehåll och utformning påminner mycket om de så kallade Kalymnoskurserna, där Charlotte Hedberg regelbundet deltar som kursledare. Vi arbetar i grupper med videoinspelningar och supervision av detta. Mellan dag 3 och 4 får deltagarna arbeta på hemmaplan med konsultationen samt spela in en video, ett eget patientmöte. De har också i uppgift att referera en artikel. Jag vill här delge AllmänMedicins läsare ett referat från en av kursdeltagarna, som en glimt ur vårt arbete.

Airene Lindfors

Specialist i allmänmedicin, Stockholm
airene-lindfors@tele2.se



Kursdeltagarna på Älvkarleö herrgård.

Referat av artikeln

"Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: Cohort study"

Den här artikeln handlar om en studie som gjordes på polikliniska patienter vid en invärtesmedicinsk avdelning på ett universitetssjukhus i Basel, Schweiz [1]. Man lät patienter prata spontant utan avbrott vid ett läkarbesök. Genomsnittlig tid tills patienten pratat klart och berättat om sina besvär var cirka 92 sekunder. Denna tid för spontant berättande varierade beroende på ålder. Ju äldre patienter var, desto längre var tiden för spontant tal. Det tar cirka två minuter att lyssna på patientens besvär i verkligheten. Således har läkare inte någon stor risk att "översvämmas" av patientens talflöde!

När jag läste den här artikeln blev jag förvånad. Jag har alltid trott att patienter pratar och klagar under längre tid. Speciellt en viss kategori av patienter med fibromyalgi, depressioner, äldre patienter som kommer med sina långa listor över 10-20 besvär. Där bokas en timmes läkarbesök som knappt räcker ibland.

Under den här månaden efter kursens första del försökte jag att lyssna klart utan avbrott tills patienten berättat om alla sina besvär. Hos vissa patienter som kom på akuttid tog det enbart 30 sekunder – en minut, hos årliga återbesökspatienter cirka en minut, hos fibromyalgi-, ångest-, sjukskrivningspatienter tog det som längst tio minuter. Så genomsnittligt spontant tal tar i verkligheten cirka två minuter!

Referens

1. Langewitz, W. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ. 2002; 325(7366): 682-683

Jag blev positivt överraskad. Den långa en timmas besökstid berodde inte på att patienten pratade hela tiden. Det berodde på att patienten hade flera farhågor och funderingar och ville få svar på det. När jag började samtala med patienten enligt den konsultationsteknik som vi fick lära oss i Älvkarleby blev det lättare i mitt arbete. Jag fick veta tidigt vad patienten vill ha och vilka farhågor och funderingar jag borde reflektera över. Ibland krävdes så lite att säga och göra åt patienterna. De ville bara känna sig tryggare och få svar på sina frågor. Man kände att patienter blev nöjda efter läkarbesök och det värmdes hjärtat.

Nu går det lättare med läkarbesöken och vissa patienter känns inte så jobbiga som tidigare.

Jag hoppas att jag fortsätter att använda denna samtalsteknik hela tiden. Ibland går det lätt att använda tekniken på ett perfekt sätt, ibland känns mindre lämpligt. Hoppas att konsultationstekniken fastnar i mitt huvud för alltid!



Bermet Moren

ST- läkare
Strömsbro Hälsocentral, Gävle

NFGP – Nordic Federation of General Practice aps



Som alldeles nybakad SFAM-ordförande har jag varit på mitt första möte med NFGP, den 12-14 april i Köpenhamn.

NFGP är ett samarbetsorgan mellan de nordiska allmänmedicinska föreningarna och bildades 2004 som ett anparts-selskap, vilket närmast motsvarar ett svenskt privat aktiebolag. Syftet var att föra samman organisationen för Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) med organisationen för de nordiska allmänmedicinska kongresserna.

NFGPs första president var Anna Stavdal, Norge som 2011 efterträddes av Gisle Roksund, också han från Norge. Styrelsen i övrigt består av ordförandena för de nordiska allmänmedicinska föreningarna. Till NFGP hör också ett sekretariat i Köpenhamn med kanslichef och sekreterare. Kansliet delas med DSAM, vår danskas systerförening.

För den som vill läsa mer finns mycket material på den nya hemsidan på www.nfgp.org.

NFGPs styrelse har varje vår möte i Köpenhamn, ett möte som också kombineras med möten för redaktionen för SJPHC och för kongresskommittén för de nordiska kongresserna. Delar av mötet är gemensamma för hela gruppen. Mötet avslutas med årsmöte.

På årets möte var följande frågor i fokus:

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Tidningen har hög ranking och refereras ofta till. Inflödet av artiklar ökar och håller god kvalitet. Pappersupplagan sjunker dock för SJPHC liksom för andra tidskrifter och till nästa års möte ska tas fram underlag för en eventuell övergång till en ren elektronisk tidskrift.

Nordiska kongressen

Nästa nordiska kongress är i Tampere, Finland den 21-24 augusti 2013 på temat "Promoting partnership with our patients – a challenge and a chance for primary care". Läs mer på kongressens hemsida <http://nordicgp2013.fi/index.php>.

Därefter tar Sverige genom Göteborg över stafettpinnen och arbetet är redan i full gång. Datum är spikade till den 15-18 juni 2015.

Hemsidan

NFGPs nya hemsida är ett stort lyft. Från hemsidan finns länkar till aktuell nordisk kongress, till tidskriften samt till de nationella föreningarnas hemsidor. Sekretariatet tar tacksamt emot material som kan vara av intresse för hela den nordiska allmänläkarkåren.

Rapporter från respektive land

Man kan konstatera att trots olikheterna i våra respektive länder är stora problemområden lika. Dessa inkluderar den ökade mängden dokumentation/ registreringar, ökade krav/önskemål om primärprevention in absurdum samt en ökad arbetsbörda på grund av en åldrande befolkning och ett allt bredare allmänmedicinskt uppdrag.

Mest notabelt är den planerade förändringen av det norska fastlegesystemet. Detta system som vi i Sverige avundsjukt tittat på och som är väldigt uppskattat av såväl politiker, allmänläkare som befolkningen riskerar att försämrats rejält. Bakgrunden är att man både från allmänläkare och politiker såg ett behov av översyn efter att systemet existerat i tio år. Enligt våra norska kolleger har processen varit väldigt sluten och allmänläkarna har haft väldigt lite inflytande. Detta resulterade i att det förslag som kom i december 2011 inte var förankrat i kåren och innehöll förslag om ett utökat uppdrag samt från ovan bestämda regleringar på ett sätt att man anar att Norge tittat på Sverige i stället för tvärtom. De norska allmänläkarna har protesterat kraftfullt, såväl i sitt remissvar som i ett upprop som på tre veckor fick 2600 underskrifter. Man väntar nu på ett slutgiltigt förslag för beslut senare i år och är mycket oroliga.

De nordiska vetenskapliga föreningarnas ordföranden och sekreterare träffas i september i Göteborg, inbjudna av de fackliga föreningarna, i år DLF, för fortsatta diskussioner i dessa och andra frågor. Det är stimulerande och viktigt att vi kan samverka kring de problem som är gemensamma för våra länder och att vi samverkar kring tidskrift och kongress för att hålla den nordiska allmänmedicinska fanan fortsatt högt.

Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Annons

Mellan det universella och partikulära – eller EBM vs personcentrerad vård

Elling Ulvestad, professor i mikrobiologi i Bergen höll på onsdagen, redan innan kongressen på allvar börjat, en mycket tankeväckande föreläsning på temat "Fra menneskets biologi til menneskets biologi". Tankegångarna som fördes fram var inget annat än ett totalt nytt perspektiv att se på vad människan är.



Till att börja med avhandlas Evidence Based Medicine (här-efter EBM) – där man ser på människor i sin grupp, och där individen lyser med sin frånvaro tack vare metodiken med randomiserade studier. Som ett alternativt synsätt presenteras personcentrerad vård (härefter förkortat PCC efter den engelska termen). Resten av föreläsningen ägnas åt argument för att PCC är vägen framåt – för att lösa medicinens fundamentala kris.

Och vad är då personen och människan som PCC handlar om? Ulvestad för fram tunga argument för att människan är en ständigt föränderlig organism, genom ontogenetisk påverkan av erfarenheter i sin miljö. Och i den miljön lever vi i tätt symbios med våra mikrober, som kanske har otroligt större påverkan på vår egen organism än vad vi trott tidigare. Han kallar oss rätt och slätt en superorganism där vårt eget genom förbleknar i jämförelse med våra mikrobers tusenfalt större antal gener.

Hastigt berörde han också påståendet "it takes guts to grow a brain" – med andra ord att det krävs en normal tarmflora för att nervsystemets skall utvecklas normalt.

Ett diagram som väckte många tankar hos mig själv var det som illustrerade den simultana nedgången av infektionssjukdomarna och den samtidiga ökningen av autoimmuna sjukdomar. Frågan lämnades i luften vad orsaksambanden var, och förmodligen lär vi inte få reda på ett säkert svar.

En annan tankeväckande bild som dröjde sig kvar i mitt minne var en teckning som beskriver paradigmskiftet där vi har sett synen på våra mikrober ändras från att vara källa till konflikt och sjukdom till att vara våra naturliga samarbetspartners. Var lämnar det mig som praktiserande läkare? Det jag tar med mig är tunga vetenskapliga argument för den häpnad och ödmjukhet jag varje dag känner inför mötet med de helt unika individer som jag möter på min mottagning. Kanske tänker jag till en extra gång innan jag skadar superorganismen framför mig med bredspektrumantibiotika utan goda skäl därför. Och nu har vi ännu tyngre argument för ett allmänmedicinskt förhållningssätt i stort och smått. "Still confused, but on a higher level" – som det oftast handlar om när man exponeras för nya tankar och perspektiv.



Staffan Olsson
Distriktsläkare
Brahehälsan Löberöd
staffan.olsson@ptj.se

Ulvestads powerpointbilder finns på SFAM Norrbottens hemsida: <http://sfamnorbotten.se/>



2012 års nydiplomerade examinander. Foto: Samuel Blomqvist.

Specialistexamen på Luleåkongressen

Det var 33 examinander som i år avslutade sin specialistexamen i allmänmedicin vid kongressen i Luleå. Kongressdeltagarna mötte examinanderna under torsdagen vid uppsatspresentationerna som hölls i fyra parallella sessioner. Själv hade jag många att bevaka, som handledare för några uppsatser från Uppsala och som examinator för flera examinander. Så jag fick växla mellan seminarierummen, och kunde se att alla var fullsatta, att presentationerna var välgjorda och höll sig inom tidsramen, och att de vetenskapliga bisittarna från SFAMs forskningsråd ledde diskussionerna på ett klokt och uppmuntrande sätt.

För examinanderna hade aktiviteterna börjat redan på onsdagen med examinandmöte och genomgång av det skriftliga provet. Examinanderna tyckte att fler borde göra examen, och de önskade mer information och marknadsföring till ST-läkare, handledare och studierektorer för att åstadkomma det.

Uppenbart är Mitt-i-ST en sporre att fortsätta till examen. 80 % hade även gjort Mitt-i-ST i någon form. De allra flesta uppfattade praktikdagen som det mest värdefulla momentet – *"häftigt att bli granskad av någon man inte känner"*. Att alla numera skriver en uppsats inom ST innebär att detta inte längre är något hinder. Beträffande portföljen fanns en del synpunkter om förenklingar. Beträffande skriftliga provet fanns delade meningar men majoriteten tyckte att provet var intressant och adekvat utformat. SFAMs kompetensvärderingsråd, som ar-

rangerar examen, gläds särskilt åt att samtliga 31 examinander som deltog i mötet svarade ja på frågan om de kunde tänka sig att i framtiden bli examinatore. Återväxten synes god.

Under torsdagens bankett firades så examinanderna traditionsenligt med utdelande av diplom och blommor från SFAM, present från DLF, applåder och jubel. Scenen var denna gång för liten för att rymma hela skaran, men spontant uppstod en större individuell variation än vanligt i uttryck för glädje och stolthet vid mottagande av diplom, och det bidrog till en lätt, lite uppsluppen stämning under ceremonin.

Att välja "Årets uppsats" var ännu svårare än vanligt. Det var mer än ett dussin som blivit nominerade av sina examinatore. Flera av dem kunde varit värda priset, som består av diplom, blomma och ära. Det blev Sara Holzapfel som fick priset för sin studie *"God sinuitbehandling på Mölndals vårdcentral!?"*, ett exempel på lokal uppföljning typ "gräv där du står", av lagom omfattning, och därmed även ett prov på konsten att avgränsa sig. Hedersomnämmande tilldelades Staffan Ahlqvist för hans litteraturstudie om patientcentrering, ett aktuellt tema som är viktigt att evidensbasera. Allmänt fortsätter tendensen att uppsatserna blir bättre och bättre, vilket väl åtminstone till en del beror på bättre förutsättningar genom metodkurser och bra uppsatshandledning, ofta knutet till en allmänmedicinsk institution eller FoU-enhet. Sammanfattningar av alla uppsatserna finns på SFAMs hemsida.

Examinander

Staffan Ahlkvist
Susanne Barenius
Maria Brännholm Syrjälä
Anna Cederlund
Christian Donnerstag
Martin Eckhardt
Cecilia Eich
Julia Eisenberg
Alva Enander
Jessica Freudenthal
Faris Ghazal
Ulrika Grahn
Jens Halldin
Louise Hamark
Linus Hammar
Jesper Hegestam
Anna Holst

Sara Holzapfel
Björn Hopstadius
Anders Kjellberg
Signe Lansky
Sofia Lavén
Pauline Lindblom
Maja Ohlén
Rafael Perez Manzano
Hendrik Pikkemaat
Miriam Pikkemaat
Karin Rådholm
Karin Salomonsson Wohlin
Anne Sauer
Viktor Skobe
Magnus Sterner
Pia Söderberg



Examinatorerna samlade till möte.

Pris till "Årets handledare" tilldelades Monica Christiansson, som handlett Susanne Barenius vid mottagningen Sjöstaden i Stockholm, och Mikael Olsson, som handlett Anne Bauer vid vårdcentralen i Smålands Stenar. Båda hade fått välformulerade motiveringar av sina adepter, som verkade nästan lika lyckliga som sina handledare för priset.

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Fakta

Information om specialistexamen finns på SFAMs hemsida www.sfam.se under meny *Utbildning och fortbildning*. Examen innehåller fyra moment: portfölj, skriftligt prov, uppsats, praktikdag. De genomförs vanligen under ett drygt halvår, men kan också fördelas på två år. Anmälan till nästa års examen görs senast 29 augusti 2012 via hemsidan.

Notiser

Specialistexamen 2013

Anmälan till specialistexamen ska göras senast 29 augusti 2012. Avslutning sker på kongressen i Stockholm 15-17 maj 2013. Information och anmälningsblankett finns på www.sfam.se.

Kompetensvärdering

Utvecklingsseminarium

Två dagars utvecklingsseminarium om kompetensvärdering med fokus på recertifiering
Augusti, v 34 eller 35. Plats ej klar. Anmäl intresse till polarull.svartholm@telia.com

Kurs i kompetensvärdering ("v3-kurs")

22-24.10 Göteborg (preliminärt)
14-16.1 2013 Plats ej bestämd

SFAM, Kompetensvärderingsrådet ulf@mawe.se

Levnadsvanor och screening i Luleå

Levnadsvanerådet

På levnadsvanerådets möte gick diskussionens vågor höga. Diskussionsledare var Lars Jerdén, ordförande i SFAMs levnadsvaneråd och ansvarig för projektet "Läkares samtal om levnadsvanor", som drivs i samarbete mellan Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet. Maria Weiland är SFAMs kontaktperson i projektet.

Det framfördes att frågan måste gå från att vara verbalt viktig till att vara viktig på djupet. Då först kan levnadsvanorna komma att gå före t.ex. finjustering av HbA1c. Någon frågade sig om arbete med levnadsvanor känns mer hotfullt mot läkaridentiteten än att ta till sig andra behandlingsmetoder.

Kontinuitet och konsultationskunskap framhölls ha stor betydelse för att lära känna och kunna påverka patientens levnadsvanor. Åsikter framfördes om att både Socialstyrelsens riktlinjer och landstingens styrmedel i själva verket utgör hinder för bra arbete med levnadsvanor. Man kan heller inte använda effekter på populationsnivå när man sitter med en individuell patient framför sig.

Bristande resurser är ett annat hinder, och journalregistrering tar mycket tid. Vi måste ner till 1 500 listade per heltidsläkare för att kunna göra ett gott arbete.

Därefter diskuterades vad som ska mätas och hur. Om vi inte mäter så måste vi hitta andra metoder att visa hur vi arbetar med levnadsvanor. Det är viktigt att vi själva tar fram förslag. Rådet vill lyfta fram dels strukturellt som kontinuitet och kompetens, dels processuellt, dvs. åtgärder. När det gäller

Folkhälsan är ett mål för samhället.
Hälsan är en resurs för den enskilde i livet.

Nationella folkhälsogrupperns rapport nr 9/1991

resultatmätt kan man utnyttja befintliga patientenkäter och helt enkelt lägga till några frågor. Nationella diabetesregistret innehåller också resultatmätt.

Maria Weiland poängterade vikten av att arbeta regions- eller landstingsvis bland annat för att påverka ersättningarna. Samordning och finansiering är viktiga faktorer. En regional stödfunktion skulle behövas och nätverk byggas upp. SFAM borde ha ett par lobbyister i varje region/landsting. Kanske går det också att haka på det som verkar vara en trend med EBM-arbete på betald arbetstid? Vad Maria kan göra är bland annat att ta fram intresserade personer i varje region/landsting och kanske en föreläsarlista.

Visst vill patienterna diskutera sina levnadsvanor!

Ulrika Grahn, ST-läkare från Eslöv, presenterade sin uppsats om patienters erfarenheter av och inställning till diskussion kring livsstil. 204 patienter vid två vårdcentraler svarade på en enkät. Endast tre procent ville inte diskutera levnadsvanor. 76 procent önskade en kombination av läkemedel och livsstilsrådgivning, sju procent enbart läkemedel och tre procent enbart livsstilsrådgivning.

Preventionsbegrepp

Preventionsnivå	Innebörd	Målgrupp	Mål	Verktyg
Hälsofrämjande	Att skapa förutsättningar för goda val	Befolkning	Bidra till stödjande miljöer	Kunskapsförmedling
Primärprevention	Att uppmuntra goda val	Del av befolkning: friska och sjuka patienter	Stimulera och stödja goda val	Kunskapsförmedling "Det hälsofrämjande samtalet"
Sekundärprevention	Tidig upptäckt av ohälsa och sjukdom	Del av patientpopulationen: riskgrupper	Hitta somatisk och psykisk ohälsa	Kunskapsförmedling "Det hälsofrämjande samtalet" Undersökning, provtagning
Tertiärprevention	Lindra effekterna av sjukdom	Del av patientpopulationen: de som har sjukdomsdiagnoser	Lindra somatisk (och psykisk) ohälsa	Kunskapsförmedling "Det hälsofrämjande samtalet" Undersökning, behandling, kontroll

Denna modell grundar sig på de fyra nivåer som används inom folkhälsovetenskapen. Den ger större möjligheter att diskutera olika åtgärder och ansvarsområden än den modell som används inom den medicinska vetenskapen. Ur Eckerman I. *Det hälsofrämjande mötet: Primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. Folkhälsoenheten i Nacka 2004.*

Min kommentar: Ulrika verifierade tidigare studier att patienterna vill diskutera sin livsstil med läkaren. Ett patientcentrerat arbetssätt innefattar alltså samtal om livsstil och levnadsvanor.

Stafettpinne från Norge

Gisle Roksund, f.d. ordförande för Norsk forening for allmenmedisin, höll ett mycket intressant föredrag. Med hänvisning till Marmot Review påpekade han att de viktigaste faktorerna för folkhälsa handlar om ett bra samhälle – det är alltså en politisk fråga, vilket våra hälsomyndigheter tycks ha glömt bort.

Gisle refererade till ett antal studier som visar betydelsen av relationer. När det gäller mortalitet är starka relationer lika viktiga som att sluta röka. En människas avsaknad av relationer bör tas på lika stort allvar som andra riskfaktorer som påverkar mortaliteten. Det finns ett dos-responsförhållande mellan antal och typ av negativa barndomserfarenheter och antal sjukdomar i vuxenlivet.

Påfrestningar på telomererna är associerat med tidigt cell-åldrande och sjukdomsutveckling. Detta sker bland annat när man har tungt omsorgsansvar som man inte kan undvika, t.ex. barn eller dementa anhöriga. Epigenetiken visar att erfarenheter påverkar vilka gener som slås av och på. Det sociala arvet är inte bara socialt.

Kanske finns det en värdighetens fysiologi? En vanmaktens patofysiologi?

Vi lever nu i jakten på det riskfria samhället. Riskmedicinen har satt upp en hypotetisk nollvision. Jakten på diagnos pågår, och ju tidigare vi kan sätta den och ju fler vi hittar desto bättre. Det har gått inflation i diagnostik, gränsvärdena sänks hela tiden. Myndigheterna reagerar bara för falskt negativa fynd, inte för falskt positiva. Så det gäller att utreda och finna minsta maskinfel. Men det medför också att skulden läggs på patienten.

Begreppet prevention, förebyggande, har förlorat all praktisk mening när riskfaktorer i ökande grad likställs med sjukdom som ska behandlas. Det finns åtskilliga exempel på att läkemedelsföretag har finansierat studier som bidrar till justering av gränser för diagnos. Dessa ligger sedan till grund för behandling av allt fler individer som tidigare betraktades som friska.

I mötet med patienterna ska vi utöva läkekonst och använda de gyllene ögonblicken när vi vill förebygga. Vi får inte åstadkomma vanmakt eller skam, inte kränka eller stigmatisera utsatta patienter. Vi ska undvika polyfarmaci och ställa högre krav på dokumentation av långtidseffekter när vi ordinerar läkemedel till friska personer.

Även i Norge hotas allmänläkarna av orimliga detaljregleringar. Politikerna tror, felaktigt, att man kan sänka sjukvårdskostnaderna med effektiv prevention.

I diskussionen framhölls vikten av att allmänläkare engagerar sig i lokalt samhällsmedicinskt arbete. För detta krävs lobbyarbete. Vi har ett samhällsmedicinskt ansvar eftersom vi betalas med skattemedel. Dessutom har vi ett yrkes- och etiskt ansvar.

Genom att tänka "hälsofrämjande" i stället för "risk" undgår vi mycket av problemen. Det ligger nära det patientcentrerade.

Det framfördes också att vi inte borde lägga ett öre mer på sjukvården utan i stället på barn och ungdom.

Avslutningsvis konstaterade Gisle Roksund att vi behöver en "tänkande debatterande process" för att kristallisera ut viktiga grundvärden. Här skulle vi kunna samarbeta i Norden.

Organisationer för folkhälsa och välfärd

Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer
www.natverket-hfs.se

Svensk förening för folkhälsoarbete
www.folkhalsoarbete.se

Gemensam välfärd
<http://gemensamvalfard.se>

Folkhälsovetenskapliga institutioner

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
www.nhv.se

Statens folkhälsoinstitut
www.fhi.se

Screening – en fråga för allmänläkare

Medverkande i seminariet var Birgitta Hovellius, John Brodersen, Danmark, Måns Rosén, SBU, Lena Weilandt, Socialstyrelsen och Anders Hansson, FoU-enheten för primärvården i Fyrbodalen.

Lena Weilandt berättade att Socialstyrelsen står i begrepp att ta fram ett screeningprogram med en struktur som kan användas för olika faktorer. Det handlar om systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som har ohälsa eller som är i riskzonen för att utveckla ohälsa. Populationen ska vara definierad och processen för kallelse, provtagning, diagnostik och behandling ska vara definierad. Idag handlar det om livmoderhalscancer, bröstcancer, colorectal cancer och bukaortaaneurysm. Att fråga patienter på en mottagning om deras levnadsvanor anses inte ingå i screening.

Uppföljning är viktigt. Hälsoadataregister gör det möjligt att följa upp på befolkningsnivå. I dag finns kvalitetsregister för bröst- och livmodershalscancer.

John Brodersen väckte frågan "vad gör screening med de friska?" Morbiditeten, tiden med sjukdom, blir längre eftersom man hittar en cancer tidigare. Överdiagnostik och överbehandling är vanligt, liksom falskt negativa och falskt positiva undersökningsfynd.

Screening betyder sortering. Vill vi hitta alla sjuka skapar vi många falskt positiva. I annat fall får vi acceptera ett antal falskt negativa. Många tumörer ligger stilla i många år. Screening leder då till överdiagnostik. Dödligheten var högre i den grupp som screenades för ovarialcancer än i den som inte screenades. Screening av aortaaneurysm ledde till färre dödsfall, men till priset av uttalad överdiagnostik. Ska dessa män betraktas som friska eller sjuka?

Hans slutsats var att screening inte kan skilja mellan frisk och sjuk. Patologi fångad av screening är varken sjukdom eller prevalens av sjukdom.

Måns Rosén gick igenom WHO:s kriterier och betonade att nyttan ska överstiga riskerna.

Anders Hansson påpekade att det finns problem med screening av aortaaneurysm. Den totala dödligheten i den screenade gruppen tycks inte påverkas, och livskvalitet och psykologiska effekter är dåligt undersökta.

Anders har djupintervjuat 15 män efter det att de fått besked om aneurysm. Det fanns en ambivalens kring både kunskapen och behovet av livsstilsförändringar. Kunskapen om aneurysmet var anledning till mycken oro, och en del hade föredragit att inte veta. Copingstrategier som gick ut på att förneka och glömma tillståndet var vanliga. Generellt fann de intervjuade inte något egenvärde i ett långt liv.

Min kommentar: Med tanke på att expertgruppen (där endast kärlkirurger ingår) yttrat att "Aortaaneurysm ger oss nya tacksamma patienter" är det anmärkningsvärt att dessa patienter inte verkar speciellt tacksamma! Tänkvärt är också att en ny undersökning från Karolinska Institutet visar att personer som diagnostiserats med cancer löper en kraftigt ökad risk för självmord och död i hjärtkärlsjukdom direkt efter att de fått sjukdomsbeskedet. "Studieresultaten talar för att psykisk stress i samband med ett cancerbesked kan medföra omedelbara och allvarliga psykiska och fysiska hälsorisker" säger man i pressmeddelandet 2012-04-05.

Detta önskade jag att jag sagt i Luleå den 23 mars!

Min medverkan i flera diskussioner om screening de senaste åren har lärt mej att allmänläkare i princip måste delta i alla diskussioner inom hälso- och sjukvården! Bland annat därför behövs det många fler allmänläkare – i relation till organspecialister.

Birgitta Hovellius



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Årets lejon 2012

SFAMs styrelse utser årligen "årets lejon" – medlemmar som gjort viktiga insatser för allmänmedicinen och för SFAM. Vid kongressen i Luleå blev applåderna starka när 2012 års mottagare tillkännagavs:

Margareta Troein Töllborn

Från allmänmedicinsk grund med pregnans, omdöme och målmedvetenhet som första allmänläkare varit ordförande i Svenska Läkaresällskapet. Hon har med sitt exempel visat att allmänmedicinen är en central specialitet i svensk läkarkår.

Saskia Bengtsson

Har med osviklig känsla fångat upp centrala allmänmedicinska frågor. Som god skribent och energisk marknadsförare lyckats få ut dessa frågor på ett begripligt sätt i det offentliga samtalet.



Margareta



Saskia

Foto: Samuel Blomqvist.

Det är inte **guld** allt som glimmar

Reflexioner efter utvecklingsseminariet på Allmänmedicinsk kongress i Luleå

Aitikgruvan. Skandinaviens största dagbrottsgruva. Här finns guld men främst är det kopparn man vill åt.

Guldgruvor är både lönsamma och miljöförstörande. Kanske inte en slump att vi diskuterade Måns Roséns utredning "Guldgruvan" vid kongressen i Luleå, granne med Aitik – en av Sveriges riktiga guldgruvor. Ur ett jättelass grus fås ett ynka gram guld. Kan små korn legitimera stora ingrepp? Därom tvistade de lärda! Gruppdiskussionerna visade att även läkarna "på golvet" blir irriterade över kvalitetsregistren i "Guldgruvan".

Varför blir det så? Skäms vi över våra resultat och vill vi driva en sluten verksamhet utan redovisning? Argumenten påminner om klassikern: "Har du slutat slå din fru?" Om någon definierar spelplan och skapar regler är det svårt för andra att få med viktiga perspektiv efteråt.

Enligt Måns Rosén har ortopedin gått före, och nu är det primärvårdens tur att offentliggöra sina resultat. Kanske finns det någon orsak till att ortopedin "ligger före"? Lättmätta variabler, definierade av ortopeder? Undrar om det inte är vi allmänläkare som gemensamt måste vaska fram guldkornen i vår verksamhet – de för verksamheten viktiga parametrar som kan utveckla vår kvalitet – och som dessutom kan kan MÄTA kvaliteten?

Register, insyn och vägar till kunskapsgenerering har diskuterats länge. "Redan de gamla grekerna" diskuterade skillnaden mellan "teori och praktik". Är det i verksamheten det primära kunskapsgenererandet sker – eller i den sekundära nivån på universitet och forskningsenheter? Frågan är varför den sekundära

nivån (epidemiologin) nu fått sådant övertag – när den praktiska kliniska forskningen går på sparlåga, när lokalt kvalitetsarbete nedprioriteras. En hel förmiddag ventilerades detta i Luleå.

Vad är kvalitet? Varför heter statistiken Kvalitetsregister, när det i själva verket är verksamhetsstatistik? Varför kopplas ekonomi till lösryckta mätvärden i verksamhetssiffrorna? Efter inlägg av bl.a. Saskia Bengtsson Bankeryd och Malin André Falun blev det rätt klart att det går en rågång mellan verksamhetsmätt – kvalitetsmätt – ekonomi. Sammanblandningen är kontraproduktiv för alla parter. Måns Rosen betonade att hans utredning aldrig förespråkade ekonomiska incitament, men varför införs dessa ändå, när det finns evidens för att det är skadligt? Visst vilar en del av ansvaret för detta på SBU?

Kvalitetsarbete styrs och utvecklas genom triangeln Struktur – Process – Resultat. Utan struktur haltar processen, men med lite tur kan enskilda goda resultat ändå fås fram. "Bättre med en astmasköterska än med en stressad allmänläkare", konstaterade en av astma/KOLregistrets banérförare och deltog i fragmenteringen av allmänmedicinen. Utan struktur (tillräckligt med kunniga allmänläkare som arbetar med utvecklingsfrågor) – haltar processen (den kliniska vardagen och framtagandet av resultatmätt) – och resultaten blir sporadiska. De fåtal register (70?) som styr över primärvårdens över 900 processer (diagnoser) tvingar fram felaktiga prioriteringar och primärvården missar fokus. Kan inte vara bra. ►►

Gunnar Carlgren (Linköping) formulerade ett tydligt statement: "Folksjukdomarnas register missar fokus – och då dras fel slutsatser". Detta handlar om gamla synder och entusiasters enögdhet vid skapandet av registren. Lättmätta irrelevanta data registreras hellre än svårsmätta relevanta för att citera SBU. Ofta har industrin tydliga fingrar i syltburken. De klassiska registren har stora begränsningar och det är svårt att anpassa ett gammalt bygge till nya principer. De felaktiga slutsatserna går ut över patienterna som får fel vård och över personalen som får reda på att de inte duger. I så fall är det väl bara att sätta sig och vänta på pension?

Är vi offer, är vi inträngda till vårt mottagningsrum eller har vi sökt skydd där, för att slippa konfrontera obekväma beslut och riktlinjer? Varför tillåter vi oss att bli överkörda – eller att känna oss överkörda?

Åke Thörn (Luleå) tog upp de tre perspektiven (det professionella – det administrativa – det politiska) som styr sjukvården. Redan på 70-talet diskuterades övervältringen mot det administrativa och de konflikter som då inträffade. Många läkare valde att dra sig tillbaks samtidigt som den administrativa nivån växte kraftigt och maktbalansen rubbades. Ibland skedde kampen mellan perspektiven genom rena maktkamper ("sköterska som chef") men ofta genom misstroende och dålig förankring av beslut, förvärrade av läkarnas attityder till "makten". Dialogen uteblev och sjukvården körde i diket.

Ska vi upp på banan så är det viktigt att vi inte blir "nejsägare" utan tar en aktiv del i en uppsökande verksamhet för att påverka beslut och vardag. Vissa kallar detta "civil olydnad", men det går också att kalla det "samhällsansvar". Visst vill vi ha en god sjukvård själva när vi blir gamla?

Vi måste ta fram en strategi för att börja påverka på alla nivåer. Utanför seminariesalens dörr fanns en posterutställning från höstens Idéseminarium om Gröna Öar, och utanför kongressanläggningens glasväggar sken solen. Blir det bättre om vi hjälps åt?



Robert Svartholm
Distriktsläkare Björknäs VC i Boden
och läkemedelskommittén Norrbotten
polarull.svartholm@telia.com

Detta önskade jag att jag sagt i Luleå 23.3!

Hämtat från Ordbyte, med skribenternas tillstånd.

Tack SFAM Norrbotten för ett väl genomfört och tankeväckande möte i ett fantastiskt hus.

Jag medverkade som en del av er vet i ett seminarium kring uppföljning på fredagen. Vi fick inte veta att vi skulle säga något klokt avslutande förrän minuterna innan... och jag var inte snabbtänkt nog att få till det då.

Det jag skulle vilja att jag hade sagt:

"Vi allmänläkare kan, även om mycket som är viktigt inte låter sig mätas, inte att hävda att allt som går att mäta är oviktigt. Det är, om vi inte skall lämna skolmedicinen helt, viktigt att vi strävar efter att följa evidensbaserade riktlinjer.

För att vi skall veta om vi gör det i den grad vi önskar måste vi mäta hur och vad vi gör. Dessa mätningar är just mätningar av följsamhet till riktlinjer och inte mätningar av vårdens medicinska kvalitet. Den kan inte fångas i enkla mätetal. Vi skall mäta mycket mera än vi gör idag och diskutera mätningarna och resultaten med varandra och omvärlden.

Vi skall dock inte acceptera att vi betygsätts eller betalas för dessa mätresultat eftersom vi vet att detta äventyrar patientnytta & patientsäkerhet och minskar vårt eget ansvarstagande."

Hälsningar Sven Engström

Den helbredende dansen

Per Fugellis tale til SFAMs allmänmedicinska konferens i Luleå 2012 er bygget på hans manus "Den helbredende dansen" til Allmennlegeforeningen i Norge (AF) sitt 75-års jubileum i 2013. Redaksjonsutvalget for 75-års jubileet gir herved sin tillatelse til at talen publiseres i papirutgaven SFAM tidsskrift. Oslo 2012.03.31 Kjell Maartmann-Moe, redaksjonsutvalgets leder.

Mennesket skal ikke være alle steder fra, det skal vær hjem-mefra, – sier Knut Hamsun.

Jeg flyktet fra allmennmedisinen for lenge siden for å arbeide med pasienten Norge og pasienten Jordan. Men jeg har alltid lengtet hjem. I På sporet av den tapte tid utfordrer Marcel Proust Shakespeare, i det han hevder: "The question is not as for Hamlet to be or not to be – but to belong or not to belong."

Jeg har en farfar og en far som begge var allmennpraktikere. Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum minner meg om at jeg hører til i den flokken. Jeg vil derfor invitere til dans – med San-folket i Kalahariørkenen, i Botswana, i Afrika.

Solen går ned, et bål flammer opp og fremkaller mennesker fra mørket. Stille og langsomt begynner de å synge og danse. Sangen blir høyere, dansen villere. Målet er å bygge opp nok energi, n:xum, i Helbrederen til at han faller i transe og går over til Den andre siden. Her møter Helbrederen forfedrenes ånder, drøfter pasienten med dem og tar deres resept med hjem til denne verden.

Vi er i Kalahari-ørkenen blant San-folket. De har levd her i 30 000 år som jegere og sankere. Den helbredende dansen er deres sterkeste medisinske teknologi.

Helsens grunnstoffer

Sammen med Benedicte Ingstad som er medisinsk antropolog har jeg gjennomført en kvalitativ studie av folks forestillinger om helse blant 56 informanter i Kalahari ørkenen og 80 i Norge (1, 2). Hva er helse i Kalahari, i Norge? Både

i arktiske Norge og i sub-Sahara Afrika finner vi at menneskets helse inneholder fem grunnstoffer:

- fravær av sykdom
- verdighet
- frihet
- likevekt
- helhet

I denne gratulasjonen vil jeg gjennomføre en helseundersøkelse av medisinen. Jeg vil sjekke moderne biomedisin og allmennmedisinen mot helsens grunnstoffer. Min hypotese er:

1. Den spesialiserte biomedisinen har et anlegg for å svekke helsens grunnstoffer.
2. Allmennmedisinen har et anlegg for å fremme helsens grunnstoffer.

Fravær av sykdom

Fravær av sykdom er en sterk betingelse for helse etter våre norske informanter: "God helse – selvfølgelig det er å være uten sykdom", sier en.

God helse for en ung San mann krever at det er luft, ikke sykdom i kroppen: "Når du våkner opp med god helse, føler du luften gå gjennom kroppen din"

I krystall klargjør disse utsagnene medisinen misjon: Å helbrede den syke. Vi er djevlsk gode på det. Medisinsk vitenskap gir oss stadig nye teknologier og enorm klinisk makt. Vi gjør livet bedre for millioner av mennesker hver dag, hver natt. Moderne biomedisin er et mektig prosjekt. Det representerer en enestående symbiose mellom intellektuell brillians, teknologisk raffinement og humanistiske verdier. Vi, allmennpraktikerne, er stolte

av å ta del i det universelle helseforetaket, kalt moderne biomedisin.

Men helse er ikke bare fravær av sykdom, sier våre folk. Helse krever også nærvær av positive verdier – biologiske, åndelige og sosiale. Størst av dem er:

Verdighet

Verdighet er helsens grunnmur, signaliserer trommene fra den afrikanske jungel og den arktiske tundraen. Da vi gjorde feltarbeid i Nordvær intervjuet presten de tre konfirmantene og spurte "Hva er viktigst for at du skal ha det godt i livet?". De svarte i kor: "Å bli sett og godtatt som meg".

San-folket gir det motsatte bevis. Gjennom de siste tiårene har de tapt landet sitt og er nå i fattigdom og avmakt. Verdigheten deres er stjålet. En mann på 21 år føler seg forlatt et isolert reservat. Han har søte minner om den gang han deltok i en dansekonskurranse i hovedstaden. Han sier at han ønsker å leve et moderne liv i Gaborone: "Fordi helsen der er veldig god og vannet er reint. Hvis jeg kunne bo der, ville jeg forandre farge og bli lik de hvite menneskene".

Hvordan reagerer medisinen med dette helsens første grunnstoff kalt verdighet? Fremmer eller skader vi menneskenes verdighet? Moderne biomedisin danser i vitenskapens transe. Moderne medisin er forhekset av rasjonalitet. Moderne teknomedisin nærmer seg pasienten som en kroppslig ting. En eldre kvinne i Norge uttrykker denne følelsen av å bli gjort til et objekt med elegante ord: "Når jeg går for å se legen min, føler jeg meg som et

transportmedium som bærer med meg sykdommen til ham. Men jeg er ikke sykdommen min. Jeg er meg, et menneske på jorden.”

Verdigheten kan forvitte ytterligere når medisinen erstatter religionen som moralske domstol. Gud er død, medisinen ruler. I dag bor synd, skyld, renhet og verdighet i det medisinske hus, ikke i kirken. Tilgivelse eller fordømmelse ble gitt av legen, ikke av presten. Medisinen designer ideelle normer for kropp og livsstil og sjeler og funksjonsevner. Mennesker som avviker fra medisins normalitet blir offer for stigma, skam og anklage.

En videre trussel mot menneskets verdighet følger av at medisinen er låst i den epidemiologiske fellen. Resultater fra forskning på massen bringes til handling på en fullstendig annerledes enhet: Den unike, humane gåten kalt pasienten. Resultater fra det store N blir transplantert tilbake til originale meg. Det er en hasardiøs og tidvis katastrofal operasjon.

Allmennpraktikeren kan motvirke medisins tyveri av verdighet. Fordi allmennpraktikeren står for det motsatte av standardisering, nemlig personlig legeskunst. Som doktor Rieux i Albert Camus roman Pesten har allmennpraktikeren oppdaget at ”Det er mer blant menneskene å beundre enn å forakte”. Allmennpraktikeren lagrer beundring for pasientens vilje til å leve, mestre og kjempe selv på randen av avgrunnen. Den kloke allmennpraktikeren gir pasienten licence to live, som seg. Legens respekt bygger verdighet hos pasienten.

Frihet

Frihet, å ha styringsrett over eget liv og framtid, er helsens tredje grunnstoff. En kvinne i 60-årene forbinder helse med: ”Å våge og tro på deg selv, å gjøre dine egne valg i livet”. I Kalahari er friheten og helsen borte. I år 2002 ble de siste San-folk frarøvet retten til å leve, jage, elske og dø i Det store tørstelandet. De ble deportert til regjeringens reservater. Deres nye liv ble beskrevet slik av en gammel San-mann: ”Det er som du har bundet et esel rundt føttene for å begrense bevegelsene. Så hvordan kan de overleve i en slik stilling”.



Per Fugelli. Foto:Samuel Blomqvist.

Hvordan forvalter medisinen denne fornemme helsekilden frihet? Det er en sterk overbevisning i medisinen om at Vi vet hva som er best for pasienten. Til alle tider har helbrederne påstått å vite hva som er Det Rette Liv for deg. Medisinen mener det godt, men for pasienten kan resultatet bli undertrykking. Pasienten kan føle seg fengselet i et klinisk bur. Folket kan føle seg formyndet av et samfunnsmedisinsk tyranni.

Medisinen tar frihet og helse fra menneskene på enda en måte. Medisinen dømmer helsen til døden i fryktens fengsel. Beskyttelse, forebygging, strev, plikter, selvfornektelse preger helseopplysningen. Fortapt i risikoens ødemark er helse som glede, mot, mening og frihet til å drive eksperimenter i livet.

Allmennpraktikeren kan stå fram som medisins frihetskjemper. Fordi allmennpraktikeren kan ikke gjøre annet enn å bekjenne seg til demokrati. Som nær-livet-lege for 1500 forskjellige mennesker har allmennpraktikeren lært å samarbeide med den eneste ekspert på meg, mitt liv, min verden, min fortid, min framtid, min helse: Pasienten selv. Allmennpraktikeren vet at han har rett fiskeren i Nordvær som priser helse som

en personlig eiendom: ”God helse, det kommer an på kem du e, kor du bor og samfunnet rundt deg, – og først og fremst den personen du e. Der er ingen fellesnevner. Det som er godt for ein kan ikkje hjelpe to tusen”.

Likevekt

Likevekt er helsens grunnstoff i mange kulturer.

Våre informanter i Kalahari og Norge bekrefter denne medisinske visdom. En mann i 40-årene i Fjellbygd forbinder god helse med: ”Ja, at du er i harmoni, at du liker deg selv, har det bra med menneskene rundt deg, at livet ditt er i balanse”. En gammel San-mann er enig: ”Folk med friske kropp er mennesker som lever harmonisk med hverandre uten krangel i godt samarbeid”.

For å oppnå harmoni må du tilpasse deg, mestre og tåle. Å finne balansen krever en pragmatisk, ikke en utopisk, holdning til livet. For en gammel mann i Fjellbygd, krever helsen at ”Du er balansert og finner deg godt til rette. For å finne balansen må du tilpasse deg et liv i forandring”.

Seneca, stoikeren, lærer oss at det er bare en vei til helse: Å forkaste forvent-

ningen om himmel på jorden og forelske seg i et liv med feil og plager. En kvinne i Småby lever etter Senecas prinsipp: "Vel, mannen min han er 71 nå. Han har hatt en bypass operasjon og høyt blodtrykk, men jeg vil ikke drømme om å si at han har dårlig helse. Og jeg selv brakk ryggen for 10 år siden. Nå har jeg uføretrygd. Jeg våkner opp om natta med smerter, men jeg vil ikke si at helsen min er dårlig".

Våre informanter forventer ikke å være kloner av supermann eller superkvinne. De forsoner seg med livet og helsen som en blanding av gleder og sorger, av velvære og smerte, av trygghet og frykt.

Kritikere anklager medisinen for å infisere menneskenes sinn med utopiske forventninger. Medisinen tilstreber 0 risiko. Følgelig forventer menneskene 0 risiko. Medisinen lover optimal fysisk, mentalt og sosialt velvære. Følgelig forventer menneskene å være bedre enn vel. Sykdomsskaping, ikke helbredelse, kan bli følgen av en hyperaktiv medisin. Det er en fare for at medisinen, ved å love for mye forebygging og for mye helbredelse, kan føre folk inn i medisinsk miserabilisme.

Her trenger vi allmennpraktikerne som kloke mellommenn og -kvinner. Allmennpraktikeren er trent i å bygge bro mellom idealhelsen på det medisinske parnasset og realhelsen der ute i den menneskelige jungel. Allmennpraktikeren har spesialisert seg i å oversette den medisinske læreboken til livet på en ganske alminnelig onsdag. Allmennpraktikeren er nær-livet-legen. "Nobody knows the trouble I have seen", klager en negro spiritual. Det er galt. Allmennpraktikeren kjenner en del av ditt trøbbel, dine begrensninger, din frykt og hans/hennes ydmyke mål er, sammen med deg, å gjøre den beste helsen mulig ut av det. Allmennpraktikerne er kolleger, brødre og søstre i navnet av en helbreder jeg møtte i Afrika. Han kalte seg selv professor Goodenough. Allmennpraktikeren er mester i ufullkommenhet. Det er et modig mesterskap å holde. Hold fast på det, det burde kvalifisere for Nobelprisen i medisin.

Helhet

Selve ordet helse kommer fra gammel-norsk heil som betyr å være hel eller gjøre hel. Informantene våre er enige i at helse er helhet. En kvinne i 30-årene, mor til to barn, formidler dette helhetsbilde av helse: "God helse for meg, selvfølgelig tenker jeg på min egen helse, men som mor føler jeg at god helse for meg krever at ungene mine har det godt. Så hvis jeg håndterer ungene mine greit, har økonomi til den sunne maten jeg gjerne vil gi dem, har venner jeg trives med, det er god helse. Og i tillegg er god helse å ha en å le med og en å være glad i".

Denne unge moren bekrefter gyldigheten i Piet Heins poetiske definisjon av helse:

"Health is not bought with the chemists' pills

nor saved by the surgeons' knife.

Health is not only the absence of ills
but a fight for the fullness of life."

San-folket melder også om helse som en helhetlig erfaring, innbefattet frihet til å jage, tilgang på vann, råderett over hellege steder.

Hvordan tilnærmer medisinen seg helse som helhet? Det er nå 72 definerte spesialiteter og subspecialiteter i moderne biomedisin. Det er etter den siste sykdomsklassifikasjon 22117 diagnoser. Oppdelingen av menneskets legeme og sjel har vært medisinsens prinsipale metode siden Descartes startet for 400 år siden. Det har brakt store framskritt til delen, men på bekostningen av det hele. Moderne biomedisin er dobbelt blindet for sjelen og helheten.

Mange pasienter føler at de går i stykker når de møter den spesialiserte teknomedisinen. De opplever en slags dekonstruksjon. De savner en lege som kan gjenreise helse som et hele. De lengter etter fastlegene, mestere i helhetsmedisin. Allmennpraktikerens arbeidsmåte er å diagnostisere og behandle en sykdom i et organ, i en kropp, i et menneske, i en familie, på en arbeidsplass, i et samfunn, i et miljø. Dette er allmennpraktikerens fornemste kompetanse: Å få medisinen

til å virke, innrammet av hele livet, til denne enestående pasienten, på denne merkelige onsdagen, på dette underlige stedet på jorden.

Resept for evig liv

Allmennmedisinen er en salutogen kraft av uerstattelig orden. Folket trenger dere, medisinen trenger dere. Derfor må vi sikre allmennmedisinen bærekraft inn i framtiden. Det er to legemidler på min resept for evig liv:

- selvtro
- forskning

Selvtro

Shakespeare har forskrevet den beste medisin for personer som for profesjonær: "To thine own self be true". Men vi kan ikke bare si fastlege eller allmennmedisin som et mantra og forvente at pasienter, kolleger og politikere skal bukke i ærefrykt og si: Hyll, hyll. Varemerket allmennpraksis må ha et solid innhold. Bak etiketten må pasienter og kolleger og politikere oppdage et spesifikt produkt. Vi må gjøre som Hamlet, holde vårt kranium i hånden og si: "Dette er oss, dette er allmennmedisinen fra skapelsen til endetiden".

Hva ser vi da når vi holder det allmennmedisinske kranium i hånden? Jeg ser fem diamanter:

1. Personlig legekunst

Å være eller ikke være for allmennpraksis er personlig legekunst. Den individuelle pasienten utgjør kunnskapsenheten i allmennpraksis. Som William Osler sier: "It is more important to know what a person has a disease than what a disease a person has". Men personlig legekunst er mer enn kunnskap. Der er også et humanistisk imperativ i den allmennmedisinske klinikken. Allmennpraktikeren lider av det engelskmennene kaller moderated love, av det Freud kaller Menschenliebe, til sine pasienter. Han, hun bryr seg om og vil den syke vel. Helbredelse i allmennpraksis er person og pasjon kombinert med vitenskap og teknologi.

2. Det muliges legekunst

som betyr å oversette læreboken til det som er mulig for denne pasienten på denne onsdagen. Det muliges legekunst er sammen med pasienten å finne fram til nokpunktet når det gjelder forebygging, diagnose og behandling.

3. Helhetens legekunst

som betyr å lese de medisinske tegn som en del av pasientens livsbok, hennes fortid, hennes forhold til familien, Gud og banken, hennes tapte drømmer.

4. En anelse magi

Allmennpraktikeren kan trylle. Hun kan gi håp, bygge mot og skape trygghet. Stolte sjamaner bør vi være. Vår svenske kollega Axel Munthe av San Michele, sa: "The doctor who has this gift, to inspire confidence, can almost raise the dead".

5. Glede

Det siste kjennetegnet på allmennmedisinens kranium er et smil. Dere erfarer hver dag sannheten i Håvamål: Mennesket er menneskets glede. Allmennpraktikeren er på oppdagelsesreise i menneskenes gåtefulle liv med seg selv og hverandre. Derfor ser vi undringens smil.

Allmennpraksis er en vill og farlig virksomhet, medisinenes høyriskosport. Derfor ser vi motets og spenningens smil.

Allmennpraktikeren har en god følelse av å gjøre nytte for seg, bli verdsatt, og bli smilt til. Derfor ser vi takknemlighetens smil.

Jeg så det samme smil av undring, spenning og stolthet hos våre kolleger, helbredere i Kalahari-ørkenen. Allmennpraktikere deler smil og verdier med helbredere gjennom alle tider: Personlige bånd til pasientene, kontinuitet i omsorgen, nærhet til flokken.

Geburdsdagsbarn: Overlevere er de som tror på seg selv. Sir Wiliam Osler sier: "But faith in ones powers; in ones mission, is essential to success".

Jeg har en følelse av synkende åndskraft, fallende selvtro i allmennpraksis verden over, kanskje også i Norge? Hvis

vi får et selvbilde av å være mestere i alt og ingenting, av å være pengeglade opportunist, av å være lydige dukker i byråkratenes og politikernes tråder – da er vi snart borte med vinden. I løpet av 50 år kan allmennpraktikeren være en utdødd art. Derfor må vi reise oss opp og slåss under banneret: "To thine own self be true".

Forskning

Så tro må vi ha på våre idealer. Men moderne hjerner krever mer, de stoler ikke på salmer av lovprisning alene. De forlanger evidens. Vi må begrunne våre diamanter med forskning. Med vitenskapelig brutalitet må vi definere diamantenes karat. Er de virkelige, er de av glass, er de av hul plastikk? Med forskning må vi dokumentere utkommet av personlig legekunst, av det muliges legekunst og av helhetens legekunst. Hva er virkningene, vinningene og tapene i pasienttilfredshet, i heleøkonomi, i klinisk utkomme, i epidemiologiske endepunkter?

Siste dans

Jeg aner en allmennmedisin i kommende faresone. Vi trenger n:xum, energien, vitalkraften som voktes av forfedrenes ånder i Kalahar som i Norge.

Et bål flammer opp. Allmennpraktikere trer fram fra skumringen. Gradvis begynner de å synge, klappe og danse – monotont og bydende for å bygge opp energi. Til slutt faller Helbrederen i transe og går over til Den andre siden. Her søker han råd hos åndene til andre store helbredere. Han presenterer kasus. Det er forvirring i allmennpraktikernes flokk. De er i et spenningsfelt mellom gamle verdier og nye synder påført dem av markedsøkonomi, av overstyrende byråkratier og av rigide vitenskapsregimer. Forfedrenes ånder og kommende forfedre-ånder tenker og drøfter lenge. Så skriver de en resept til vår helbredelse:

William Osler:

And from the standpoint of medicine as an art for the prevention and care of disease, the man who translates the hiero-

glyphics of science to the plain language of healing, is certainly the most useful.

Ian McWhinney:

If we are to be healers we have to walk hand-in-hand with our patients through the territory.

Iona Heath:

Each person and each context is unique and this is the joy and the challenge of general practice care.

Julian Tudor Hart:

...to use medical science, doctors and patients will both have to learn that diagnoses are not beasts in the jungle to be hunted, but human stories within real lives to be understood.

Theodore Fox:

... we give Mrs. Smith and Mr. Aboyu precedence over the whole of Science. So far from being dedicated scientists, we can say, like the dwarf in the fairy-tale: "Something human is dearer to me than all the wealth of all the Indies".

Jeg vil gi et siste ord i denne jubileumshilsen til min inspirator, Helbrederen i Kalahari. Hans siste ord, sagt med en stemme av fløyel og kjernekraft var: "We still dance – and it will never end".

Per Fugelli

Professor i Sosialmedisin
Universitetet i Oslo
per.fugelli@medisin.uio.no

Litteratur

- Ingstad B, Fugelli P. "Our health was better in the time of Queen Elizabeth": The importance of land to the health perception of the Botswana San. In: Hitchcock RK, Ikeya K, Bieseke M, Lee RB, eds. Updating the San: Image and reality of an African people in the 21st century. *Senri Ethnological Studies* 2006; No 70: 61-79.
- Fugelli, P, Ingstad B. Helse på norsk. God helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.

Allmänläkare: våga leda!

Den 21 mars blev jag vald till ordförande för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, ett uppdrag jag tar över med stor glädje och ödmjukhet. Mitt invigningsanförande vid kongressen i Luleå lät ungefär så här:

Det är häftigt när 300 allmänläkare samlas på samma plats. Jag fick först samma känsla som när jag var på min första och hittills enda miljöpartikongress. Som miljöpartist på 90-talet var man en rätt udda figur, men på kongressen var man plötsligt en av många. Samma känsla har funnits i allmänläkarkåren, men idag slog det mig att så är det faktiskt inte längre.

Under de 20 åren jag arbetat som läkare har allmänläkarnas status vuxit från att ha varit de som inget kan och som skickar in en massa konstiga remisser till sjukhusen till den grupp som sjukhusspecialisterna remitterar till eftersom man inte klarar av sånt som ligger utanför den egna snäva subspecialiteten. Respekten från våra kolleger har vuxit, och när unga kolleger idag väljer bort allmänmedicinen är det inte för att statusen är låg utan för att man tycker att det verkar för svårt.

Gentemot politiker och andra beslutsfattare finns mer att göra, men även här tycker jag mig bara under de senaste åren se en allt större förståelse för att generalistperspektivet behövs i alla möjliga och omöjliga sammanhang, och efterfrågan på vår medverkan i olika arbetsgrupper och möten har ökat väsentligt. Och vi ska vara med och påverka en sjukvård som blir alltmer fragmenterad och depersonifierad.

Jag hör ofta att SFAM och allmänläkarna måste synas mer. Man måste då fråga sig varför? Jag kan ana ett behov av bekräftelse av vår kompetens, men det behovet får vi tillgodose på annat sätt. Huvudsäket till att vi ska påverka politiker och tjänstemän till kloka beslut är för våra patienters skull, inte för vår egen.

Vem ska synas mer? Naturligtvis jag och andra i ledande positioner i föreningen, men det räcker inte. Mycket måste göras lokalt, där nationella riktlinjer implementeras och lokala idéer föds. Vi måste också vara många som delar på arbetet. Ställ krav i era landsting på att SFAM ska få vara med vid utvecklingen av vårdval i primärvården men också när man utvecklar vårdval till specialistvården. Gränssnitt måste tas fram, man måste ta ställning till remisskrav och de diskussionerna kan inte föras utan allmänläkare på plats. När beslut ändå tas som är tokiga – organisera er och protestera kraftfullt!

SFAM är den samlande kraften när ni agerar, proaktivt eller reaktivt. Skriv debattartiklar i SFAMs namn så får det större tyngd. Styrelse, råd och nätverk driver det nationella arbetet, tar fram policydokument, argument och försöker inspirera.



Men det räcker inte. Ni måste göra jobbet!

Allmänläkarkåren är en av landets mest välutbildade och högst avlönade yrkesgrupper. Då duger det inte att sitta på sin kammare och sucka. Vårt uppdrag är inte bara att med hög professionell kvalitet ta hand om våra patienter. Var och en av oss har också ett allmänmedicinskt ledaransvar, formellt och informellt, på våra arbetsplatser, regionalt och för en del av oss även nationellt.

Gräv där ni står! Låt lusten eller ilskan, det som ger dig mest energi, styra vad du engagerar dig i! Låt aldrig bekvämlighet eller frustration hindra dig!

Likt kungen bestämde jag mig i morse för ett valspråk för min tid som SFAMs ordförande:

Våga leda!

Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Annons

Reflektioner under examensarbetet för specialistexamen

Som ny läkarstudent var jag mycket intresserad av forskning inom biologi och naturvetenskap. Jag deltog i olika prekliniska forskningsprojekt och forskarskolor. Under läkarutbildningen och AT ökade mitt intresse för den "humanitära delen av medicinen". Mötet med patienten fick större betydelse, där fann jag den största inspirationen i arbetet.

Tidigt under min ST-tjänst i allmänmedicin bestämde jag mig för att genomföra SFAMs specialistexamen. För mig var det självklart att examensarbetet skulle handla om konsultationen. Det skulle inte bara vara ett spännande område att studera utan också ge mig möjlighet att sätta mig mer in i mitt kärnintresse, konsultationskonsten. Jag har under min läkarutbildning ofta funderat kring läkarrollen i ett genusperspektiv. Med denna bakgrund växte projektet fram.

Arbetet gick ut på att, mot bakgrund av tidigare forskning inom området, analysera videoinspelade konsultationer med frågeställning om det patientcentrerade arbetet skilde sig åt om läkaren var man eller kvinna samt ung eller äldre. Resultatet av detta begränsade pilotprojekt visade på skillnader mellan genus och ålder där de i denna studie yngre och kvinnliga läkarna arbetat mer patientcentrerat. Det största resultatet var dock att de **intrapersonella** skillnaderna var av samma storleksordning eller större än effekten av genus och ålder.

Läkarnas variation mellan konsultationerna bedöms bero på att varje patient-läkarmöte är unikt, och utvecklas i samspel mellan doktor och patient. Man kan därför inte konstanthålla patientens påverkan på doktorn och konsultationen.

När jag började min ST-tjänst hade jag flera förutfattade meningar om vad som skilde manliga och kvinnliga läkare åt. Dessa byggde på mina egna erfarenheter och hur man ser på könsrollerna utanför den medicinska kontexten.

"Jag tror inte längre att läkarens genus är det avgörande i mötet"

Jag såg den manliga doktorn som mer tydlig och att han skulle ha ett större behov att hålla kvar "doktorsrollen". Han hade en stor biomedicinsk reflex. Mannen skulle vara mer konkret i sin utfrågning och ställa mindre öppna frågor. Han ville gärna dra slutsatser och förmedla sina kunskaper till patienten. Doktorsdel i konsultationen skulle ta den mesta tiden. Jag trodde också att patienten kunde uppfatta den manliga doktors förhållningssätt som mer seriöst, kunnigt och professionellt.

Den kvinnliga doktorn trodde jag skulle vara mer öppen och inklämmande. Hon skulle ställa mera öppna frågor och skapa relation. Lyssnandet skulle vara mer aktivt och patienten skulle få stor del i konsultationen. Patienten skulle uppleva att den blev mer förstådd och omhändertagen av den kvinnliga doktorn men att doktorn kunde upplevas som mindre konkret och professionell.

I min utveckling som allmänläkare men också som människa har jag förändrat mina tankar om läkarens förhållningssätt i konsultationen. Min syn på konsulta-

tionen har också förändrats. Jag har med utbildning lärt mig mer om patientcentrerat arbetssätt. Jag har förstått vikten av denna konsultationsteknik för att nå ett lyckat möte och gemensam förståelse med patienten. Jag ser också hur detta arbetssätt underlättar arbetet som allmänläkare.

Från början såg jag denna teknik som mer "kvinnlig" då den fokuserar mycket på människan och det som finns utanför själva diagnosen. Jag har senare förstått att patientcentrering är något som alla till stor del kan träna upp och förbättra, men utan "äkt" intresse och engagemang kan tekniken inte fulländas.

Hur mötet utformar sig beror både på doktor och på patient. Det är i mötet som samtalet tar form. Man skapar en relation. Jag tror inte längre att läkarens genus är det avgörande i mötet. På individnivå spelar andra variabler stor roll såsom läkarens intresse, dagsform, tidspress, kunskap och kännedom om patienten, egna värderingar, utbildning med mera. Mötet påverkas naturligtvis också av patienten och det han/hon tar med sig in i konsultationen.

Då mötet med patienten påverkas av flera variabler kommer var konsultation att vara unik. Detta gör det mycket svårt att studera konsultationer och generalisera de resultat man får.

Hur mycket betyder doktors ålder i konsultationen? Som ung kvinnlig läkare upplevde jag att man kunde bli ifrågasatt och ibland hade svårt att hålla kvar sina beslut när patienten önskade något annat. Det kunde kännas som att man måste hålla kvar doktorsrollen för att vinna respekt. Kanske har detta mer att göra med doktorn än patienten. Det tar tid,

kunskap och erfarenhet för att bli trygg i allmänläkarrollen. Efterhand har jag själv byggt upp denna trygghet och att jag idag inte upplever att jag ifrågasätts av patienter beror nog till stor del på min ökande kunskap om patientcentrering och inte en ökad ålder, ökade medicinska kunskaper eller tydligare doktorsroll.

En av mina egna funderingar kring genusskillnader i konsultationen gällde professionalitet. Studier har visat att patienter föredrar manliga läkare framför kvinnliga. Är denna könsstereotyp kvar? Är det så att manliga doktorer automatiskt bedöms som mer professionella? Tillåts manliga kollegor att göra mer "fel" i konsultationen? Måste kvinnliga kollegor jobba mer för att uppfattas som

professionella? Detta är spännande frågeställningar.

Hur bedömer patienten om en doktor är professionell? Inom professionen refereras ofta till Mc Cormick "det är lika viktigt att känna patienten som har sjukdomen som att känna till sjukdomen patienten har". Det optimala handläggandet av patienter är en kombination av patientcentrerad medicin med evidensbaserad medicin.

Jag avslutar mina egna funderingar med Per Fugellis ord om doktors "duktighet" som bygger på tillit mellan patient och doktor:

"Doktors moraliska kvaliteter och personliga egenskaper är väsentliga för tilliten. Patienten förväxlar tillit med för-

väntad duktighet. För att förtjäna tillit måste läkaren kunna sitt yrke. Kunskapen bör inte vara för privat utan hämtas från en gemensam yrkesbank som i stor utsträckning bygger på forskning".



Susanne Barenius

ST-läkare

Mottagningen Sjöstaden, Stockholm

susanne@barenius.se

Annons

Koll på läget i engelsk primärvård

Rapport från SFAM Qs studieresa till London 26–28 oktober 2011



Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet, SFAM Q, gjorde i oktober 2011 en studieresa till London där vi togs emot mycket väl av styrelsen i The Royal College of General Practitioners (RCGP). God mat, animerade samtal och välförberedda föreläsningar och studiebesök.

Kvalitetskontroll på läkarexpeditionen

Datajournalen på vårdcentralen i London visar med en knapptryckning till vilken grad dr X och hela vårdcentralen uppfyller kvalitetsmålen för 13 kroniska diagnoser inklusive preventions- och vaccinationsprogram. Ännu en knapptryckning och datorn visar vilka patienter som inte nått målen. Ytterligare en knapptryckning och en månads- eller årsrapport över doktors och vårdcentralens produktion och kvalitet visas. Förenklad utvärdering och administration lokalt och automatiska kvalitetsrapporter till uppdragsgivare och myndigheter finns i ett och samma system till vilket 80 % av

GPs i England och Skottland har anslutit sig. För oss svenskar med 23 landsting/regioner en utopi, men vi konstaterade på plats att utopin var förverkligad.

Datorn med journalen vet att den aktuella patienten har diagnosen diabetes och kollar om det under det senaste året gjorts de undersökningar som krävs och påminner när läkaren öppnar journalen med popups: dags för fotstatus eller dags för ögonkontroll. Om man inte fixar det genast så påminns man varje gång som man öppnar journalen tills det är gjort.

Nationella kvalitetsindikatorer

De GP:s vi träffade litade på kvalitetsindikatorerna som NICE (Storbritanniens motsvarighet till ett sammanslaget SBU och Socialstyrelsen) tagit fram i ett systematiskt samarbete med RCGP, uppdragsgivaren och de nationellt ansvariga för IT standards. Ty alla indikatorer hade noga testats i piloter sedan de utvärderats utifrån validitet, pålitlighet, hållbarhet över tid, medicinsk nytta (inklusive

QUALYs), användarvänlighet, tekniskt insamlingsbara i utdatasystem och acceptans i RCGPs referensgrupp.

Pay for performance

20 % av vårdcentralernas finansiering från staten betalas ut för uppfyllda kvalitetsmål. Systemet kallas i dagligt tal P4P ”Pay for performance”. Formellt heter det Quality and Outcomes Framework (QOF).

Indikatorerna hade hög legitimitet både bland de representanter för RCGP som vi träffade liksom bland doktorerna på de två vårdcentraler SFAM Q besökte. Det fanns dock delade meningar huruvida P4P systemet hade förbättrat vården, och faktum är att fortfarande efter snart åtta år har man inte på ett vetenskapligt hållbart sätt kunnat visa på förbättringar. GPs har rätt att från mätningarna i QOF exkludera (exception report) patienter som inte följer ordinationer, nyss flyttat etc. Tyvärr läggs dessa patienter inte alls in i QOF databasen. Det finns alltså



"The patients expect you to be updated, you know!"

inget system för uppföljning av de patienter som blir "exception reported" vare sig lokalt eller nationellt.

RCGP anser att antalet indikatorer nu blivit för många, och man är även starkt kritisk till att enskilda GPs kvalitetsdata är öppet tillgängliga på nätet. Ingen utomstående kan rätt tolka QOF data, ansåg de.

e-Learning och certifiering

Alla doktorer, även på den stressade privata vårdcentralen i den invandrartäta Londonstadsdel vi besökte, hade tid att kontinuerligt utvärdera sina kvalitetsdata under den obligatoriska halvdagen för benchmarking varje månad på mottagningen. Doktorerna, även de som var färdiga specialister, hade tid för egen internutbildning fyra timmar och oftast ytterligare tid för eLearning varje vecka då de t.ex. kunde genomgå RCGPs interaktiva webbutbildningar [1], ständigt uppdaterade med stöd av expertis från NICE. Om man vill kan man sex månader efter att man genomgått ett ut-

bildningsmoment testa sina kunskaper med en multiple choice skrivning, vilket ger recertifieringspoäng. Det hela verkar mycket bra och väl genomtänkt.

När de i sina ePortfolios dokumenterat tio tvåtimmarsutbildningar erhöll de sitt årliga godkännande "appraisal". Dessutom ansågs fem dagar för extern utbildning som en självklarhet. "The patients expect you to be updated, you know!"

Profession och myndighet i samverkan även i Sverige?

De lärdomar vi vill förmedla från England/Skotland är:

- Med nationell samordning kan man inom några år bygga en fungerande gemensam IT-arkitektur och terminologi som samordnar hela hälsovårdskedjan inkluderande politiska direktiv, nationella riktlinjer och medicinska vårdprogram till systemgemensamma indikatorer för kvalitetsutvärdering.
- Att SFAM liksom övriga Svenska Läkaresällskapet kan främja svensk sjuk-

vård genom ett ännu djupare och mer strukturerat samarbete med Socialstyrelsen, SBU, FHI och SKL.

- Att SFAM skulle kunna utveckla ett webbaserat utbildningsprogram, eLearning i nära samverkan med vår systerorganisation RCGP.

Sammantaget imponerades vi stort av de nationella, vetenskapligt och professionellt förankrade verktygen när det gäller uppföljning och utbildningsstöd.

Vi såg återigen att vi i Sverige har otroligt välutrustade vårdcentraler. I Peckham saknades på en stor mottagning laboratorium, öronmikroskop och på golven i undersökningsrummen fanns en smutsig nålfiltsmatta.

Andy Maun, Annika Braman,
Eva Arvidsson, Fredrik Settergren,
Hans Brandström, Lennart Holmquist,
Malin Gadd, Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Referenser

1. http://www.rcgp.org.uk/professional_development/rcgp_e-learning.aspx

Save the date!



ST-dagarna
Tolkar Tidens Tecken
Örebro 17-19 oktober 2012

Vill du lära dig något nytt?

Vill du ta del av intressanta diskussioner?

Vill du ha roligt med kollegor från hela landet?

Välkommen till ST-dagarna i allmänmedicin
2012: **Tolkar Tidens Tecken**

Var: **Örebro**

När: **17-19 oktober 2012**

Mer information kommer inom kort!

Ps: som du kanske märker har ST-dagarna flyttat från våren till hösten för att inte krocka med Svensk allmänmedicinsk kongress – tidigare SFAMs höstmöte. Ds

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN

SFAM Stockholm: årsmöte med svårigheter

Den 7 mars hade SFAM Stockholm sitt årsmöte under Läkaresällskapets takåsar. Föreningen har 323 medlemmar av minst 1 800 potentiella sådana. De lokala föreningsarna i Norrtälje, Södertälje och södra Stockholm har somnat in.

Vid mötet lanserades den nya hemsidan www.sfamstockholm.se – den gamla hade redan 2007 slutat ta emot mer material. Maria Wolf fick fortsatt förtroende som vår ordförande.

SFAM Stockholm kommer att anordna Svensk allmänmedicinsk konferens på Norra Latin den 15-17 maj 2013. Tema är ännu ej beslutat.

Efter årsmötet höll Niels Lynöe, professor i medicinsk etik vid KI, ett engagerande föredrag. Han påpekade vikten av ett patientcentrerat förhållningssätt. Inte oväntat berörde han också journalregistrering av levnadsvanor. Han ansåg att om alla som kommer över tröskeln skall fylla i en enkät är det likställt med screening, och det kräver patientens informerade samtycke.

Lars Bäckström, föreningens mångåriga sekreterare, redogjorde för ett antal av de svåra frågor som allmänmedicin i Stockholms län står inför. Här följer ett kondensat ur den mycket fylliga verksamhetsberättelsen.

Samarbetet med DLF-Stockholm har varit bra. Till politik och förvaltning har SFAM-S och DLF-S framfört samma budskap: fler ST i allmänmedicin behövs, och viss ökning har skett. Vidare har efterlysts mer satsning på grundutbildning, AT och fortbildning.

20 års ansträngningar att få till stånd separata resurser och skyddad tid för ST i allmänmedicin har burit god frukt. Vårdval Stockholm behöver dock fortfarande justeras för att adekvat tid och tillräckliga resurser allokeras till bl.a. fortbildning, kvalitetsutveckling, FoUU, satsning på handledning i grundutbildning och AT och ST.

Behovet av nya tjänster för att nå målet 1/1500 invånare är ännu stort. Efterfrågan från befolkningen har ökat, patienter flyttas ut från sjukhusen och antalet länsinvånare ökar hastigt. Länsinvånarna konsumerar nu 1,92 läkarbesök i primärvården per invånare och år (riksgenomsnitt 1,53).

För att ta del av kömiljarden agerar sjukhusen för att minska antalet återbesök, bl.a. genom att hänvisa patienter till primärvården och återsända remisser från primärvården. Stora vårdbolag agerar för att en i strama tyglar hållen primärvård (bl.a. till följd av tidsbrist) skall skriva maximalt antal remisser till vårdbolagets egna subspecialister och magnetkameror – samtidigt som dyra specialläkemedel, undersökningar och behandlingar skall belasta andra bolags ekonomi. På så sätt blir det lönsamt att köpa upp och detaljstyra vårdcentraler.

Även under 2011 har kommit signaler om att tjänstgöringsgrad minskar, sjukskrivningar och aktivitetsstöd ökar, kolleger går i pension tidigare, fler blir hyrläkare och fler övergår till annan verksamhet än primärvård. Allt detta är deletärt för handledning av studenter, AT-läkare och ST-läkare och ökar belastningen på de kvarvarande specialisterna i allmänmedicin. Någon sammanställning av aktuella och fullständiga data finns dock inte.

Vid medlemsmöten har framkommit synpunkter på uttunning av arbetsinnehållet efter införande av Vårdval Stockholm. Flera kolleger anser att innehållet i vården för multisjuka äldre och andra socialt utsatta har försämrats. Satsningen på ökad tillgänglighet för medelålders väljare har varit till nackdel för personer med långvariga tillstånd, som t.ex. diabetes.

En kartläggning hur fortbildningssituationen ser ut för specialister i allmänmedicin verksamma i primärvården i Stockholms län har efterlysts av tidigare

årsmöten. Frågan har diskuterats vid ett gemensamt möte med företrädare för styrelserna för SFAM-Stockholm och DLF-Stockholm.

Vid årsskiftet fanns 452 ST-läkare anställda, varav 258 anställda i SLSO (landstinget) och 194 privatanställda. Med tumregeln en ST-läkare i allmänmedicin per 4 000 invånare behöver nuvarande antal ST utökas till 500. Så många ST-läkare i allmänmedicin behövs år 2013 om inte fler specialister än nu väljer att gå i pension i förtid eller går mer ner i tid än hittills. Med tumregeln att hälften av ST-läkarna kommer att ägna sig åt allmänmedicin skulle 750 ST-tjänster behövas.

Förändring av grundutbildningen medförde ökad studentbörda för CeFAM (Centrum för allmänmedicin). Någon ekonomisk kompensation för detta har inte skett. På grund av sänkt finansiering har CeFAM fått svårare att rekrytera vårdcentraler som vill ta emot studenter. Pressad arbetssituation, ersättningssystemens fokusering på besöksstatistik och otillräcklig ersättning för att ta emot studenter har framförts som bidragande orsaker. I en del fall har man inte heller haft möjlighet ordna de extra utrymmen som kan behövas.

Satsningar på ökad tillgänglighet och produktivitet har även gjort det svårt att erbjuda önskvärd handledningskvalitet, och resurserna har inte räckt till för att selektera patienter som passar för studenter respektive termin.

Ulf Eklund och Lars Bäcklund deltog i en arbetsgrupp som tillkommit på initiativ från DLF-Stockholm och har företrädare bl.a. för landstingskontoret och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning samt CeFAM. SFAM-Stockholms styrelse har i november 2011 beslutat att tills vidare avbryta sitt deltagande i gruppen.

Underhandskontakter med politiker har skett bl.a. i syfte att påverka utform-

ningen av regelboken mm och för att försöka informera om vad allmänmedicin innebär. En framgång var att medel som av förvaltningen tagits från ST i allmänmedicin till ett IT-projekt kom till rätta i tid.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Fortbildning i Stockholm

Stockholms allmänläkarkollegium kallar vi den grupp av fortbildningsansvariga kollegor som driver de nio fortbildningsnätverk som finns i SLL. Dessutom har vi bett läkemedelskommitténs allmänläkare som jobbar med fortbildning att vara med. Vi tar fram fortbildning och utvecklar nya modeller för fortbildning och kopplad kvalitetsutveckling. Kollegiet har adjungerat Maria Wolf som sitter i SFAM-Stockholms styrelse.

Pengarna kommer från tre källor: Läkemedelskommittén delfinansierar fortbildningen och bidrar även till kollegiets internutgifter eftersom vi också verkar som dess expertråd i allmänmedicin. Fortbildningssamordnarna har cirka 20 % distriktsläkarlön per nätverk samt ett litet driftsanslag. Utöver det försöker vi skaka fram olika typer av projektpengar för olika aktiviteter.

Jan Hasselström
Distriktsläkare, Storvretens vårdcentral
jan.hasselstrom@priv.sll.se

Örebro-Värmlands allmänläkardagar 2012

SFAM Örebro-Värmland anordnade i januari 2012 för tredje året sina fortbildningsdagar för allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Dessa dagar har blivit en viktig mötesplats för fortbildning och erfarenhetsutbyte. Antalet deltagare har ökat för varje år och i år slogs nytt deltagarrekord: 150 deltagare. Fortbildningsdagarna är en av lokalföreningens främsta aktiviteter under året och kan arrangeras då föreningen har ett visst eget kapital som förlustgaranti efter att anordnat SFAM:s höstmöte. På det sättet är vi inte beroende av sponsorer utan kan fritt utforma programmet.

Programmet i år var en blandning av klinisk medicin och kritisk granskning av några av tidens trender – det ökade intresset för register och mätningar som alltmer äter sig in i den kliniska vardagen.

Rutinnervstatus har blivit ett etablerat begrepp och presenterades av en av sina skapare, neurologen Lars-Johan Liedholm, Örebro. I en tid när tillgången till neuroradiologi är god och nästan kommit att bli en del av inkomstrutinen på akutmottagningar blir kunskapen och känslan för fysikalisk undersökning till slut eroderad. I rutinnervstatus har man samlat de tester som efter granskning har visat sig vara mest värdefulla. En bra re-



Lars-Johan Liedholm



Ulrica Ekstav

petition och påminnelse om den gamla sentensen "more harm is done because you do not look than from not knowing what is in the book". Lars-Johan avlivade också den gamla myten som hävdats av engelska neurologer att en korrekt Babinski bara kan dras med startnyckeln till en Jaguar XJR. Det går bra med en öronpinne också, vilken kändes som en lättad för auditoriet.

Hudtumörer var temat för en session som leddes av distriktsläkare Ulrica Ekstav och hudläkare Mikael Tarstedt, båda Karlskoga. Aktinisk keratos är en mycket vanlig solskada som beräknas drabba cirka 10 % av befolkningen över 40 år. Risken för övergång i skivepitelcancer är mindre än 1 %, vilket gör att en viss återhållsamhet med behandling rimlig. Behandlingen kan skötas av allmänläkare med de lokalbehandlingar som finns idag. Patienter där behandling kan rekommenderas är sådana med rikligt med aktinisk keratos, de med debut i tidig ålder eller tidigare skivepitelcancer och patienter med immunsuppression.

Malignt melanom diskuterades också och därmed också värdet av dermatoskopi som flera allmänläkare börjat använda. Handhavandet är dock inte alldeles enkelt och användande av de vanliga

"Hur riskabel är en risk och hur hoppfullt är ett hopp?"



Mikael Tarstedt



Sandra af Winklerfelt



Helene Ekström

kliniska kriterierna kommer säkert även i fortsättningen att vara hörnstenen i många kliniska bedömningar.

Under rubriken "Sömn, stress och oro – vad kan doktorn göra?" berättade allmänläkare Sandra af Winklerfelt, Stockholm, om sina erfarenheter av arbete med patienter med ångestsyndrom. Hon pläderade för förbättrad diagnostik vid ångestsymtom eftersom ångest har många orsaker. Hon använde en del screening-formulär och framhöll fördelarna med MINI och PHQ9. Behandlingsmässigt beskrev hon begreppet "stepped care" där patienter kunde få hjälp på lite olika nivåer allt från självhjälpsboken och internetbaserad behandling till manualstyrd gruppbehandling. Gruppbehandlingen innehåller såväl teori, praktiska övningar som hemuppgifter. Övningarna innebär ju att exponera sig för de ångestskapande situationerna. Auditoriet fick pröva på

hur man kan känna sig svimfärdig efter en minuts hyperventilation – svårare var det inte att trigga igång kroppen.

"Om värden i vården och vården i värden – hur kan vi förstå och använda dessa?" Det var temat för Helene Ekströms, Växjö, anförande om det ökande intresse för mätningar i vården som vi alla ser idag. Mätningar innebär alltid förenklingar av verkligheten. Bara det faktum att vi mäter innebär att vi intresserar oss för det mätbara. Hur går det då med det omätbara? När data av tveksamt värde sedan presenteras sker det med en sorts skenbar exakthet, och de statistiska kunskaperna hos betraktaren är inte alltid de bästa. Hantering av ordinalskalor och ranking sågades med särskilt eftertryck. Helene lyfte fram vårdens verkliga värden så som hon såg det: personcentrerad vård, erkännande av osäkerhet, ömsesidig respekt, tid och tillit.

Om vi ska mäta borde det vara en förutsättning att mätningen gör nytta i vår egen kontext.

Även riskmedicin avhandlades och frågan ställdes: Hur riskabel är en risk och hur hoppfullt är ett hopp?

Deltagarna fick en rejäl hjälp att höja sin medvetenhet och möjlighet till kritiskt förhållningssätt när frågor om kvalitetsmätning kommer på agendan.

Sammanfattningsvis var det mycket berikande fortbildningsdagar utformade av allmänläkare för allmänläkare och en värdefull mötesplats för regionens allmänmedicinare.

Bengt Karlsson

Baggängens vårdcentral, Karlskoga
bengt.karlsson.kga@telia.com

europa forum for primary care

konferens i Göteborg • 3-4 september 2012
www.euprimarycare.org



Procedurhandboken

Praktiska moment för diagnos och behandling

Den här boken fyller ett behov för utbildningsläkare i Sverige som checklista över utförda procedurer. Mera erfarna kan ha den tillhands som en trygghet vid sällsyntare ingrepp. Den kan säkert minska ångesten hos dem som åtar sig biståndarbete om inte den organisation man far med har egna manualer. MSF, läkare utan gränser, har en som delvis överlappar, "Minor surgical procedures". Självt har jag många gånger släpat med mig Maurice Kings böcker om kirurgi och anestesi. Läkare från andra länder, inte minst från de fattigare, har ofta mycket praktisk kunskap och erfarenhet.

Kortfattat presenteras i boken drygt 60 olika diagnostiska och terapeutiska ingrepp från många specialiteter. Instruktionerna hamnar på exakt rätt nivå då författaren har utbildningen aktuell. Upplägget är enhetligt med Indikation, Material, Teknik och Tips, allt i telegramstil och punktform. En del ritade bilder med anatomiska landmärken finns med. För en del anges den latinska benämningen för åtgärden.

Den svenska sjukvården blir alltmer subspecialiserad och det sätter omdömet på prov både vad gäller indikationer och kontraindikationer. Patientsäkerheten kan äventyras av den som gärna vill träna sig själv. Jag tror att jag under mina år i yrket utfört de flesta ingreppen, förutom inläggning av artärkateter, en del endast enstaka gånger och ibland under handledning. I Jokkmokk under mer än 20 års tid blir det mycket färre, men en del utförs av annan personal. Vi ska nog ha boken i akutrum eller lilla op-salen.

På insidan av de plastade pärmarna finns A-HLR (avancerad hjärtlung-räddning) och handlingsplan för luftvägstopp. Här kommer en del kommentarer och randanmärkningar:



Procedurhandboken: Praktiska moment för diagnos och behandling

Författare: Caroline Gertzén Jintoft.

ISBN 978-91-44-05018-8

Sidor: 171

Förlag: Studentlitteratur

I appendix, som egentligen är en innehållsförteckning uppdelad på specialitet saknas sidhänvisning.

Man kan alltid diskutera och ha olika uppfattning vad som ska vara med i en sådan här bok. Jag saknar reposi-tion av axelledsluxation men tycker att PEF-mätning kunde utgått. Det enda korrekturfelet jag funnit är i texten om PEF-dygnsmätning i hemmet. Det ska vara ut, inte in-blåsningar.

Även frysning av hudförändringar och vårtor kunde tagits med liksom reposi-tion av fingerluxation. Intubation är med rätta på väg ut till förmån för till exempel larynxmask.

Vad gäller infarter är det märkligt att inte tekniken från enkla förhållanden att gå in i bukhåla används i Sverige. Även trans-fusion kan ges intraperitonealt.

Inte heller nämns fördröjd sekundärsutur vid misstänkt infekterade sår. Det verkar vara ett kulturellt motstånd här, men är mycket användbart i tropikerna. Tömning av åtminstone större abscess bör i de flesta fall utföras trubbigt med peang eller fingret.

Vid modifierad König bör man undvika att klippa genom huden vid nagelban-det för att inte få uttalad blödning när stasen släpps. Tekniken är mycket mera skonsam och vi har haft patienter som direkt återgått till älgjakten efter ingreppet. Stor skillnad med lång läkningstid med ursprunglig metod.

Vid främmande kropp på cornea är det viktigt att påtala skillnaden i trubbig och spetsig del av främmande kroppsinstru-mentet och att mindre rostring går att skrapa eller fräsa bort.

Vid upphettning av gem till glöd för att punktera nagelhemtom bör man skydda sina egna fingrar (med ett instrument eller kork) som annars riskerar bli brännskadade.

Figuren för axelinjektion blir jag inte riktigt klok på, förstår inte vad som är fram och bak och vilken vinkel som av-ses. Inte brukar man väl injicera i leden vid luxation?

Vid rektoskopi bör man försöka komma förbi kröken vid 15 cm. Om det går ökar informationsvärdet av undersökningen.

Tuppkamväska för knäartros är helt ute. Det var längesen det var modernt och evidensen är svag.

Den enkla ventilen tillverkad ett avklippt finger från en skyddshandske kunde nämnts vid luftning av pneumothorax (bild finns i Lennquists "Katastrofmedicin"). Specialventiler är sällan tillhands när de behövs.

Lokala förhållanden och överenskommer liksom teknisk utveckling påverkar vilka procedurer vi utför. Subspecialisterna vill själva ta specialprover för korrekt hantering och preparering. Det gäller till exempel hematologerna. Röntgenologiska bildframställningar har gjort andra undersökningar mera sällsynta, t.ex. lumbalpunktion. Barnmorskorna

tar i Sverige cellprover från livmoderhalsen vilket är en läkaruppgift i många andra länder. Här saknar jag tipset att använda tång när det är svårt att komma åt cervix. Man slipper det tråkiga svaret att det inte är representativa endocervikala celler i provet. Det besparar omständiga för patienten oroande omtagningar.

Avslutningsvis vill jag upprepa att detta var randanmärkningar. Boken rekommenderas och kan användas praktiskt i handledning. Det går ju komplettera med samma kortfattade koncept med ytterligare procedurer. Det blir intressant att se vad som förändras till nästa version!

Kanske skulle boken förutom denna behändig pappersutgåva ligga på Internet med klickbara instruktionsfilmer? Det vore god och modern pedagogik!



Peter Olsson

Jokkmokk april 2012
peter_olsson@hotmail.com

Annons

Annons

Ny avhandling

Mötet mellan patienten och läkaren

Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning

Bakgrund

Efter många år i primärvården hade jag ingen tanke på att forska. Livet var mer än arbete och praktiken på vårdcentralen räckte gott. Men praktiken är en ostrukturerad terräng. Ett hav utan land i sikte. En möjlighet att få fotfäste erbjöd sig då jag någon dag i veckan blev lärare på läkarutbildningen i Göteborg. Det blev ett andningshål, en möjlighet att via studenternas frågor och synpunkter reflektera över mitt eget arbete. En annan möjlighet kom via forskningen. Den traditionella biomedicinska forskningen hade jag alltid sett som självklar och nödvändig. Men i denna såg jag också risken att den enskilda patientens röst försvann, drunknade i statistiska tabeller och anonymiserades i vårdprogram och evidensjakt. Den centrala händelsen i vårt arbete, mötet med patienten, belystes alltför sällan.

Via undervisningen fick jag till sist uppmuntran att starta ett forskningsprojekt som passade mig. Tillsammans med Mats Wahlqvist och Bengt Mattsson, den senare en av mina blivande handledare, gjorde vi en studie om läkarstudenters erfarenheter av ett minnesvärt patientmöte. Jag fortsatte sedan, nu med inriktning på erfarenheter av mötet med somaliska flyktingar, en patientgrupp jag träffat under många år på min vårdcentral i Hjällbo i Göteborg. Förutom Bengt Mattsson var mina handledare Carola Skott och Margret Lepp, bäge vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Sahlgrenska akademien. Genom dessa tre lärde jag mig att goda handledare är guld värt.

Metod

Metodiken i studierna är kvalitativ och baserar sig på nedskrivna berättelser (*studie I*), enskilda intervjuer (*studie II och*



III) samt fokusgruppintervjuer (*studie IV*). I *studie II* och *III* användes en hermeneutisk metod i textanalysen [1].

Resultat

Studie I [2] baserades på erfarenheter hos läkarstudenter. Det visas hur sociala och mänskliga faktorer spelade stor roll bakom besöket. Det verkliga problemet visade sig ofta vara något annat än vad patienten sökt för. Studenterna får lära sig att byta spår i den diagnostiska processen. Handledarens viktiga roll framhävs. Ofta fungerade handledaren som ett identifikationsobjekt men ibland som ett mindre positivt exempel, som då denna undvek ögonkontakt med patienten.

Slutsatsen var att studenterna, genom att skriva ner en berättelse om ett givande patientmöte, kan lära sig att reflektera över detta möte och dess specifikt mänskliga kvaliteter.

Studie II och *III* utgick från enskilda intervjuer med drygt tjugo somaliska flyktingar. I *studie II* [3] beskrivs en stark längtan att återvända till Somalia samt en känsla av dubbel identitet – att vara både svensk och somalier. Många informanter berättar om en kroppslig smärta, där orsaken ofta blir okänd. Denna smärta försvann vanligtvis om de haft möjlighet att resa till hemlandet på ett kort besök. Då de återkom till Sverige, återkom också smärtan. Erfarenheter av rasistiska tillrop och diskriminerande behandling är vanliga. Den somaliska familjen är stor och tjänar som ett skyddsnät. Släktingar runtom i världen försöker på olika sätt ställa upp för varandra. Splittrade familjeband och förlust av de sociala skyddsnät som fanns i hemlandet komplicerar situationen. Islam spelar en självklar roll i relation till sjukdom och ohälsa och man läser ofta koranen hemma hos den sjuke.

Studie III [4] belyser somaliernas erfarenheter av kontakter med svensk sjukvård. Höga förväntningar på vården var vanligt. De flesta hade märkt en avvisande attityd i mötet med vården. Ofta togs deras problem inte på allvar, som om läkaren inte trodde dem. Detta medförde att många sökte sig utomlands för att få sjukvård. En man berättade hur han i flera månader sökt hjälp för värk i ryggen. Han gick ned i vikt och svettades. En förklaring han ofta fick var att hans besvär berodde på "stress". Till slut sökte han vård utomlands. Där konstaterades att han led av tuberkulos i skelettet.

I *studie IV* [5] ville vi undersöka vilka erfarenheter ST-läkare i allmänmedicin hade av mötet med patienter från Somalia. Läkarna mötte höga förväntningar och de märkte ett kulturellt avstånd i



konsultationen. Många beskrev hur de kunde känna sig utanför i tolksamtalet. Patienternas anamnes upplevdes ofta som osammanhängande och berörde många skilda problem samtidigt. Att hälsa eller inte hälsa på patienterna var ibland ett problem, både för de kvinnliga och manliga läkarna. En manlig läkare hade löst detta dilemma genom att helt enkelt lägga handen på bröstet och till samtliga säga "assalaam u aleikum" ("frid vare med dig"). För att hantera svårigheterna i mötet valde en del läkare en auktoritär attityd av gammaldags snitt. De flesta valde dock en strategi präglad av nyfikenhet och vilja att lära känna patientens bakgrund och person.

Sammanfattning

Somaliernas känsla av att vara avfärdade i sjukvården är central. Detta utesluter inte att en del har positiva erfarenheter av svensk sjukvård. Men att inte bli trodd understryker en känsla av "att inte höra till" och förstärker uppfattningen av att majoritetssamhället inte bryr sig. En fungerande dialog och intresse för patienten som person är därför grundläggande för förståelse.

Men dialogen med patienten rymmer inte bara samförstånd utan även konflikt. Patienten bör inte ensidigt ses som ett "offer" utan som en person med egen kraft och styrka som också själv har ett ansvar att i görligaste mån berätta sin historia. ST-läkarnas svårigheter att förstå de somaliska patienterna är i viss mån begriplig. Gemensamma erfarenheter vad gäller bakgrund och att tala samma språk underlättar kommunikationen. Men mötets inneboende maktstruktur, där patienten ofta är i underläge, kan ytterligare bidra till bristande förståelse. Hur man tacklar dessa frågor borde tydligare uppmärksammas i läkarutbildningen.

För mig själv har arbetet med avhandlingen varit lärorikt, omskakande och roligt. Jag skrev den på halvtid, samtidigt som jag arbetade på vårdcentralen. Detta medförde en förändring i mitt sätt att bemöta patienterna. Jag tror jag har blivit mer nyfiken och vetgirig. Jag inser tydligare att min egen osäkerhet också är en tillgång, en utgångspunkt för ökad förståelse. Och att praktiken behöver forskningen och tvärtom.

Nätadress till avhandlingen:

<http://hdl.handle.net/2077/27961>

Boken kan beställas av författaren.

Referenser

1. Gadamer, H.-G. 1994. *Truth and method*, New York, Continuum.
2. Svenberg, K., Wahlqvist, M. and Mattsson, B. 2007. "A memorable consultation": Writing reflective accounts articulates students' learning in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 75-79.
3. Svenberg, K., Mattsson, B. and Skott, C. 2009. 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine*, 16, 279 - 291.
4. Svenberg, K., Skott, C. and Lepp, M. 2011. Ambiguous Expectations and Reduced Confidence: Experience of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care. *Journal of Refugee Studies*, 24(4), 690-705.
5. Svenberg, K., Mattsson, B., Lepp, M. 2011. Vocational trainees in Swedish General Practice and their experiences of meeting patients from Somalia. *Submitted*.



Kristian Svenberg

Vårdcentralen Lärjedalen, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

Årets avhandling



SFAMs forskningsråd utser varje år "årets avhandling". Det är den allmänmedicinska relevansen och kvaliteten som bedöms. I år var det Ann-Christin Haffling som fick äran. Motiveringen lyder:

Ann-Christin Haffling har med sin avhandling "Medical students in general practice: students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients" studerat den del av läkarutbildningen som sker ute på vårdcentraler ur patienters, studenters och handledares perspektiv.

Genom avhandlingens olika delstudier kunde Ann-Christin Haffling använda sina resultat för att på ett vetenskapligt sätt utveckla läkarutbildningen i allmänhet, och utbildningen i allmänmedicin i synnerhet, till gagn för studenter, läkare och inte minst framtida patienter.

Ann-Christin presenterade sin avhandling i AllmänMedicin 3/2011.

Roger Neighbour i Halland

Roger Neighbour, engelsk allmänläkare och välkänd konsultationsforskare, har under två dagar utbildat Hallands ST-läkare i allmänmedicin. ST-läkarna brukar ha utbildning i internatsform årligen, och inför detta möte hade studierektor Mats Rydberg i Södra Halland lyckats engagera Roger Neighbour, som han lärt känna i samband med en "Kalymnoskurs" nyligen.

Roger Neighbour är 64 år, har varit "pensionär" i åtta år, dvs. han drog sig tillbaka från "General Practice" år 2004. Sin tid tillbringar han i St. Albans strax norr om London och på franska kanalkusten intill Mont Saint Michel, där han har en lägenhet. Han uppskattar maten i Frankrike, vem gör inte det? Och ibland ett glas vin från Alsace.

Under en följd av år har han varit en av de tongivande brittiska konsultationsforskarna tillsammans med bl.a. Peter Tate och David Pendelton från Oxford samt Jonathan Silverman från Cambridge. Peter Tate är välkänd för många svenska allmänläkare från konsultationskurser i Oxford och Sverige.

Neighbour har producerat en stor mängd artiklar och tre böcker som berör konsultationskonsten, bl.a. "The inner consultation". I början av 2000-talet var han president för Royal College of General Practitioners, Storbritanniens motsvarighet till SFAM med prefixet Royal. Inte nog med det, för ett år sedan förärades Roger Neighbour utmärkelsen OBE (Officer of the Order of the British Empire) av Drottning Elisabeth II för sina insatser inom forskning och utbildning i den akademiska världen.

Vem är personen Roger Neighbour?

Han föddes 1947, fadern arbetade inom byggindustrin, modern var hemmafru (och "countychampion" i golf). Tidigt, vid fyra års ålder, blev han intresserad av att spela violin. Enda barn som han var kom han snart i skolning, och musik är fortsatt den stora passionen i livet jämte yrkeskarriären. Han spelar sedan länge i en halvprofessionell symfoniorkester. Han tar fortfarande lektioner och säger att "musiklektioner och träning leder till bättre förmåga", medan träning i golf – som han också ägnar sig åt – endast medför fortsatt försämring. För att få balans i tillvaron ingår också Zen-meditation i den dagliga rutinen.

Roger berättar att han tidigt insåg att han ville ha musiken som hobby och inte som yrke. Yrkesvalet blev medicin, och den karriären hade kanske slutat tidigt om han inte hade givits möjligheten att välja bort biokemi! I stället tog han en kurs i "Experimental psychology". I USA träffade han professor Milton Erickson som demonstrerade hypnos och möjligen tänkte Rogers intresse för den mellanmänniska kontakten. Balintgruppverksamhet har varit en annan inspirationskälla under karriären som GP.



Roger Neighbour i engagerat samtal under lunchen Foto: Pierre Carlsson.

Franz Schubert, som är favoritkompositören, har verkat som en drivkraft genom karriären. Schubert ger Neighbour en känsla av "bredd och djup" och framkallar stark rörelse hos honom. Favoritförfattaren är EM Forster ("A passage to India", "Howards end", "A room with a view" – som alla blivit till kända filmer). Båda dessa gestalter (Schubert och Forster) pekar i sina verk på essensen av nära mänskliga relationer och är Roger Neighbours hjältar.

Nämnas kan att han 2011 råkade ut för en hjärtinfarkt och omgående fick en stent insatt, därtill sedvanlig protektiv medicinering. Det hela har gått bra bortsett frånsett att det inte längre går att jogga som tidigare eftersom han fått betablockad. Han avrundar den berättelsen med att säga: "Efter denna händelse är jag inte längre rädd för att dö". Efter pensionen har han av uppskattande patienter blivit bjuden på middag tre gånger!!! på den exklusiva restaurangen "The Fat Duck".

"Det är roligt och inspirerande att fortfarande vara efterfrågad" säger Roger Neighbour som åker jorden runt och föreläser om konsultation, på senare tid bl.a. i Arabländer och Japan. Som avslutning på intervjun säger han: "Alla nycklar kommer från patienten, om man bara är receptiv och fullständigt närvarande".

Att vara General Practitioner

Roger Neighbour har varit verksam som allmänläkare (GP) i ca 30 år inom NHS (National Health Service) som är en jätteorganisation. Under tiden för internatet i Varberg klubbades en ny reform i Storbritannien som innebär "GP-funding" till 80%. Dvs 80% av hela sjukvårdspengen kommer att styras och handhas från den "Practice" där patienten är listad. –Har ni också valfrihet till vansinne? frågar Roger Neighbour, som inte är förtjust i den nya reformen.

"Alla nycklar kommer från patienten, om man bara är receptiv och fullständigt närvarande."

Roger Neighbour, Varberg 2012

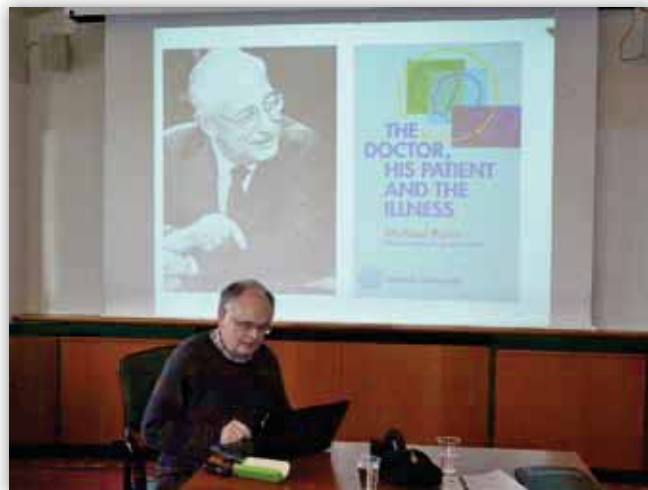
Den mylla i vilken den brittiska konsultationsforskningen har sin grund alltsedan Byrnes och Longs videostudier består av ett virrvarr av besök: 40-50 per dag. Det säger sig självt att dessa besök inte kan motsvara besöken hos en svensk allmänläkare. På tio minuter skall man läsa in sig, konsultera, förskriva och sedan skriva sin egen journal. Invånarna besöker i England sin GP ca 6,5 ggr årligen, att jämföra med i Sverige ca 1,5ggr. Det betyder sannolikt att såväl sjukvårdsupplysning som besök hos distriktssköterska i Sverige motsvaras av GP-besök i England. Detta leder till en fenomenal personkännedom och är kanske förutsättningen för den konsultationsskicklighet som förefaller vara kännetecknande för i alla fall den traditionella brittiska GP:n.

Allmänmedicin enligt Neighbour har två huvudspår: att manövrera konsultationen, och att få till "det medicinska upp-lägget". Avsikten med det vi gör är att använda vår skicklighet till patientens fromma. Mötet med patienten är uppdelat i två hälften: Att försöka lösa "rätt" problem, och att implementera en överenskommen lösning. För att kunna göra detta behöver doktorn skapa en relation, uppfatta patientens "signaler" på rätt sätt, och underhand summera hörbart för patienten, så att man är på rätt spår. Hur detta kan gå till fick vi oss förevisat med all den värme, humor och levnadskonst som är så kännetecknande för brittisk allmänmedicin. En stor del av ST-läkarna är bekant med Kalymnosmodellen, som också behandlades under internatet. Många läkare i Halland har gått Kalymnos-kursen. Mycket av det som lärs ut under beteckningen Kalymnosmodellen är baserat på den brittiska traditionen av konsultationsforskning.

Vi fick också lite tips om hur konsultationen kan avslutas, något som man har användning för om man skall se 40 patienter på en dag. Bra är att tänka på det oväntade. Om jag (doktorn) har rätt i min bedömning, vad är nästa steg? Hur får jag reda på om jag har fel? Vad gör vi då?

Hur mycket av mina tvivel skall jag kommunicera till patienten, respektive behålla för mig själv? Allmänmedicin är ju bl.a. att leva med och hållbara osäkerhet.

En del tid ägnade vi åt "House-keeping" – att ta vara på oss själva. Efterhand i karriären blir det allt tydligare att vi själva är det viktigaste verktyget, inte bara i medicinsk mening. Den egna personen, förmågan till empati och relationsskapande, är ofta av avgörande betydelse i patientarbetet. Dessa verktyg behöver vårdas och handhas med respekt. På slutet fick vi höra en del om transaktionsanalys och "Joharis fönster". Det senare begreppet avser och beskriver hur vår personlighet består av



Roger Neighbour med välkänd föregångare inom konsultationsforskningen. Foto: Pierre Carlsson.

fyra delar. En del som är "blind" för oss själva men synlig för omvärlden. En för oss själva känd "hemlig" del som vi inte avslöjar utåt. En för både oss själva och andra känd del. Den fjärde rutan i "Joharis fönster" representerar det som är helt okänt såväl för oss själva som för omvärlden. Sammansättningen av dessa fönster påverkar vår förmåga i människovårdande yrken. Det anses vara en fördel om den "blinda" och den "hemliga" delen av vår personlighet tillsammans inte är alltför stor.

Enligt Roger Neighbour går det att utveckla sin empatiska förmåga. Detta kan ske genom deltagande i Balintgrupper och genom att ständigt ta del av beskrivningar av det mänskliga livet i konst, litteratur, teater, film, och musik.

Stort tack, Roger Neighbour, för den värme och det engagemang du visade oss under två dagar i Varberg mars 2012!



Pierre Carlsson
Distriktsläkare Ullareds VC och studierektor
Pierre.Carlsson@regionhalland.se

"The Role of Consultation" är en en länk med korta videoavsnitt där du kan se Roger Neighbour, Peter Tate, Ionna Heath m fl kända engelska GP:s syn på konsultationen. http://exact.e-lfh.org.uk/exact/cppid/GPS_2a_001_The_Role_of_the_Consultation/last/d/GPS_Session/371/tab_395.html

Lär dig mer om smärta!

Hjärnforskaren Martin Ingvar har tillsammans med medicinjournalisten Gunilla Eldh tidigare skrivit denna bok som enligt baksidestexten vänder sig till "både dig som har ont och till dig som behandlar och ger råd till personer med långvarig smärta". Textens "du" är dock hela tiden personen som har ont.

Jag har haft ett intresse för långvarig smärta under de dryga tio år jag har arbetat i primärvården och tjänstgjorde på smärtemottagningen i Ystad under del av min ST. Jag har vid flera tillfällen försökt starta upp multimodala smärtteam på vårdcentralen med Försäkringskassan som medfinansier utan att lyckas. När rehabiliteringsgarantin kom 2009 och Region Skåne valde att lägga ut multimodal smärtehabilitering (MMS) som en särskild ackreditering startade vi genast upp behandlingsprogram på Brahehälsan och har nu MMS på båda våra mottagningar.

Det var därför med glädje jag tog emot recensionsexemplaret av denna bok. Kunde den vara lämplig att låta patienterna läsa? Är den något att sätta i händerna på mindre smärtekunniga kolleger? Ansatsen är ambitiös och texten spänner från beskrivning av smärtefysiologin, över hur man kan mäta den till genomgångar av de olika smärtyperna.

Efter att ha läst de första kapitlen om hur smärtan fungerar, hur man kan mäta den och vad som händer när smärtan centraliseras och kroppen värker "utan anledning" var jag redo att oreserverat skriva LÄS DEN! På ett lättförståeligt men inte alltför populärvetenskapligt sätt beskriver författarna det som personer med långvarig smärta har så svårt att förstå och som även alltför många läkare inte tagit till sig. Nämligen hur smärtan kan centraliseras och ta sig "konstiga"



Hjärnkoll på värk och smärta
Författare: Martin Ingvar och Gunilla Eldh.
ISBN 978-91-27-13003-6
Sidor: 195
Förlag: Natur & Kultur

uttryck såsom varierande lokalitet, ökad smärtekänslighet och till slut en smärteupplevelse utan smärteimpulser från periferin.

I efterföljande kapitel belyses placebofunktionen med vädjan att både vi och våra patienter ska använda oss mer av den. Tankens kraft över smärtan lyfts fram liksom terapier som KBT och ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Betydelsen av sömn och beröring för välbefinnandet och därmed en minskning av smärtan betonas.

Avsnittet om läkemedelsbehandling känns väl summariskt även för att huvudsakligen vara riktat till patienten. Författarna framför en stor skepsis mot läkemedelsbehandling vid långvarig smärta, lite väl stor enligt min mening då denna oftast gör viss nytta även om den bör kombineras med andra behandlingsmetoder såsom fysisk träning på lagom nivå. Till viss del rehabiliterar man sig i kapitlet om palliativ smärta där man påtalar vikten av regelbunden smärtlindring i tidigt skede.

Boken hade mått bra av att avgränsas något och ibland blir de politiska ståndpunkterna kring försäkringssystem och liknande något störande. Detta är dock randanmärkningar och jag tycker att jag med lätthet kan svara JA på båda mina inledande frågor.

Så, om du inte redan är mycket väl insatt i de senaste forskningsrönen kring långvarig smärta – LÄS DEN! så visar du förhoppningsvis en ännu större förståelse nästa gång du stöter på en patient som har ont överallt och kan låta bli onödiga utredningar utan i stället snabbare slussa patienten till rätt form av behandling.



Karin Träff Nordström
Verksamhetschef
Brahehälsan, Löberöd
ktn@sfam.se

Annons

Alkoholens betydelse vid smärta och värk

Högkonsumtion av alkohol ger många uppenbara nackdelar för smärtupplevande, välbefinnande och läkningsprocesser. Interaktioner med läkemedel kan vara besvärliga. Alkohol kan dock ibland ha betydelse för smärta även vid en mycket måttlig konsumtion. Det kan då vara mycket svårt att ge generella råd. Vårt smärtsystem, vår reaktion på alkohol och vår perception är för mångfacetterad för att alkoholens inverkan på smärtan i sig och på totala livskvalitet kan styras och ställas med. Kunskap om vissa grundläggande farmakologiska egenskaper hos alkohol kan dock vara en hjälp att föra en dialog med sin patient. I denna dialog är inte alltid mängden alkohol som konsumeras det centrala, utan den individuella reaktionen på alkohol. Detta och ett lite annat smått och gott om alkohol och smärta belyses här. Texten är ett utdrag från en kommande bok "Alkohol en fråga för oss i vården".

Kan alkohol framkalla smärta?

Hur kan man få ökad värk av alkohol? Dricker smärtpatienter mer alkohol?

Det finns några viktiga mekanismer som gör att smärtröskeln kan sänkas och smärtintensiteten tillta hos en vulnerabel person. Å andra sidan tycks långvariga smärttillstånd vara associerat med en lägre alkoholförbrukning. Det är som vanligt med andra ord; vår individuella känslighet och hur vi reagerar på alkohol är mycket varierande.

Alkohol orsakar dock alltid ett sympatikuspåslag. Detta kan ses som en fysiologisk reaktion på alkoholens sedativa farmakodynamik. Effekten märks framför allt när promillen är sjunkande och en tid efteråt.

Samtidigt orsakar varje alkoholintag en påverkan på HPA-axeln, d.v.s. hypothalamus, hypofys och binjure. Tillsammans medför dessa effekter en ökad utsöndring av stresshormonen adrenalin och norad-

renalin. Det sker alltså ett stresspåslag i kroppen, vilket följdriktigt medför blodtrycksförhöjning (trots samtidig perifer kärlvidgning), ökad hjärtfrekvens och en förhöjd muskeltonus [1]. Det är framför allt denna förhöjda muskelspänning som i vissa situationer kan bidra till ökad smärta. Den ökade muskelspänningen kan sitta kvar mycket länge, oklart hur länge, men efter avgiftning av kroniker har man mätt tonusförhöjning mer än tio dagar.

Av övriga smärthöjande mekanismer kan nämnas en centralnervös hyperexcitabilitet och ångestökning efter man druckit alkohol beskriven ovan under baksmällans och alkoholabstinens mekanismer. Även alkoholens sömnstörande effekter beror till viss del, men inte enbart, på samma adrenerga mekanismer som förhöjer muskeltonus. Trötthet och ökad ångestbenägenhet är naturligtvis faktorer som bidrar till sämre tolerans för nociceptiva stimuli och därmed en ökad smärtupplevelse.

Muskel- och ryggvärk

En gammal sanning är att muskulär värk, framför allt akut lumbago, har tydligt samband med alkoholkonsumtion. Enligt en lärobok i alkohol från 1980-talet är alkohol den främsta ryggvärksfaktorn och arbetsförhållanden kommer på andra plats [2]. Tyvärr har detta inte bekräftats i studier, främst för att det inte finns bra studier på området. Det finns visserligen några få studier samt en metaanalys som inte kunnat konstatera samband. Metaanalysen konstaterar att det inte går att dra slutsatser från existerande studier [3]. Det är ett generellt problem att alkoholens roll för primärvårdens vardagsproblem är så dåligt studerat. Forskas det på alkoholens komplikationer så är det oftast beroendeklinikernas patienter som blir aktuella.

Situationen är dock klarare för kroniska smärtpatienter, t.ex. fibromyalgi, reumatism eller annan kronisk generell smärta. Här är det tydligt att dessa patienter använder mindre alkohol än flertalet. Långtidssjukskrivna för rygg- och nackvärk använder mindre alkohol än friska, åtminstone gäller det för kvinnor [4]. Detsamma gäller vid IBS. Alkohol som smärtdämpning dock vanligare hos yngre,



ogifta, män, deprimerade och de som använder värktabletter, så detta kan vara observerbara [5].

Sammanfattningsvis så tycks man oftast inte använda alkohol för att döva smärta vid kronisk värk, men ibland vid akuta smärtor. Begränsar vi oss till alkoholens effekter på smärta och värk på gruppnivå kan man tycka att vår användning i stort är sett rimlig, då användningsmönstret stämmer med de fysiologiska effekterna.

Alkohol och migrän

En tredjedel av alla med migrän anger att alkohol kan trigga deras migrän. Men det är bara tio procent som anger att alkohol ofta triggar migrän och ändå färre att de inte kan dricka alkohol på grund av migrän [6]. Tvärtemot detta så finns det samtidigt patienter där en liten dos alkohol kan lindra ett migränanfall. Vad utlöser migränen? Kan det vara biogena aminer såsom histamin, tyramin, och fenylalanin, eller fenoler, flavonoider, sulfid eller något annat som sätter igång migränen? Samtliga nämnda substanser har misstänkts och studerats. På det stora hela så tycks det vara alkoholen som orsakar migrän snarare än andra ingående substanser, även om t.ex. histamin i högre doser inte kan uteslutas [6].

Rödvin har särskilt rykte om sig att framkalla migrän, men det finns inte stöd för detta i studier. Däremot finns resultat som pekar mot att starksprit och mousserande vin tycks ha lite större förmåga att framkalla migrän. Även detta för misstanken till alkoholen själv, mousserande vin ger ju snabbt upptag. Intressant är också att låg dos alkohol intaget i samband med måltid tycks minska frekvensen av attacker, medan alkoholkonsumtion i samband med stress tycks öka attackfrekvensen.

En sammanfattning och tolkning kan vara att det inte är vad som dricks utan hur det dricks som tycks vara viktigast, näst efter alkoholmängden förstås. Mekanismen för alkoholens migränprovokation antas vara en endogen 5-hydroxytryptamin (5-HT) frisättning hos känsliga individer. 5-HT frisätts bl.a.

från trombocyter, men det finns även mastceller i duran som kan frisläppa 5-HT, prostaglandin och histamin.

Entydigt är att individer med migrän generellt har en klart lägre alkoholkonsumtion än andra: Beroende på att man inte tål alkoholen lika bra, eller beroende på den påstådda migränpersonligheten är outrett.

Akut alkoholsmärta

En patient söker dig för akut påkommen smärta varje gång man dricker alkohol, och bara i samband med alkoholförtäring. Smärtan kommer redan några minuter efter första klunkarna, och det är alltid på samma plats i kroppen. Först var smärtan mild, men den har successivt tilltagit och nu har den blivit outhärdlig. Diagnos tack?

Denna symtombeskrivning ska föra tankarna till malignitet. Detta noterades först för Hodgkins lymfom redan på 1950-talet, men har sedan konstaterats för andra maligniteter, och även vid sialoadenit och lymfadenit vid tuberkulos. Ett ovanligt kuriosum.

Alkohol som bedövningsmedel

Historiskt har alkoholen varit ett värdefullt medel för att döva somatisk smärta. Men är det effektivt som analgetikum? Det finns ett par studier som visat att effekten faktiskt tycks jämförbar med morfin. En liten men väljordad experimentell studie visade att en oral alkoholdos på 1 ml/kg, motsvarande drygt 4 standardglas eller cirka 3/4 flaska vin för en person som väger 70 kg, hade samma analgetiska effekt som ca 12 mg morfin givet subkutant. Även intravenös administration av alkohol har visat på effektstorlek jämförbar med morfin [7, 8].

Alkohol används också i befolkningen för att döva smärta, men huvudsakligen vid akuta smärttillstånd. Det tycks framför allt vara yngre män som använder alkohol på detta sätt. Personer med kroniska somatiska smärttillstånd använder däremot alkohol i mindre utsträckning än genomsnittet i befolkningen, vilket är visat i ett flertal studier och för olika kroniska sjukdomstillstånd. Det faktum

att sjuka är överrepresenterade i lågkonsumtionsgruppen bidrar till att dödligheten är högre i denna grupp jämfört med gruppen måttlighetskonsumenter.

Smärtläkemedel och alkohol

Alkohol och smärtläkemedel är ofta en problematisk kombination. Det finns egentligen ingen helt komplikationsfri kombination. Paracetamol har en farmakokinetisk interaktion, NSAID och opioider har farmakodynamiska interaktioner [12].

Paracetamol

Hög alkoholkonsumtion under ett antal veckor leder till en enzyminduktion. Alkohol inducerar särskilt CYP 2E1. Detta system bryter ner t.ex. warfarin, fenytoin, teofyllamin och paracetamol. CYP 2E1 kan öka 10-20 gånger som mest. Detta innebär att alkoholen som normalt metaboliseras max till tio procent i detta system förbränns snabbare (90 procent av alkoholen metaboliseras med hjälp av alkoholdehydrogenas, ADH). Samtidigt kommer läkemedlen som metaboliseras via detta system att brytas ner mycket snabbare. Den svåra levertoxiska effekten vid paracetamolförgiftning beror på att paracetamol bryts ner till en ytterst toxisk metabolit, kinonimin. Normalt hinner levern skaffa bort den snabbt så att den inte hinner ställa till skada. Men vid överdosering av paracetamol, eller vid enzyminduktion med snabb nedbrytning, kan kinoniminet ackumuleras med levernekros som följd. Försiktighet med maxdos paracetamol för högkonsumenter är slutsatsen.

NSAID

Alkohol hämmar trombocytfunktionen och trombocytantalet sjunker när vi dricker alkohol, men stiger snabbt igen och kan visa sig som en trombocytos. Den sänkta trombocytfunktionen kan interagera med NSAID inklusive salicylika, vilka också hämmar trombocytfunktion. Detta kan ge en ökad blödningstendens. Detta gäller särskilt magslemhinnan där NSAID och alkohol dessutom är synergistiska i sin slemhinneirriterande effekt.

Opioider m. fl.

Alkoholens centralnervösa effekter förstärks av andra läkemedel med centralnervösa effekter. Dit hör opioider, anti-epileptika, neuroleptika, bensodiazepiner, sömnmedel, antidepressiva och sederande antihistaminer. De olika läkemedlen påverkar sina respektive specifika receptorer i CNS och alkoholen påverkar såväl samma receptorer som ett otal andra system. Till stor del medieras detta via alkoholens påverkan på cellmembranet som får ökad fluiditet med alkohol i blodet och en reaktiv ökad stelhet vid abstinens. Detta påverkar jontransporter, transmitterfrisättning, energiomsättning mm.

Dör man av alkoholförgiftning är det ofta andningsdepressionen som dödar. De som dött i alkoholförgiftning har som genomsnitt 3,3 promille i blodet, men de som samtidigt har nämnda läkemedel i blodet har bara 1,3-1,7 promille.

Måste man få baksmälla?

Svår muskelsmärta under opiatabstinens är välkänt. Liknande, men oftast betydligt mildare värk och ömhet i kroppen ses under baksmällan och vid alkoholavgiftning. Än mer plågsamt brukar det vara med huvudvärk ("kopparslagaren"), trötthet, koncentrationssvårigheter, ångestsymtom, hjärtklappning, diarré, muskelsmärta med mera. Många drömmer om att hitta en bot för detta.

Den akuta baksmällan antas till största del orsakas av alkoholens nedbrytningsprodukter acetaldehyd och acetat [9]. Det är framför allt acetat som ansamlas i vävnaderna och medför en inflammatorisk reaktion med sänkt smärtröskel. Acetaldehyd är kraftigt oxidativt och kan bidra, men den elimineras mycket snabbt till skillnad från acetat som finns kvar i vävnaderna länge.

Dessutom bidrar rubbning i vätskebalansen till baksmällan. Vätskebrist med intorkning dagen efter kan ge huvudvärk och trötthet, men detta är snabbt åtgärdbart med ett par glas vatten. Dehydreringen orsakas av att alkoholen hämmar de osmotiska receptorerna i hypothalamus vilket leder till en minskad utsöndring av antidiuretiskt hormon

(vasopressin) från hypofysen. Så ju mer öl du dricker desto mer intorkad blir du. Dagen efter sker en kompensatorisk ökning av vasopressininsöndring, vilket kan ge en ny obalans med vätskeretension som också orsakar slöhet. Att pressa i sig vatten dagen efter är alltså ingen bra idé, men ett eller två glas extra kan vara bra.

En tredje orsak till baksmälla är att alkoholen orsakar sänkning av joniserat magnesium i serum. Hur stor betydelse det har är ännu osäkert.

Ger konjak och rödvin mer baksmälla än ren vodka? Sulfit, tanniner, fenoler, färg- och smakämnen brukar få skulden för hur vi mår. Studier har rapporterat att diverse ingredienser i alkoholdrycker faktiskt har potential att bidra till huvudvärk, men i relation till alkoholens effekt är detta försumbart.

Baksmällan är visserligen något obehaglig, och som levnadsvana lär det inte vara nyttigt på sikt. Den allvarigare komplikationen är emellertid den sänkta kognitiva och motoriska förmågan. Detta medför en påtaglig förhöjd olycksfrekvens även efter berusningen, på fritid, i arbete och i trafik. Allra mest kostsamt för samhället anses det vara med den sänkta prestationsförmågan i arbetet. Hur länge detta sitter i är dåligt utrett, men minst 18 timmar är visat [10]. Kostnadsuppskattningar har gjorts som pekat på fyra procent av totala lönekostnaden [11]. Det är inte problemdrickarna som kostar mest utan alla "vanliga" på grund av det stora antalet, det berör oftast majoriteten av de anställda.

Den svårare alkoholabstinensen hos kronikerna, med risk för kramper och delirium tremens, har delvis andra orsaker. En viktig effekt är att långvarig exponering för den CNS-dämpande alkoholen leder en adaptation med uppreglering av aktiverande receptorer (jämför gaspedal) och nedreglering av dämpande receptorer (jämför bromspedal). När man slutar dricka och alkoholens dämpning upphör så är hjärnans gaspedal trampad i botten och bromsarna slöa. Resultatet blir ett hyperexitabelt tillstånd med förhöjd puls, blodtryck, andningsfrekvens, temperaturförhöjning, svettning mm. Några av

CNS-symtomen är agitation, delirium, ångest, sömnstörning, kramper, hallucinos mm.

Referenser:

1. Hardman, J.G., L.E. Limbird, P.B., A.G. Gilman. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 10th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2001. p. 430.
2. Sternebring B, Wadstein J. Alkohol. Alkohol-kliniken i Malmö; 1987.
3. Leboeuf-Yde C. Alcohol and low-back pain: a systematic literature review. J Manipulative Physiol Ther. 2000 Jun;23(5):343-6.
4. Skillgate E, Vingård E, Josephson M, Holm LW, Alfredsson L. Is smoking and alcohol consumption associated with long-term sick leave due to unspecific back or neck pain among employees in the public sector? Results of a three-year follow-up cohort study. J Rehabil Med. 2009 Jun;41(7):550-6.
5. Riley J L 3rd, King C. Self-report of alcohol use for pain in a multi-ethnic community sample. J Pain. 2009 Sep;10(9):944-52.
6. Paneconesi A. Alcohol and migraine: trigger factor, consumption, mechanisms. A review. J Headache Pain 2008 Feb;(1)9:19-27.
7. James M F, Duthie A M, Duffy B L, McKeag A M, Rice C P. Analgesic effect of ethyl alcohol. Br J Anaesth. 1978 Feb;50(2):139-41.
8. Woodrow K M, Eltherington L G. Feeling no pain: Alcohol as an analgesic. Pain. 1988;32(2):159-63.
9. Maxwell C R, Spangenberg R J, Hoek J B, Silberstein S D, Oshinsky M L. Acetate causes alcohol hangover headache in rats. PLoS One. 2010 Dec 31;5(12):e15963.
10. Słórsarska M, Wójcik M, Habrat B. Assessment of changes in physiological status of alcohol-dependent patients in the course of 10-day detoxification treatment. Psychiatr Pol. 1994 Jan-Feb;28(1):83-9.
11. Wetterberg G. Alkoholen, samhället och arbetslivet. SNS Förlag. Stockholm. 2009.
12. Sjöqvist F. Alkohol och läkemedel. FASS. Läkemedelsindustriföreningen LIF. Stockholm. 2008.



Sven Wåhlin

Distriktsläkare i primärvårdens personalpool,
Uppsala län och
överläkare vid Beroendecentrum Stockholm
sven.wahlin@sl.se

Annons

Analgetika på villovägar

Nyligen har vi hört om åtta unga personer i Halland som alla avlidit av att ha rökt fentanylplåster. Möjligen var åtminstone en del av dem använda – dosen som var kvar i plåstret var tillräckligt för att ge ett rus.

Fentanyl är en syntetisk vanebildande drog, med egenskaper som liknar morfin och heroin. De avlidna har drabbats av andningsförslamning. Ibland har plåstren klippts sönder och delar stoppats under tungan. I andra fall har man upphettat plåstren i glasbehållare och sedan sugit i sig gaserna, vilket har gett extremt höga koncentrationer.

Alla starka analgetika är mer eller mindre beroendeframkallande och kan missbrukas (1). Dit hör opioidanalgetika som fentanyl, ketogan, metadon, morfin, kodein och tramadol. Buprenorfin är en opioidagonist/antagonist som används i större doser som morfinavvänjningsmedel (Subutex, Subuxone) men i lägre doser som analgetikum (Temgesic, Norspan plåster). Temgesic kallas i missbrukarkretsar även "Subutex light". Läkemedel innehållande dextropropoxifen (Doleron, Distalgesic, Paraflex comp m.fl.) har successivt försvunnit från marknaden och är helt förbjudna sedan ett år. Inte heller Fortalgesic finns kvar.

Hur får missbrukarna tillgång till läkemedlen?

Ett vanligt sätt är att läkare skriver ut för stora mängder. Många av oss har säkert varit med om att ha förskrivit mer än vad som egentligen känns bra. Ett större problem är de kollegor som medvetet skrivit ut stora mängder till missbrukare. Cirka 70 procent av polisens narkotikabeslag lär komma från recept som skrivits ut av läkare. En läkare i Stockholm har just dömts till fyra års fängelse för att ha skrivit ut 100 000-tals narkotikaklassade tabletter till missbrukare under flera års tid. En gammal läkare sitter i skrivande stund anhållen för motsvarande brott. Båda har under lång tid varit ökända hos apoteken, polisen och Socialstyrelsen. Ändå har de kunnat fortsätta förskriva läkemedel.

Ett annat sätt är att patienter delar med sig av sina läkemedel. Smärtpatienter under metadonbehandling har kunnat sälja en del av sina tabletter med god förtjänst. I Halland hade en patient under förra året fått utskrivet fentanylplåster motsvarande 30 års dygnsförbrukning. Informationsapotekaren ansåg att patienten behövde byta plåster oftare än vanligt.

Det händer också att sjukvårds- och omsorgspersonal stjälar läkemedel på sin arbetsplats, oftast för eget bruk. När den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i Kungälv gick igenom rutinerna på äldreboendena hittade hon svinn av läkemedel i nästa samtliga boenden. På ambulansstationer i Skåne försvann

i december ampuller med bland annat morfin och ketogan, och det mesta talar för att det är en av företagets anställda som stulit dem. På nätet hittar jag snabbt flera fall där sjuksköterskor stulit morfin och andra narkotika.

När läkemedel, t.ex. använda plåster, slängs i soporna finns förstås också en risk att de blir "omhändertagna".

Risker i hemvården

Att läkemedelshantering i hemmet är en komplicerad historia förstod jag då jag hittade några kommuners handböcker för läkemedelshantering på nätet (2, 3, 4). Det är sida upp och sida ner med instruktioner.

I särskilda boenden ska patientens läkemedel förvaras i låst medicinskåp, likaså i ordinärt boende när sjukvården tar över ansvaret för läkemedelshanteringen. Men när patienten sköter sin medicinering själv är det patientens ansvar att förvara läkemedlen säkert. Här finns naturligtvis risker att läkemedel "försvinner", eftersom genomströmningen av personal, även tillfällig sådan, kan vara ganska stor. Patientansvarig sjuksköterska ska dock "se till" att större mängder narkotiska medel ej förvaras i hemmet.

När någon avlider är det dödsboet som "äger" läkemedlen. Ingen får dock använda dem då de är ordinerade till en annan person, och de ska lämnas tillbaka till apoteket. Har anhöriga tagit hand om eller övertagit en avliden patients narkotiska läkemedel kan det formellt betraktas som olaga narkotika-innehav.

Kan man komma åt problemet?

Länsläkarna, som försvann omkring 1980, hade tillsyn över bland annat läkare i öppen vård. Apoteket kunde informellt på tidigt stadium kontakta länsläkaren om läkare med problem, och länsläkaren kunde oinbjuden göra kollegiala besök. Om ingen förändring skedde gjorde de en anmälan som tämligen snabbt gav effekt. Idag, trots alla register och it-teknologi, tycks vägen till åtgärd vara betydligt längre. En formell anmälan krävs, men innan den behandlas går det lång tid, och det ska mycket till innan en läkare blir deslegitimerad. Ett bättre och framför allt snabbare samarbete mellan polis, socialtjänst, apotek och tillsynsmyndighet måste till.

Sjukhusen har de största möjligheterna att hålla läkemedelshanteringen under kontroll. I princip ska det inte finnas



några läkemedel utanför avdelningens läkemedelsförråd, som ett begränsat antal personer har tillgång till. På vissa avdelningar kan patienterna dock få alla dagens doser redan på morgonen.

Inom hemsjukvård och kommunal omsorg måste delegering ske till obehörig personal. Det kan på så sätt bli många personer som har tillgång till patienternas egna medicinförråd. Så länge en sjuksköterska är ansvarig finns dock möjligheter att bygga upp och kontrollera rutiner som minimerar risken att läkemedel kommer på avvägar.

På äldreboenden finns två parallella system: dels patientens eget medicinförråd, dels ett akutförråd. Frågan är om det inte vore både säkrare och effektivare med ett enda förråd, som på de gamla långvårdssjukhusens tid, och att kostnaderna för läkemedel ersattes på ett annat sätt än idag.

Svårast blir det förstås när sjukvården inte har något ansvar för läkemedelshanteringen: när patienten själv sköter den och när patienten avlidit. Ett mindre svinn läggs inte märke till. Om personal hjälper till att ta hand om överbliven medicin finns inget sätt att kontrollera vad som egentligen händer med medicinerna. Detsamma gäller när anhöriga tar hand om läkemedlen.

Riskerna att läkemedel hamnar på avvägar i hemmet är troligen ganska liten. Att börja reglera hanteringen hos en patient som sköter sin medicinering själv eller hos personer som avlidit kan skapa en misstänksamhet som kan påverka förtroendet mellan personal, patient och anhöriga just när det behöver vara som bäst.

Hur mycket vi än reglerar, och hur många sidor handböckerna omfattar, så kan vi ändå aldrig hundra procentigt gardera oss mot att läkemedel som vi förskrivit kommer på avvägar och används felaktigt. För att minska risken så mycket som möjligt måste vi själva vara noggranna med våra ordinationer.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. www.fass.se
2. Läkemedelshantering. Hässleholms kommun 2009/51010
3. Instruktion för läkemedelshantering 2008. Läkemedelscentrum, Västerbottens läns landsting
4. Läkemedelshantering i Kronobergs län <http://www.vaxjo.se/Omsorgens-handbocker---startside/-Rutiner-for-halso--och-sjukvard--/-Lakemedels-hantering-i-Kronobergs-lan-/> Hämtat 2012-04-06

Annons

Svensk professor i Australien

Det var som vanligt en varm sommarkväll och jag var hembjuden på middag till en kollegas hus i stadsdelen Whitfield. Eftersom jag fortfarande är ny i Australien är varje nytt besök en ny upplevelse på okänd mark. Här i norra Australien blir det mörkt redan ungefär kl 19 och en halvtimme senare är det beckmörkt. Jag körde utefter gatan med hus men kunde inte se ett hus där jag förväntade mig det. Jag var osäker på om jag hade kört rätt. Gatubelysningen stod en bit bort så det var verkligen mörkt där jag hade ställt bilen. Plötsligt kom min kollega upp från buskaget på ena sidan av vägen. Han hade sett lyktorna från bilen och förstod att jag inte hittade sista biten. Huset låg i sluttning till en liten dalgång.

Vi gick nerför den branta sluttningen en liten bit och där låg ett ljust hus i två våningar med ganska platt tak. Vi gick in genom huvudentrén in i bottenvåningen. Där öppnade sig en stor ljus yta med kök och vardagsrum. Baksidan av vardagsrummet öppnade sig i sin helhet, utan väggar eller fönster, till en terrass. På terrassen var det dukat för middag med några gäster. Bakom det dukade bordet fortsatte terrassen med en upplyst pool. Terrassen slutade tvärt på andra sidan poolen och där fortsatte sluttningen nedåt. Regnskogen stod tät där terrassen slutade och stora träd hängde in högt över terrassen. Tystnaden bröts av sirsornas spelande, ett kvittrande från olika fåglar och ett ständigt svagt prasslande i buskarna på andra sidan terrassen. Var det var som prasslade fick jag aldrig reda på men det oroade mig inte eftersom jag visste att det inte finns stora farliga rovdjur uppe på land i Australien.

Vi satt på terrassen mellan poolen och vardagsrummet. Middagen var en trerätters middag. Huvudrätten var fisk som



Universitetet är luftigt byggt. Foto: Ronny Gunnarsson.

min kollega själv hade fångat i havet. Efterrätten bestod av glass. Det skimrande ljuset från poolen och de levande ljusen på bordet gav ett fantastiskt skuggspel i trädskronorna högt upp. Situationen kändes fantastisk, nästan magisk.

Plötsligt fick jag se en signalgrön, nästan självlysande, punkt på ett närbeläget staket. Min kollega berättade glatt, och som om det var en självklarhet, att det var grodan som bodde i toalettstolen på övervåningen. Jag utgick från att han skojade med mig men sade inget. Han förklarade att den åt småkryp i huset och därför var de glada åt att den hade valt att bo i deras hus. De var noga med att alltid ha locket på toalettstolen uppfälld så grodan lätt skulle kunna ta sig i och ur. Grodan hade någon slags sugkopsliknande tår så det hala porslinet var tydligen inget problem. Det fantastiska, nästan magiska, krockade tvärt med det oväntade, nästan bisarra. Min kollega och hans fru verkade vara kärnfriska så jag avstod från att ställa följdfrågor om hygien.

Australien är ett land som även är en kontinent, nästan lika stor som Europa eller USA. Australien har cirka 21 miljoner invånare. De allra flesta lever utefter ostkusten eller runt kuststaden Perth i sydvästra delen. Sydney, den största staden, ligger i sydöstra hörnet på ungefär samma avstånd från ekvatorn som Tripoli i Libyen (34 grader sydlig bredd jämfört med 32 grader nordlig bredd). Cairns i nordöstra Australien, där jag numera bor och verkar, ligger på 16 grader sydlig bredd, att jämföra med exempelvis Bangkok i Thailand på 13 grader nordlig bredd. Stockholm ligger på 59 grader nordlig bredd. Australien har alltså ett varmt klimat där snö nästan enbart ses under vintern i några fjäll nära huvudstaden Canberra. Runt kusterna är det frodigt och grönt medan det inre är torrare och ökenlikt. I norr är klimatet tropiskt vilket innebär att man inte talar om sommar och vinter utan "wet season" och "dry season". Sommar har man året runt.



Mareeba vattenfall

Jag tillträdde 1 februari 2012 en tjänst som "Associate Professor in General Practice and Rural Health" vid "School of Medicine and Dentistry", en del av "James Cook University". Min tjänst är placerad i staden Cairns, en stad med cirka 150 000 invånare. Mina uppgifter är att undervisa läkarstudenter under år 5, handleda studenter som gör ett tvåårigt forskningsprojekt som kallas "honours project" samt att få igång primärvårdsforskning i området som hör till Cairns.

School of Medicine and Dentistry som jag hör till tar in drygt 200 läkarstudenter varje år, delstaten Queensland med cirka 4,6 miljoner invånare antog 2011 447 nya läkarstudenter och Australien som helhet antog samma år 3770 nya läkarstuderande. Australien har alltså hyfsad snurr på sin läkarutbildning. Av det jag har sett i Cairns så är kraven på läkarstudenterna inte lägre än i Sverige. Man har stor betoning på "Assessment", något som löper på kontinuerligt under hela utbildningen.

Mot slutet av sitt stora kliniska år, år 5, genomgår studenterna dessutom omfattande skriftliga tentor, både multiple choice och tentor med öppna frågor, samt ett flertal praktiska prov där de under 6 minuter träffar en skådespelare som spelar ett tillstånd. Efter de 6 minuterna skall de under 2 minuter redovisa sina fynd, slutsatser och förslag till handläggning, därefter bär det vidare till nästa kontroll. Tanken är att se om de hyfsat snabbt kommer in på rätt spår.

På James Cook University har läkarstudenterna även ett sjätte år då de har mindre teori och prov. Istället fokuseras mer på praktisk klinisk tjänstgöring, gärna i ett avlägset litet, mer eller mindre isolerat, samhälle. Cairns är här basen för ett stort tropiskt glesbygdssområde som sträcker sig ända upp till Papa Nya Guinea.

James Cook University är ett ungt universitet som startade 1970. School of Medicine and Dentistry antog de första läkarstudenterna år 2000. Ett av målen när läkarutbildningen planerades var fokus på behovet av distriktsläkare. En konsekvens blev att avdelningen för General Practice är största avdelningen inom läkarutbildningen och den styr huvuddragen i hela läkarutbildningen. Dekanus för School of Medicine and Dentistry är distriktsläkare, ordförande i "research committee" är distriktsläkare, etc. Som akademisk allmänmedicinare finns här många möjligheter. Kommer jag att lyckas ta tillvara dessa möjligheter? Det återstår att se...

Jag och min dotter skulle besöka en kollega i Mareeba, ett mindre samhälle cirka sex mil från Cairns med 6 800 invånare. Vi kom dit på kvällen. Som vanligt var det en varm sommarkväll så vi åt middag ute i trädgården. Nästa morgon sken solen och vi skulle ut i vildmarken till ett vattenfall. Vi körde bil så långt vägen räckte. Sista biten hade ingen vanlig bil klarat. Min kollega hade en fyrhjulsdriven jeep speciellt anpassad med extra

stora däck och höjda stötdämpare för maximal frigång mot naturens gropar, kullar och mindre vattendrag. När det inte gick att köra längre promenerade vi uppåt längs en smal stig. Vi följde ett vattendrag och efter en stund vidgade sig vattendraget till en liten damm. I borten ändan fanns ett vattenfall. Tanken var att vi skulle bada i dammen. Jag frågade lite oroligt om krokodiler. Min kollega sade att här finns gott om sötvattenkrokodiler men de är inte farliga för människor.

Efter det lugnande beskedet badade vi, min dotter jag och min kollega, en lång stund. Det var uppfriskande och härligt. Man fick ta i för att inte sköljas med av strömmen. Vi provade att simma in bakom vattenfallet. Det var en intressant upplevelse att sitta på en undervattenssten bakom vattenfallet och titta ut. Väl tillbaka på jobbet nästa dag berättade jag om helgens upplevelser. Flera av medarbetarna uttryckte mer eller mindre förskräckelse och menade att även om människor inte är sötvattenkrokodilers primära byte kan de ibland känna sig hotade och bita i självförsvar. Jag kollade snabbt på Internet och fann: "Females grow to about 2 m, males can reach up to 3 m, Their maximum weight is about 90 kg (compared to over a ton for a saltwater crocodile...) ... Freshies aren't aggressive, rather shy, but if disturbed during the breeding season or if they feel threatened they may attack. Their teeth are razor sharp and they can inflict serious wounds."

Återigen krockar det sagolika med det oväntade och bisarra.



Ronny Gunnarsson
James Cook University
samt FoU-enheten Södra Älvsborg, Borås
ronny.gunnarsson@infvoice.se



Kultur-spalten

Att läsa eller lyssna

För mig spelar litteratur en stor roll. För många andra i min generation blev musiken viktigare. Ungdomens film- och i viss mån teaterintresse har avtagit. Hur blev det så?

I mitt hem med mycket unga föräldrar fanns inte många böcker (och inga instrument) men min far som aldrig fick någon högre utbildning har alltid läst. Min mor hade ett intresse för poesi och samlade som vuxen student en astronomisk summa av universitetspoäng.

Tidiga minnen är stora kassar med böcker från det lilla filial-biblioteket i Växjö. Lätt tillgänglig kultur är viktig, det speglar ett samhälles utvecklingsnivå. Olika slukar-perioder och inriktningar avlöste varandra, parallellt med fotboll och tjejer. Ungdomsdeckare med gröna ryggar följdes av pocket, Bill och Ben, enstaka klassiker.

Någon särskild riktning eller plan har min läsning aldrig haft. Den har varit lust- och slumpstyrd.

Endast tidvis har jag sparat de böcker jag läst, andra har haft sina skivsamlingar. Böcker tar plats, en del av min samlade läsning finns nu på vinden i min sommarstuga i Blekinge. Där hittar jag ibland små gulnade pärlor för omläsning. Det går inte förutsäga vilka som får förnyad aktualitet. Därför är det svårt att kasta bort eller göra sig av med böcker. Ett hem utan bokhyllor känns inte riktigt inrett. Visst är det intressant att se vad folk har i sina hyllor!

En bok är alltid lätt att ge, men också ta emot, som present! Många gånger har jag med stor behållning läst sådant jag inte bestämt eller valt själv. En del har varit gåvor från mina barn. En god bekant som nu försett mig med ljudböcker har ett historiskt intresse.

Rädslan att förlora boken som ett påtagligt ting, ett rent fysiskt objekt har påverkat hur jag hanterat den tekniska utvecklingen. Nu är gamla datorers minnen överfyllda med inlästa mp3-böcker. Det blir menings-

löst i en framtid. Cyberrymdens streamade filer löser tillgängligheten. Att då lägga på minnet blir otidsenligt. Men inte blir det som att leta i sina dammiga vrår och högar för att hitta något man vill läsa om eller citera.

Nyligen fann jag en anspråkslös liten utgåva av Rolf Edberg om en filosofisk fjälltur. Det var ur samlingen "En bok för alla", billiga kvalitetspocket. Försöker läsa klassiker då och då, vissa menar att man inte borde läsa annat. I unga år läste jag en hel del Strindberg, det följdes av Ivar Los mäktiga författarskap, även PO Enquist har jag slukat det mesta av.

En uttalad ambition på senare år har varit att även ta del av sådant som jag i förväg vet att jag inte är överens med. Det gäller inte bara romaner utan även sakprosa och tidskrifter. Av min kära svärmor har jag fått några nummer av magasinet Axess. Tanken är inte bara att reta upp mig (så läste jag en tid SvDs ledare) utan att verkligen försöka lyssna till och förstå andras synsätt och världsbild. Biografier och memoarer lär fångsla mera ju äldre man blir. Från årets bokrea har jag Henrik Berggrens Palmebok. En sådan tegelsten kan jag riktigt längta efter att få tid att försjunka i.

Isoleringen vid avlägsna gudsförgätna platser i tidigt biståndsarbete var för mig inget problem så länge det fanns olästa böcker tillhands.

Leif GW Persson skriver i "Gustafs grabb" om hur mycket tid, antal timmar, han lagt på läsning genom åren. Det finns risk att den nördige bokmalen blir en världsfrånvänd glasögonorm, en isolerad religiös läsare. Min sambo gillar inte när jag avskärmar mig med hörlurar och under timmar inte är särskilt pratbar eller huslig. I lagom mängd ger läsningen påfyllnad av tankar, idéer och erfarenheter helt oberoende av tid och rymd. Att man skulle bli bättre människa (eller läkare) av läsning motsägs av litteraturvetare.

Min ambition är att kasta ner några noteringar om varje läst bok, kort eller långt, och märker hur nyttigt det är att formulera tankarna, som att skriva journal eller dagbok. Inte på nivån "recension" eller ens presentation utan betydligt mera preliminärt.

Jag är allätare, från Kapuscinski till Tranströmer, har aldrig varit noga med genrer. En extra dimension är om man känner eller har träffat författaren. Bland Jokkmokks många författare märks Yngve Ryd. Hans exakta och välskrivna sakprosa om praktisk kunskap liknar mycket den mest stilsäkra och uttrycksfulla lyriken. Poeten Maria Wedin har flyttat och berättaren och konstnären Hans Andersson har lämnat oss.

Som tidsfördriv läser eller lyssnar jag på deckare. De är ofta ganska ytliga, enkla och stundtals illa skrivna. Men som ljudböcker fungerar de utmärkt, mera komplicerade texter är värre att följa. (Har det att göra med vilket sinne som används, syn eller hörsel, öga eller öra?) Kriminalromaner speglar ofta trender i samhället, inte bara i beskrivningen av brott och kriminalgåtor, utan även i gestaltningen. Ändå har jag svårt att förstå det svenska deckarundrets enorma framgångar utomlands.

Den tekniska utvecklingen påverkar min läsning i framtiden. E-boken som jag ännu inte provat blir kanske självklar för mina barnbarn. Nostalgiskt minns jag högläsning av hela Blyton-böcker som familjefar med stor barnaskara.

Vill avsluta med en annan hisnande upplevelse i all sin enkelhet. Har ärvt några böcker efter min framlidne svärfar. I marginalen finns ibland, ofta med blyerts, små noteringar och synpunkter på texten som för mig blir sällsynt levande på ett helt nytt oväntat sätt.

Nu lämnar jag över budkavlen till Patrik Warg, vår konstnärlige ST-läkare, möjligen med sonen som illustratör?

Peter Olsson

Jokkmokk

peter_olsson@hotmail.com

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Eva Jaktlund
eva.jaktlund@sfam.se

Facklig sekreterare
Louise Hamark
louise.hamark@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Ulf Peber
ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
drannadrake@gmail.com
Åsa Niper
asa@elfsjo.se
Kenneth Widäng
kenneth@widang.se
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

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

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitets- och Patientsäkerhetsrådet
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.engstrom@swipnet.se

ST-rådet (vilande)
Kontakt: Åsa Niper
asa@elfsjo.se

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
Charlotte.Hedberg@ki.se

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

Forskningsrådet
Malin André
malin.andre@lul.se

Rådet för levnadsvanefrågor
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

NAAKA – nätverk för astma/allergi och KOL-intresserade allmänläkare
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu

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

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

Euract
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

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

Nordic Federation of General Practice/ApS
Monica Löfvander
monica.Lofvander@ltdalarna.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
Ärenden gällande kompetensvärdering i ST:
mittist@sfam.se respektive
examen@sfam.se

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se

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

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

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

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND
Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@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
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Ingrid Gustafsson
ingrid.gustafsson@skane.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

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBOG*

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

SKARABORG*

* vilande

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 4 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
 Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktör@sfam.se

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson, redaktör
 erland.svenson@gmail.com

Layout
 Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 N. Hamngatan, 457 40 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: Anna Drake
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2012

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
1	30/1	14/3	Astma/Allergi/KOL
2	9/4	22/5	Smärta
3	3/9	16/10	Diabetes/Hjärta-Kärl/Koagulation
4	12/11	19/12	Geriatrisk/Psykiatri

Välkommen till ST-dagarna i allmänmedicin



Anmälan och program
www.st-dagarna.se



SFAM Svenska Förening för Allmänmedicin



Kalendarium

2012

Maj
Wonca
Asia Pacific Regional Conference
 24-27 Jeju, Korea
www.woncaap2012.org

Juli
Almedalsveckan
 2-5 Visby
www.almedalsveckan.info

Wonca Europe Conference
 4-7 Wien
www.woncaeurope2012.org

Augusti
Specialistexamen
 29 Anmälan sista dagen
www.sfam.se

Utvecklingsseminarium
kompetensvärdering
 V 34 eller 35 (2 dagar)
polarull.svartholm@telia.com

September
European Forum for Primary Care
 3-4 Göteborg
<http://nvl001.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=9678>

CleanMed Europe
 26-28 Malmö
<http://cleanmedeurope.org>

Oktober
Nationellt studierektorsmöte
 4-5 Ystad
www.sfam.se

Oktober forts.
ST-dagarna
 17-19 Örebro
www.sfam.se

Kompetensvärdering ("v3-kurs")
 22-24 Göteborg (prel)
ulf@mawe.se

2013
Kurs i kompetensvärdering ("v3-kurs")
 14-16.1 Plats ej bestämd
ulf@mawe.se

Allmänmedicinsk kongress
 15-17.5 Stockholm
www.sfamstockholm.se

Wonca
20th World Conference
 25-29.6 Prag
www.wonca2013.com

Nordisk allmänmedicinsk kongress
 21-24.8 Tammerfors, Finland
<http://nordicgp2013.fi>

2015
Nordisk allmänmedicinsk kongress
 15-17.6 Göteborg

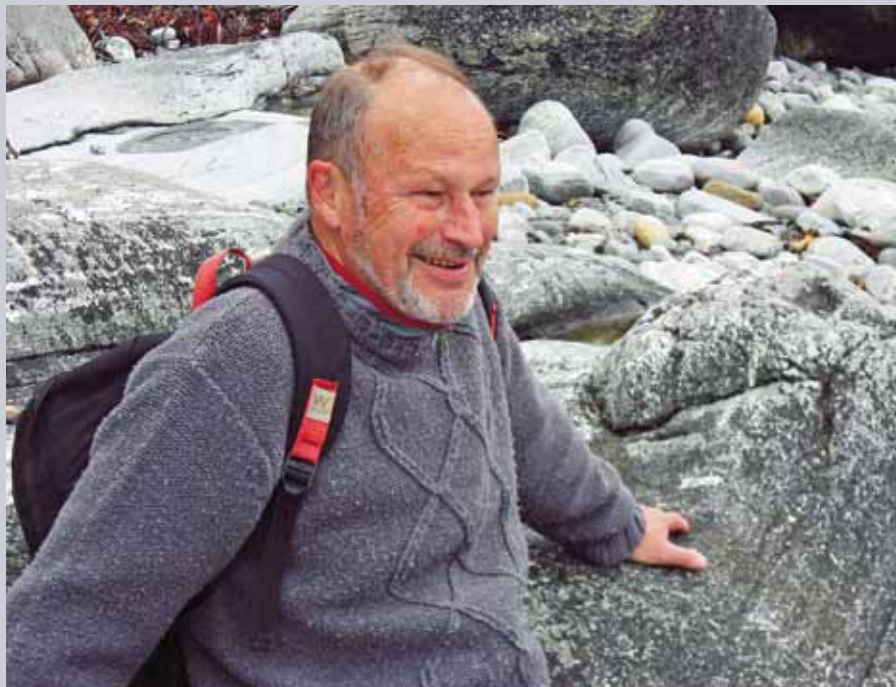
Hållbar sjukvård i Malmö

Den 26-28 september i Malmö arrangeras för tredje gången CleanMed Europe. Här vill man visa på hur sjukvårdssektorn kan minska sin miljöpåverkan globalt, regionalt och nationellt. På agendan finns bland annat läkemedel och miljö, hälsoeffekter av klimatförändringar, grön upphandling, och giftfri sjukvård. Bakom konferensen finns Health Care Without Harm (HCWH), en organisation som kämpar mot att sjukvården genom sin miljöpåverkan skapar sina egna patienter.
<http://cleanmedeurope.org>



Europe
2012

Vad är hälsa?



Per Fugelli



Ivan Illich

Bland det första jag fick göra sedan jag tillträtt mitt nya jobb som chefredaktör för AllmänMedicin var att resa till Luleå för att bevaka SFAMs vårmöte.

Det var härligt att återigen uppleva den stora energin som finns inom allmänmedicinen och hos allmänläkarna. Här lyftes fram både den läkande kraften som finns i mötet mellan läkare patient och de problem som primärvården står inför, idag och i framtiden.

Jag hörde till de allra första som gjorde AT – och då endast psykiatri och primärvård. På Maria Ungdom mötte jag missbrukande ungdomar med mer eller miserabla familjeförhållanden. Under min tjänstgöring hos gamle dr Buga i Handen insåg jag att i primärvården kunde man komma in tidigt, ha en chans att förebygga. Min yrkeskarriär avslutades med

levnadsvanor i Nacka. Det föll sig därför naturligt att bevaka detta område, vilket också märks på innehållet i tidningen.

Per Fugelli är en nestor inom norsk allmänmedicin. Det var hans tal som berörde mig mest. Han har coloncancer med metastaser och har blivit utsatt för mycket avancerade behandlingar. Han har mött 52 olika läkare – de flesta bara en gång. Han längtade efter oss allmänläkare, efter kontinuitet, efter någon som kunde dela hans börda ...

Döden är en del av livet, och vi borde tala mer om den. Till Per vill jag ge den bästa definition på hälsa som jag funnit. Den österrikiske filosofen och samhällskritikern Ivan Illich (1926-2002) formulerade den vid en WHO-konferens 1976. Han valde att inte ta emot behandling för sin cancer. Här är min översättning:

Förmågan att anpassa sig till en föränderlig omgivning, till att växa upp och till att åldras, till att läkas då man sårats, till lidande och till den fridfulla väntan på döden.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se