

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2010 ÅRGÅNG 31



Finns förutsättningar för fortbildning? Debattartikel/sid 8

Nya allmänmedicinska avhandlingar! Om hemsjukvård/sid 10 • Om sjukskrivning/sid 13

Skriv i AllmänMedicin!

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



Bildtips!



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



Omslagbild: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

3 Ledare

Med möjlighetsglasögon på
Mats Rydberg

5 SFAM informerar

Tankar från en styrelse
Eva Jaktlund

8 Vetenskap & Utveckling

Bättre läkemedelsanvändning hos patienter med eget boende
Flera författare

10 Debatt

Äntligen specialist?
– inventera dina villkor för det livslånga lärandet!
Flera författare

12 Avhandling

Den medicinska behandlingen av patienter med basal hemsjukvård – sett ur ett distriktsläkarperspektiv
Sonja Modin

15 Avhandling

Gunilla Norrmén, först att disputera vid Allmänmedicinskt forskningscentrum, Örebro läns landsting
Peter Engfeldt

16 Debatt

Sveket att inte ge människor vanlig basal sjukvård!
Bertil Hagström

18 Avhandling

Dammtorkningen brister i förskolan
Jean Lycke

19 Avhandling

Ännu vanlig med antibiotika mot förkylning
Jean Lycke

20 Konferens

Möte med Rotarys Läkarbank
Stig Andersson

22 Avhandling

Hembesök med kvalitet förbättrar äldres hälsa
Jean Lycke

23 Avhandling

Hur kan man förstå könsskillnader i depression?
Jean Lycke

24 Recension

Kampen om sjukfrånvaron – En bok av Björn Johnson
Peter Olsson
Red direct – Mellan liv och död, en kirurgs berättelse
Tina Nyström Rönnäs
Medicinska etikens ABZ
Stig Andersson

28 Kulturspalten

En kvart i evigheten
Dorte Kjeldmand

30 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

32 Krönika

Vid Faxälvens nipur
– gammal patient svarar osäker kandidat
Anders Hernborg

Fel i läkemedelsordinationerna, bristande överensstämmelser mellan ordinationer från olika delar av vården och skillnader mellan ordinationer och vilka läkemedel patienten faktiskt tar är vanliga. Pilotprojekt i Gästrikland.

Sidan 8



Bertil Hagström – Sveket att inte ge människor vanlig basal sjukvård!
Sidan 16–17



Stig Andersson – Om Rotarys läkarbank
Sidan 20–21

ANNONS



Med möjlighetsglasögon på

Att leva med och i allmänläkaryrket verkar ofta vara en kamp för att försvara vår position i världen. Det tornar hela tiden upp hotbilder som vi måste parera och agera för att möta och lösa. Hot kan också vara en möjlighet.

Sören Kierkegaard sa *"Skulle jag önska mig något så skulle jag inte önska mig rikedom eller makt utan möjlighetens lidelse, det öga som evigt ungt och evigt brinnande överallt ser möjligheten"*. Även om jag kanske inte är att betrakta som "ung" längre, vill jag fortfarande helst betrakta det som sker i omvärlden med "möjlighetsglasögon" på.

Vid nätverksträffen för studierektorer i maj fick vi höra att specialiteten allmänmedicin, som vi känner igen den, nu kan vara hotad av den läkarkategori som kallas EU-läkare. De betraktas i de länder de kommer från, och även i Sverige, som allmänpraktiserande läkare, men har "bara" 3 års "specialistutbildning" som inte alls motsvarar vår 5-åriga specialistutbildning. Sverige får, enligt en EU-överenskommelse, enbart erkänna en allmänmedicinsk specialitet och man har därför ifrån Bryssel ifrågasatt varför Sverige har två allmänläkarspecialiteter. Frågan avgörs på departementsnivå. SFAM och DLF samarbetar kring frågan hur vi kan påverka utfallet och frågan kommer att tas upp vid ett nordiskt fackligt möte på Svalbard i augusti.

När jag själv har reflekterat över denna "hotbild", kan jag inte låta bli att ta på mig mina "möjlighetsglasögon", och nu svär jag kanske i den allmänmedicinska svenska kyrkan, men jag kan jag faktiskt se fullt av möjligheter, om vi även i Sverige inför en treårig specialistutbildning i allmänmedicin.

Vem kan säkert säga att man är så mycket klokare och bättre efter fem än efter tre år. Jag tror att det är många andra faktorer än utbildningens längd som har betydelse för hur man fungerar som allmänläkare.

Nu var det kanske en och annan som höjde på ögonbrynen, satte kaffet i vrångstrupen, och tänkte...vad i... Vad är det jag läser i vår tidning? Skall han nu devalvera värdet av allt som vi har kämpat för under alla år? Hur skall det gå med vår status och respekt i andra kollegors ögon om vi "bara" har en treårig utbildning? Jag förstår farhågorna. Hur kan jag då ändå se det som en möjlighet?

Jo, vi fick i Växjö höra Josette Troon, allmänläkare i Gränna, berätta om hur den treåriga specialistutbildningen i allmänmedicin genomförs i Nederländerna. Där sker ST-utbildningen vid åtta universitet, som alla har en gemensam ramplan för ST-utbildningens innehåll. Den har 4 huvudlinjer: 1) Professionalitet, 2) Läkarpatient kommunikation, 3) Samverkan och Organisation och 4) Vetenskap och Fortbildning.

Ett liknande curriculum för specialistutbildningen finns i Storbritannien. I båda dessa länder är GP och "Huisarts" tydliga varumärken där befolkningen vet vad man kan förvänta sig av sin läkare.

Jag ser stora möjligheter med en utbildningsmodell där man via en universitetsförankring kan utbilda allmänläkare. Utbildningen skulle kunna få ett mycket tydligare och tyngre allmänmedicinskt innehåll än vad vi har idag. Vi skulle också slippa dagens situation, där vi, trots en gemensam och bra målbeskrivning har 21 olika landsting, som vart och ett i olika avseenden, ger skilda förutsättningar för en god utbildning till sina ST-läkare

De allmänmedicinska institutionernas inflytande skulle öka vid universiteten, genom hela läkarutbildningen fram till färdig specialist. I förlängningen skulle det troligen även gynna den allmänmedicinska forskningen och dess status. Vi skulle kunna få en helt annan och nödvändig påverkansmöjlighet på hela det svenska sjukvårdssystemet. Jag kan också se fördelar ur ett rörlighetsperspektiv att utbildningarna är harmoniserade i hela EU-området.

Jag tror att en utveckling mot en universitetsutbildning till allmänläkare skulle stärka vår allmänmedicinska specialitet, identitet och status, och det är det jag vill arbeta för. Till befolkningens bästa!

Trevlig och skön sommar till Er alla!

Ps "möjlighetsglasögon" finns även med solskydd Ds



Mats Rydberg
Vice ordförande

Nytt studiebrev om levnadsvanor



Ett nytt studiebrev om hälsofrämjande och livsstilsprevention har nu kommit ut och återfinns på SFAMs hemsida. Syftet är att i första hand belysa hur vi kan jobba med prevention och levnadsvanor i vårt vardagliga arbete och stimulera till reflexioner kring hur vi kan förbättra det. Studiebrevet har utarbetats i ett samarbete mellan Riskbruksprojektet inom Statens folkhälsoinstitut och SFAM och berör främst tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet.

Studiebrevet är tänkt som ett FQ-gruppsarbete men kan användas i vilken kollegial grupp som helst t.ex. i en ST-grupp. Det är upplagt så att deltagarna själva bestämmer vilka områden man vill fördjupa sig inom. Utgångspunkten för studiebrevet är sådana patientfall som vi ofta träffar på i vardagen, till exempel en hypertoniker med flera olika riskfaktorer som rökning, övervikt, lite hög alkoholkonsumtion.

I fokus ligger funderingar kring hur vi kan arbeta patientcentrerat och vilken samtalsmetodik vi kan använda för att motivera våra patienter till att förändra sina levnadsvanor och för resursmobilisering.

Studiebrevet kan även användas för individuella studier och tydliggör då, de ofta abstrakta begreppen, hälsofrämjande och livsstilsprevention genom sina konkreta exempel. Om ni har några frågor eller kommentarer kring studiebrevet är ni välkomna att höra av er!

Maria Wolf maria.wolf@sl.se
Sven Wåhlin sven.wahlin@fhi.se

Tankar från en styrelse

Sedan november har styrelsen jobbat på med de frågor som traditionellt hör vår förening till. Det som tagit mest plats i våra yttre kontakter, men även i styrelsens inre arbete, är frågan om kvalitetsregistrens roll i primärvården. Vi upp-lever ett ökat tryck från beslutsfattare att vi i allmänmedicinska verksamheter ska delta i nationella kvalitetsregister. Frågan vi måste ställa oss är vad och hur vi vill mäta. Det har SFAMs dokument om uppföljning av primärvård i vårdval ganska tydligt formulerat. Vi har ägnat mycket tid och lagt ner stor energi på att kommunicera vår ståndpunkt till både sjukvårdshuvudmän, media och andra intressenter. I nuläget känns det som att omvärlden förstår våra synpunkter bättre än för ett halvår sedan. Tiden får visa hur förståelsen omsätts i praktik. SFAMs styrelse jobbar självklart oförtrutet vidare i den här frågan. Det är en mycket viktig fråga där vi tror att det behövs mer än en lösning, och vi är övertygade om att professionen måste vara med och definiera dessa lösningar.

Styrelsen har tagit fram några kortsiktiga mål för arbetet att föra föreningens arbete framåt:

Föreningen ska inom två år ska ha tagit fram standards för allmänmedicinsk handledning och studierektorskap. Vi tycker att det är viktigt att det finns en uttalad linje oavsett var i landet man får sin specialistutbildning i allmänmedicin.

I forskningssammanhang vill vi stimulera deltagande i Riksstämman. Inom några år ska SFAM anmäla minst 8 symposier. Vi vill också synliggöra den allmänmedicinska forskning som finns i landet, och har därför inlett dialog med institutionerna om hur detta kan göras på lämpligt sätt. Inspirerad av modern teknik kan man säkert göra hemsidor mer användartillgängliga, och även på andra sätt samarbeta för att vända allmänhetens och medias ögon mot det som forskas på här och nu.

I arbetet med att skapa en stark identitet för vår specialitet tog föreningen 2008–2009 fram en strategi som vi fortsätter att jobba efter. I det ingår bland annat att vara proaktiv i media snarare än reaktiv, att samarbeta med vår systerförening DLF och att i all kommunikation vara så tydlig som det går. Det är en utmaning att bli tydligare utan att tappa fokus på vårt gränslösa uppdrag, en utmaning som vår styrelse har tagit sig an med glädje och stor energi.

Våra egna mediala forum, Allmänmedicin och hemsidan, är ju också styrelsens ansvar. Vi har träffat webmaster och diskuterat hemsidan och gemensamt hittat en annan struktur så att man lättare ska hitta på www.sfam.se. Styrelsen tillsatte en ny chefredaktör för tidningen Allmänmedicin i början av året, men tvingades redan i maj ersätta henne. Karin Träff Nordström leder nu redaktionens arbete.

Vi har också hunnit träffa representanter för våra råd och lokalföreningar under verksamhetsåret. Det har också skapats ett nytt råd, Rådet för levnadsvanor. En av de viktigaste delarna av styrelsens arbete består i att kommunicera med föreningens verkliga arbetsmyror som finns ute i landet. Tack för att ni tagit er tid att delta i dessa träffar. Meningen med våra råd är att de ska vara grupperingar i vilka det jobbas med aktuella frågor som är relevanta för vår specialitet. Vi gör en översyn av de råd som finns under detta år. Kanske kommer det till fler råd, och sannolikt övergår något eller några råd till någon annan form av arbets- eller resursgrupp. Vi tror att antal råd och inriktningen av råden ska vara dynamisk och anpassade efter föreningens behov.

Fullmäktige 2009 återremitterade frågan om flytt av höstmöte och fullmäktige till våren. Frågan kommer att vara förberedd och färdig till nästa fullmäktige för ny diskussion och beslut. Jag har säkert glömt saker som varit uppe till diskussion och beslut under året, men i stora drag är detta en fullgod rapport från en styrelse som jobbar med glädje och stolthet

Ha en riktigt skön sommar!



Eva

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin
bjuder genom sitt Kvalitetsråd SFAM Q in till den

VII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 11 november 2010
Stockholmsmässan i Älvsjö

Förbättringsarbete...

Låt oss visa att det är något vi i primärvård
både vet hur man gör och verkligen genomför...



Teman ur programmet:

- Räcker tystnadsplikten till när doktorn ger sätter diagnoser för maximal ACG ersättning, och alla i landstinget kan läsa din journal och alla i Sverige din läkemedelslista?
- ACG är inte så bra mått för ekonomisk ersättning till vårdcentraler!
- Kan patientenkäter mäta medicinsk kvalitet?
- Så kan vi förbättra tillgänglighet och arbetsglädje.
- Höftartros – artroplastik är inte lösningen för alla.
- Så kommer du igång med kvalitetsutveckling på din vårdcentral!

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats. Anmäl dig redan nu om du vill vara säker på att få en plats.

Konferensavgiften 1400 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.
Sista dag för anmälan är den 24 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.
Vid återbud efter 31 oktober utgår full avgift.

Fullständigt program och anmälan på www.sfam.se

Har du frågor om din konferensanmälan: kontakta kansli@sfam.a.se

Har du frågor i övrigt kontakta sven.engstrom@lj.se

Snabba ryck



Det nummer av Allmänmedicin ni nu har i er hand är försenat, vilket jag å styrelsens och redaktionens vägnar ber så mycket om ursäkt för. Jag har i all hast fått ta över som chefredaktör och har tillsammans med redaktionen och förlaget jobbat intensivt den senaste veckan för att få nr 3 i tryck innan semestrarna, så att ni har något att njuta av i hängmattan.

Jag hoppas också ni ska bli inspirerade att skriva egna alster till tidningen – forsknings- och utvecklingsprojekt, bokrecensioner, reportage från möten och konferenser, praktikbeskrivningar, dikter – så länge det har allmänmedicinsk anknytning är allt välkommet. Skicka till chefredaktor@sfam.a.se.

En schön sommar önskar jag er!

Karin Träff Nordström
chefredaktör

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2010

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Åre den 13 oktober 2010.

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

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

Ur SFAMs stadgar:

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

Plats: Holiday Club i Åre,

Tid: Kl 15.30–17.30, onsdagen den 13 oktober 2010.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 13 september.

Välkommen!

Eva Jakthund

Ordförande

Bättre läkemedelsanvändning hos patienter med eget boende

Pilotprojekt i Gästrikland

Fel i läkemedelsordinationerna, bristande överensstämmelser mellan ordinationer från olika delar av vården och skillnader mellan ordinationer och vilka läkemedel patienten faktiskt tar är vanliga (1). Primärvården i Gästrikland har arbetat fram en metod för att rätta till dessa fel.

Många äldre människor har flera läkemedel. Patienten träffar olika förskrivare, på sjukhus och i primärvården. De olika ordinationslistorna stämmer sällan helt med varandra. Läkemedel sätts in och ut. Doseringar ändras och är annorlunda än texten på förpackningen. Aktuell läkemedelsordination överensstämmer inte med listorna från apoteket. Till detta kommer de svårigheter som utbytessystemet för med sig, med olika namn på samma läkemedel.

Dessutom visar många studier att patienternas följsamhet till ordinationerna sällan är fullständig. Om förskrivaren inte får kännedom om att patienten inte tar en medicin kan förskrivaren fatta beslut om exempelvis doshöjning på felaktiga grunder.

Många metoder och projekt är igång för att komma till rätta med dessa problem, till exempel Läkemedelsberättelse. Men det finns inte en enskild metod som löser alla problem. På många ställen i vårdkedjan måste man hjälpa patienten att minimera fel och risker med läkemedelsanvändningen.

På särskilda boenden har man länge arbetat med läkemedelsgenomgångar och andra kvalitetshöjande metoder för säkrare läkemedelsanvändning. Dessutom har en majoritet av patienterna där Apodos. Patienter i ordinärt boende som inte har Apodos kan dock ha lika stort behov av genomgång av sin läkemedelsanvändning.

LEBO, ett samarbete läkare – distriktssköterska

Inom primärvården i Gästrikland har vi genomfört ett projekt för att minska felen i läkemedelsanvändningen hos äldre patienter i ordinärt boende. Distriktssköterskan har huvudrollen. Projektet går under arbetsnamnet LEBO (Läkemedel i eget boende). Vid SFAM:s nationella kvalitetsdag 2009 presenterades projektet. Med denna artikel vill vi sprida kunskap om metoden.

Vi började med att utarbeta en metod för kartläggning av läkemedelsanvändningen. Därefter utbildades en till två distriktssköterskor från varje hälsocentral i Gästrikland att genomföra dessa kartläggningar. Utbildningen skedde i tre omgångar. Först startade den med en tredjedel av hälsocentralerna.

Sedan dessa gjort sin kartläggning återsamlades distriktssköterskorna för rapportera sina erfarenheter. Detta gjorde att metoden kunde finslipas inför nästa grupp av distriktssköterskor som i sin tur rapporterade inför den sista tredjedelen.

Metod

Vi valde följande kriterier för patienterna i LEBO:

- 75 år eller äldre;
- vistas i ordinärt boende;
- ha tre eller flera läkemedel;
- inte använda Apodos;
- ha svårigheter med läkemedelshanteringen;
- nyligen varit inlagda på sjukhus och fått ändrade ordinationer eller vara någon där läkare eller sjuksköterska noterat "avvikelser" i läkemedelslistan.

Första kontakten med patienten sker per telefon varvid distriktssköterskan erbjuder kartläggning och bokar ett hembesök. Ett informationsblad skickas till patienten efter telefonsamtalet för att bekräfta kontakten. Vid hembesöket går patienten och distriktssköterskan igenom följande:

- Vilka läkemedel patienten använder, inklusive receptfria medel samt naturläkemedel och liknande.
- Ordinationer på förpackningar och recept (eller listan "Mina sparade recept").
- Aktuell läkemedelslista och övrig information om ordinationer i primärvårdens journal.
- I förekommande fall epikris eller utskrivningsmeddelande från slutenvården.

Möjlighet finns att utnyttja Läkemedelsförteckningen (över uthämtade läkemedel) från apoteket men det görs sällan.

Efter att ha sammanvägt all information noterar distriktssköterskan den sannolikt avsedda ordinationen. Vid oklarheter samråder distriktssköterskan med patientens familjeläkare.

Effekt och biverkningar av läkemedelsbehandlingen antecknas. Om ändring bedöms nödvändig rapporterar distriktssköterskan till berörd läkare eller klinik.

Uppföljning och dokumentation av kartläggningen sker kontinuerligt genom att distriktssköterskan, efter klartecken från patientens familjeläkare, uppdaterar patientens läkemedelslista i primärvårdsjournalen. Distriktssköterskan rapporterar sina fynd och åtgärder i primärvårdens journal (omvårdnadsdelen). Flera kartläggningar kan behövas för samma patient vid nya ordinationer eller ny sjukhusvistelse.

Resultat

Totalt har 21 distriktssköterskor på 19 hälsocentraler utbildats och tränats i LEBO-metoden. Under projektet har 556 patienter fått sina läkemedelsordinationer genomgångna.

Projektet har haft som syfte att ta fram en metod. Patienturvalet har inte varit systematiskt och därför är siffror över felfrekvenser inte representativa. Några fynd kan ändå nämnas:

34 procent hade en aktuell läkemedelslista från primärvården, 25 procent hade läkemedelslista från sjukhuset medan 44 procent inte hade någon aktuell läkemedelslista från sjukvården.

Hos en majoritet av patienterna fanns minst ett fel. Det vanligaste felet var att patienten inte tagit ett läkemedel som var ordinerat. Näst vanligast var att intagen dosering inte stämde med ordinerad.

Olika läkemedel, motsägelsefulla ordinationer, intag av läkemedel som inte varit ordinerade och dubbelmedicinering av synonyma läkemedel var andra fel som hittades.

Många äldre patienter har utvecklat egna rutiner för att åstadkomma en säker läkemedelshantering.

Diskussion

En hel del intressanta resultat framkom under återslagrapporterna. Rapporterna visar att möjligheterna till fel är oändliga.

Den vanligaste orsaken till fel var att patienten gjort ett medvetet val att avstå från en medicin eller ändrat doseringen. Det kanske inte ska betraktas som ett fel, men om förskrivaren inte får reda på vad patienten egentligen tar kanske läkemedelsordinationen nästa gång ändras på felaktiga grunder.

Nästan lika vanlig orsak till fel var inaktuella medicinlistor. Övriga orsaker var missförstånd från patientens sida och oklara eller felaktiga ordinationer.

Slutsats

Ett praktisk metod har provats ut och kan nu användas i den ordinarie verksamheten.

Även om felen i läkemedelsordinationerna vid till exempel utskrivning från sjukhus med hjälp av nya rutiner minskar så kommer det även i framtiden att uppstå situationer där det råder tveksamheter om vilka läkemedelsordinationer som är aktuella för multistjuka patienter i ordinärt boende. I dessa fall är LEBO en metod för att reda ut oklarheter.

Projektet har kunnat genomföras tack vare statliga stimulansbidrag för utveckling av vården för de mest sjuka äldre.



Margareta Eklöv
distriktssköterska



Kristina Granewåg
vårdenhetschef



Sofia Jonsson
apotekare



Peter Rosenberg
familjeläkare



Yvonne Wall
vårdutvecklingschef.

Referenser:

1. Broman M, Eklöv M. Läkemedelsöverföring vid byte av vårdform – Litteraturstudie. Högskolan Gävle 2008

Äntligen specialist?

– inventera dina villkor för det livslånga lärandet!

Att ha valt läkarbanan är att ha valt ett livslångt lärande

De flesta läkare såg det nog en gång som en del av attraktionskraften i yrket med en ständig utveckling och utmaning i det faktum att aldrig bli fullärd och därmed stanna upp.

Bredden och komplexiteten, att verka i skärningspunkten medicin, individ, samhälle inom just specialiteten allmänmedicin kan vara en extra utmaning – som om den antas på allvar kan vara det som lockar fler till en fantastisk specialitet med dagliga glädjemen i patientmöten kring livets små och stora frågor, arbetsglädje över att som uppdaterad doktor kunna hantera en medicinsk bredd och vara behövd, variationsrikedom, självständighet och positivt samarbete, flexibilitet kring arbetstider och inte minst ett yrke där man kan växa som människa.

Listan kring den positiva utmaningen i allmänmedicinspecialiteten kan göras lång men samma utmaning kan också vara det som istället skapar stress, känsla av otillräcklighet och ett evigt snurrande ekorrhjul av oändliga plikter som upplevs alltmer frustrerande.

Hur hamnar vi i den ena eller andra verkligheten?

Villkoren för det livslånga lärandet kan utgöra skiljelinjen för den ena eller andra verkligheten och bör vara en mycket central faktor för såväl rekrytering som patientsäkerhet inom allmänmedicin. Bemanning och patientsäkerhet har ju dessutom i sig ett nära samband. Dessa villkor handlar om reflektionsutrymme i vardagsarbetet, arbetskultur och synsätt kring det livslånga lärandet samt tid och resurser tydligt avsatta för fortbildning. Vem kan förlora på detta? Eller var finns egentligen motståndet som gör att förändring inte sker? Siffror redovisas gång på gång att fortbildning avstås till följd av stress och tidsbrist bland annat i undersökning från Läkarförbundet.

Varför behandlas fortbildningen i praktiken inte sällan som en lyxvara som kan väljas bort om tid och pengar inte räcker? Utgör den inte ett basbehov i en kunskapsintensiv verksamhet? Vi har hamnat i en ond cirkel som vi behöver komma ur. Raskt.

Var i yrkesbanan drabbar det oss att vi av olika skäl känner oss tvungna att prioritera vår kortsiktiga överlevnad i arbetssituationen istället för den utmaning och utveckling som en gång lockade? Under ST, i synnerhet med nya målbeskrivningen, finns regelverk och obligatorium som stödjer långsiktig kvalitet, men sedan?

Med vårt perspektiv som ”yngre” medlemmar i SFAMs fortbildningsråd med specialistbevis något till några år bakom eller framför, påstår vi att bristen på struktur och resurser för fortbildning efter ST utgör en klar kritisk punkt i denna negativa utveckling. Ibland är man inte heller förberedd på det gap som faktiskt finns i denna fas och man kanske har en tilltro till att det är en mer prioriterad fråga än vad det är. Om man ändå inser gapet kan det som nybliven specialist krävas mod att hävda sitt behov av fortsatt livslångt lärande. Det kan vara lätt att vilja falla in och bli en av kollegorna och inte kräva mer än andra och hamna i en icke-konstruktiv rättvisediskussion. Man kan bli bemött med att man är dyr i drift, att man borde ha kompetensen redan och att det är tecken på en svaghet om man påtalar behovet av fortbildning. Man kan också i den fasen ha egna behov av att vilja visa upp en hög produktivitet och bli uppskattad för lojalitet, arbetsamhet, tillgänglighet etc. Allt gott i dessa egenskaper men är det konstruktivt?

Med handen på hjärtat alla kollegor, hur ser vi på den nybakade specialisten som med enhetens resurser vill delta i FQ-grupp eller åka på konferens? Svaret säger något om ifall våra egna attityder är ett hinder.

Utifrån den verklighet vi befinner oss i kan det i så fall vara förståeligt men ville vi inte något annat?

Ansaret för kompetensutveckling vilar delat på individen och uppdragsgivaren.

Formuleringarna för kraven på uppdragsgivaren kan variera men brukar ungefär lyda att det ska erbjudas erforderlig utbildning/fortbildning/kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov. Detta formuleras ofta utan tydligare specifikation och är därmed lätt att kringgå eller tolka fritt. När organisationen tolkar uppifrån är det risk för att den utbildning som i någon mån prioriteras är sådan kring fakta i nya vårdprogram etc. som ska dunkas in till nästan utantilläxa. En viss kompetensförstärkning innebär det förstås, men inte kompetensutveckling. Var hamnar det avgörande reflektionsutrymme då och hur betraktas begrepp som färdighetskunskap, förtrogenhetskunskap och CPD (Continuing Professionell Development)?

Goda ansatser och exempel finns förstås. Att individuella kompetensutvecklingsplaner tillämpas kontinuerligt är givetvis positivt eftersom det är exempel på ett behov som kommer inifrån. Där strukturen och resurserna inte är tydligt definierade kan dessa planer tyvärr istället lätt kännas som ytterligare ett

stressande dokument. På sina håll finns en särskild pott avsatt i tid eller pengar vilket underlättar. I vårdvalsackrediteringar har vi dock ännu inte sett den bästa konstruktionen som verkligen stödjer att fortbildningen i dess rätta bemärkelse och olika former lyfts.

Följande punkter bör kunna ses som okontroversiella påståenden:

- Allmänläkarens yrkesmässiga kompetens måste kontinuerligt utvecklas.
- Bredden och ensamarbetet inom specialiteten allmänmedicin ställer särskilda krav på fortbildning.
- Förbättringsarbete förutsätter tid (reflektion) och kompetens.
- Verksamhetschefer upplever sig hårt pressade av ansvar i många frågor och har därmed svårt att prioritera just fortbildningsfrågan.
- Resurserna som avsätts för distriktsläkares fortbildning är relativt sett små.
- Kompetensutvecklingens villkor är sämre efter ST.
- Det råder brist på specialister i allmänmedicin.

Så om vi är överens om att dessa punkter beskriver ett nuläge så är det dags för förändring! SFAMs fortbildningsråd författar ett dokument kring fortbildning och vårdval samt stödjer Läkarförbundets fortbildningspolitiska program och Svenska distriktsläkarförbundets programskrift gällande distriktsläkarnas fortbildning. Bland annat nämns i dessa båda att specialistläkaren skall kunna avsätta minst en halv dag i veckan för internutbildning och att möjligheten finns till tio dagar extern fortbildning.

Som medlemmar i ett fortbildningsråd är vi förstås intresserade av fortbildningens kvalitet och innehåll, men så länge omfattningen av fortbildningen är så liten räcker det inte att fokusera på kvalitet.

Vi behöver såväl tillräcklig som god fortbildning i olika former utifrån olika behov och lärtilar

Tills vi sett en förändring på uppdragsgivarnivå i fortbildningsfrågan kan vi bara uppmana alla att ta sitt individuella ansvar och som det populärt heter "rösta med fötterna". Inte bara patienter ska göra sitt vårdval! Alla har anledning att fundera över sina villkor för det livslånga lärandet men i synnerhet du som närmar dig slutet av ST när det är dags att tillträda en tjänst som specialist i allmänmedicin. Vi vill råda alla i den fasen att inventera de rådande villkoren för det livslånga lärandet på tilltänkt arbetsplats, vilket inte är egoistiskt utan en god sak för många. Om det inte är vad du behöver eller förväntar dig – kom ihåg att det råder brist på specialister i allmänmedicin, det bör gå att ställa krav och välja! Det finns till exempel enheter där det är praxis att upprätta fortbildningskontrakt i samband med anställningen.

Nyckelfrågor

Följande frågor kan ge en bra beskrivning av villkoren där en del handlar om att avsätta resurser etcetera, men en lika viktig del kan handla om ett klimat/ en kultur (lärandemiljö) ofta utifrån verksamhetschefens attityd.

Vi föreslår ett antal nyckelfrågor som kan belysa fortbildningens villkor och som delvis går i linje med det som utvärderas i Spur-inspektionerna och ser att fortbildningsinspektioner, med vidare utvecklade frågeinstrument, kan bli ett verktyg framöver.

Hur har det sett ut senaste året på följande punkter:

- Tillämpas årliga individuella kompetensutvecklingsplaner?
- Finns det forum för reflektion i kollegiala samtal och diskussioner med fokus på klinik och vetenskap? (Läkarmöte, FQ-grupper etc.)
- Hur är lärandemiljön? S.k. öppna dörrar, medsittning, dela svårigheter, ta hjälp?
- Hur har internutbildningen skett (omfattning, innehåll)?
- Vilka förbättringsarbeten eller utvecklingsprojekt har genomförts?
- Finns det utbildningsläkare på enheten?
- Hur har externutbildningen skett (regionalt/nationellt/internationellt, omfattning)?
- Finns det struktur för återrapportering från utbildningar, former för implementering av ny kunskap?
- Finns det tillgång till fortbildningssamordnare eller motsvarande?
- Vilket utrymme får fortbildningen i budget?

För dig som befinner dig i en annan fas och har arbetat länge och som också vill ta din del av ansvaret för det livslånga lärandet på ett nytt sätt, så för upp frågorna i kollegiet, på personalmötet, till medarbetarsamtalet etc. Diskussionen kan skapa en norm som ger ett bättre klimat för det livslånga lärandet. Visst var det vad vi ville från början med läkarbanan och visst vore det roligare att tillsammans med unga och erfarna kollegor kunna utbrista –

ÄNTLIGEN!

Cecilia Palmund Cecilia.Palmund@skane.se

Maria Wolf Maria.Wolf@sll.se

Jana Risk Jana.Risk@jll.se

Clemens Finckh Clemens.Finckh@lj.se

Medlemmar i Fortbildningsrådet

Den medicinska behandlingen av patienter med basal hemsjukvård – sett ur ett distriktsläkarperspektiv

En sammanfattning av en avhandling som försvarades 26/2 2010 på Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm av Sonja Modin, allmänläkare, verksam vid Centrum för Allmänmedicin, Stockholm och Stuvsta Vårdcentral Huddinge. Handedare Docent Ingrid Hylander, Docent Anna-Karin Furhoff, Med.dr. Lena Törnkvist.



Bakgrund

På grund av minskade vårdplatser på sjukhus och allt fler äldre med ökade sjukvårdsbehov, i befolkningen har behovet av och kraven på basal hemsjukvård ökat. En nationell studie av hemsjukvård som Socialstyrelsen nyligen genomförde visade att allt fler patienter får hemsjukvård och det har också skett en utveckling mot allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Det framgick också att tillgången till läkare och sjuksköterskor i hemsjukvården i många fall inte är tillräcklig i förhållande till de krav som utvecklingen i hemsjukvården ställer. Samtidigt har olika reformer lett till ändrade och mer komplicerade förutsättningar för samverkan mellan distriktssköterskan och distriktsläkaren när det gäller just patienter med basal hemsjukvård.

När studierna i den här avhandlingen startade saknades kunskap om den samlade vård som patienter med basal hemsjukvård får. Tidigare studier av hemsjukvård var ofta begränsade till den vård som ägde rum i patientens hem. En försvårande omständighet har varit att det saknas en enhetlig definition av basal hemsjukvård. I studierna har 'home care by district nurses' dvs. vård i hemmet av distriktssköterskor använts angående basal hemsjukvård och detta är också kriteriet för urval av patienter till studierna.

Tidigare studier har funnit att patienter med vård i hemmet samtidigt ofta har flera olika sjukdomar och funktionsproblem. Historiskt har distriktssköterskan arbetat mer självständigt men arbetar sedan flera decennier mer integrerat i den multiprofessionella primärvård som nu finns. Det har inneburit ökad samverkan med distriktsläkaren bland annat rörande hemsjukvårdspatienter. Samtidigt har ökningen av hemsjukvård lett till ökade krav på samverkan med kommunal hemtjänst. Utvecklingen under senare år har därför inneburit att distriktssköterskorna, som arbetar med hemsjukvård, allt oftare arbetar i kommunen tillsammans med hemtjänst. Förändringen sker för att underlätta samverkan med hemtjänst, men det innebär samtidigt att distriktsläkaren och distriktssköterskan i hemsjukvården inte längre arbetar tillsammans på vårdcentralen vilket kan komplicera deras samverkan. Att distriktsläkaren och distriktssköterskan inte längre arbetar med hemsjukvården för

patienter i ett gemensamt distrikt utan har olika samarbetspartners för olika patienter gör det svårare att utveckla teamarbete.

Kunskapen om distriktsläkarens behandling av dessa patienter är bristfällig. Studier har visat att distriktsläkaren gör få hembesök, distriktsläkaren kan uppleva äldre patienters multipla patologi som komplex och ibland skrämmande samtidigt som en ökande arbetsbelastning inneburit att de sällan haft möjlighet att sköta de här patienternas vård som de skulle vilja. Sverige har brist på distriktsläkare i primärvården samtidigt som utflyttningen av vård från sjukhusen lägger ökat ansvar på distriktsläkarna, inte minst för patienter i basal hemsjukvård.

Målsättning

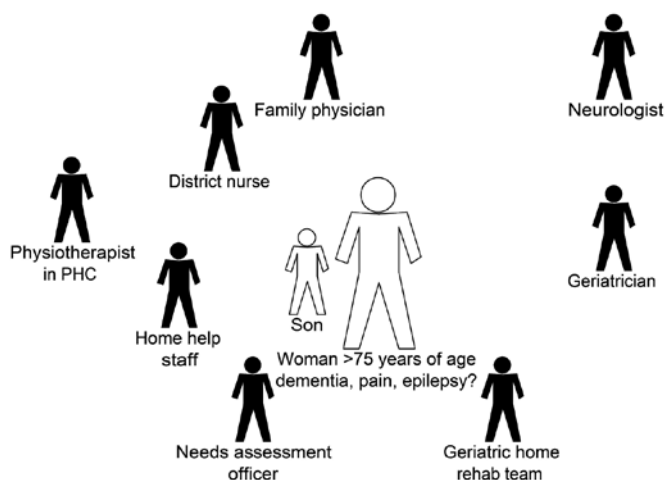
Den övergripande målsättningen med avhandlingen har varit att skapa ökad klarhet angående patienter med basal hemsjukvård, deras problem och samlade vård, samt distriktsläkarens erfarenheter av att ge medicinsk behandling till patienter med basal hemsjukvård.

Material och metoder

Avhandlingen innehåller en kvantitativ och en kvalitativ studie. Den kvantitativa studien omfattar en tredjedel (116) av alla patienter med basal hemsjukvård i en Stockholmsförort, 1996. Information om patienterna, deras problem och deras samlade vård samlades in från olika källor. I den kvalitativa studien har grundad teori använts och data insamlats med semistrukturerade intervjuer med 13 distriktsläkare verksamma i större städer som berättade om en av sina patienter som hade basal hemsjukvård, samt den patientens behandling.

Resultat

En typisk patient med basal hemsjukvård var en äldre ensamboende kvinna som hade flera olika sjukdomar i kombination med nedsatt funktionsförmåga. Många olika vårdgivare var inblandade i patienternas samlade vård, som inkluderade både anhöriga, hemtjänst, primärvård och sjukhus. Flera olika läkare var ofta inblandade (se figur).



Patienterna besökte oftast distriktsläkaren på vårdcentralen, i medeltal två gånger per år, men alla patienter träffade inte sin distriktsläkare under ett år och bara en fjärdedel hade fått hembesök av distriktsläkaren. Många distriktsläkaråtgärder, som förskrivningar och remisser för undersökningen, vidtogs utan att distriktsläkaren träffade patienten. Att behandla utan att träffa patienten var betydligt vanligare när det gällde patienter med hemsjukvård än när det gällde andra patienter av jämförbar ålder.

Patienternas problem påverkade distriktsläkarens förmåga att behålla kontrollen över den medicinska behandlingen. Patienter med nedsatt funktionsförmåga kunde inte och patienter som ville försöka klara sig utan hjälp ville inte ge distriktsläkaren tillräcklig information och många kunde inte sköta sin egen behandling. Distriktsläkaren var tvungen att förlita sig på att framför allt distriktssköterskan, som träffade patienterna varje till varannan vecka, försåg dem med information och hjälpte patienten med medicinsk hemsjukvårdsbehandling.

När patienterna hade komplexa tillstånd eller vägrade följa de rekommendationer de fick var det svårt att fatta beslut om målet för den medicinska behandlingen. Distriktsläkaren var tvungen att förlita sig på noggrann uppföljning och bedömning av distriktssköterskan för att få information som kunde utgöra underlag för konstant omprövning av målsättningen med behandlingen. Det gällde att anpassa målsättningen efter vad som var acceptabelt för patienten, möjligt att göra och samtidigt av distriktsläkaren kunde bedömas som Best Practice under rådande omständigheter.

Samarbete med distriktssköterskan när det gällde behandlingen av patienter med basal hemsjukvård sågs som en fundamental förutsättning för behandling av de här patienterna och de flesta var mycket nöjda med samarbetet. Men distriktssköterskans arbetsförhållanden och attityd samt sjukdomen i sig påverkade om det var adekvat att förlita sig på distriktssköterskan eller inte. I samarbetet kunde distriktsläkaren ta rollen som medicinsk ledare och behålla initiativet i den medicinska behandlingen, eller rollen som medicinsk konsult och överlämna initiativet i den medicinska behandlingen till distriktssköterskan. Samma distriktsläkare kunde inta olika

roll i olika situationer. Vilken roll distriktsläkaren valde eller tvingades anta var beroende av deras arbetsförhållande och attityd samt sjukdomens art. Oavsett vilken roll distriktsläkaren valde så upplevde de förutsättningarna för att ge medicinsk hemsjukvårdsbehandling tillräckligt bra om det var adekvat att förlita sig på distriktssköterskan och problematiska om det inte var adekvat.

Slutsatser

Enbart konsultationen räcker inte, samarbete med distriktssköterskan krävs

På grund av hemsjukvårdspatienternas problem kan konsultation med patienten inte ge tillräckligt underlag för distriktsläkaren beslut om behandling. De är tvungna att förlita sig på information och samarbete med distriktssköterskan i den medicinska hemsjukvårdsbehandlingen.

Skapa arbetsförutsättningar för att distriktsläkaren ska kunna behålla kontrollen

Som medicinska ledare i den medicinska behandlingen, upptäcker distriktsläkaren när förutsättningarna för medicinsk hemsjukvårdsbehandling är problematiska på grund av att det inte är adekvat att förlita sig på distriktssköterskan. Som medicinska konsulter kan de inte upptäcka det eftersom de inte får den information de behöver för att upptäcka det av distriktssköterskan. För att behålla kontrollen över den medicinska hemsjukvårdsbehandlingen som konsulter, måste deras arbetsförutsättningar vara sådana att de vet om det är adekvat att förlita sig på distriktssköterskan eller inte. Arbetsförutsättningarna måste också vara sådana att de tillåter dem att ta rollen som medicinsk ledare när det krävs.

Skapa förutsättningar för samverkan och ansvarsfördelning

Den samlade vården påminner om den på en vårdavdelning med många olika vårdgivare som deltar i de enskilda patienternas vård. Det kräver samverkan, men den basala hemsjukvården saknar vårdavdelningens geografiska, organisatoriska och tidsmässiga sammanhållande faktorer. Problem uppstår när arbetsförutsättningarna är sådana att det saknas tid och rutiner för att distriktsläkaren ska kunna ta ansvaret och för tydlig ansvarsfördelning och samverkan i medicinsk hemsjukvårdsbehandling.

Avhandlingen handlar om den medicinska behandlingen av patienter som inte själva kan ta kontakt med vården. Hur kan vi säkra god medicinsk behandling av den här patientgruppen när vården blir allt mer styrd av efterfrågan?

Om Du vill läsa hela avhandlingen kan Du ladda ner den från <http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-783-2/thesis.pdf>

Vill Du att jag skickar Dig en tryckt upplaga kan Du höra av Dig till mig på sonja.modin@sll.se, så skickar jag ett exemplar.

Sonja Modin
allmänläkare, med.dr

Är du intresserad av frågor som rör hemsjukvård?

SFAMs Råd för hemsjukvård arbetar med utveckling av vården för de här patienterna är Du intresserad av att vara med. Det här är en vårdform som växer både när det gäller antal patienter och när det gäller vilka problem vi tar hand om. Hur kan vi skapa arbetsförutsättningar för att den medicinska vården i hemmet ska upplevas som trygg och kunna bedrivas med hög kvalitet? Det är frågor som vi diskuterar med utgångspunkt från de erfarenheter vi har.

Just nu diskuterar vi frågor som:

- Vad är bästa möjliga vård för äldre multisjuka?
- Vad är bästa vård när våra patienter närmar sig livets slut?
- Vad är allmänläkarens roll i hemsjukvården?
- Vad karaktäriserar ett bra hembesök?

Vi driver också den fallbaserade utbildningen "När doktorn tar av sig skorna" om att vårda hemsjukvårdpatienter, är med och planerar den återkommande tvärprofessionella konferensen "Mötet i hemmet" och har också studiebrevet "Kan doktorn komma" om att arbeta med hemsjukvård. Läs mer på <http://www.sfam.se/> under Kvalitet och utveckling/Hemsjukvårdsrådet

HÖR AV DIG!

Sonja Modin – sonja.modin@sl.se
Ordförande

Koppling mellan SFAMs hemsida och lokalföreningarnas hemsidor

Förnyad hemsida 2009

SFAMs hemsida www.sfam.se fick nytt utseende för ett år sedan. Syftet med omorganisationen var att det skulle bli lättare att hitta den information man söker. Vi omstrukturerade menyerna, och har under året justerat dem ytterligare. Det finns också fungerande sökfunktion.

Det redigeringsprogram vi nu använder, Joomla, ger stora utvecklingsmöjligheter, långt mer än vi för närvarande utnyttjar. Det är inte tekniken som begränsar utan vad det finns tid och ekonomiska resurser att göra. Vi tar ett steg i taget, och förnyar i den takt vi råar med.

Tips och synpunkter är alltid välkomna. Hör av dig till hemsidesredaktören.

Lokalföreningarnas egna hemsidor.

Vill din lokalförening ha en egen hemsida, knuten till SFAMs hemsida? Det kan åstadkommas på två sätt.

- 1/ Lokalföreningen kan ha en egen oberoende hemsida, och vi lägger en länk dit på sidan om lokalföreningar. Där finns just nu två sådana länkar, Kronobergs och Nordvästra Skånes. Det kanske finns fler lokalföreningar med egen hemsida? Hör av er i så fall, så lägger vi genast in en länk!
- 2/ Lokalföreningen kan också ha en sida som en del av www.sfam.se, med samma redigeringsprogram. Ni får i så fall själva redigera den sidan. Det behövs utbildning för en lokalredaktör, och helst en reserv. Det går åt en arbetsdag tillsammans med vår support, Tomas Berglund som bor i Umeå och är knuten till LJE Konsult AB, men som brukar kunna komma till SFAMs kansli i Stockholm för att utbilda hemsidesredigerare. Kostnaden för Tomas arbetstid och reskostnader står lokalföreningen för. Ett par föreningar har redan hört av sig. Är din lokalförening intresserad, kontakta hemsidesredaktören så att vi kan samordna utbildningen!

Karin Lindhagen
Hemsidesredaktör
karin.lindhagen@sfam.se



Gunilla Norrmén, först att disputeras vid Allmänmedicinskt forskningscentrum, Örebro läns landsting



" I avhandlingen analyseras faktorer som har betydelse för sjukskrivning i samband med konsultation hos allmänläkare "

Distriktsläkaren Gunilla Norrmén disputerade 3 maj 2010 på en avhandling med titeln "To Be or Not to Be Sick Certified with Special Reference to Physician and Patient Related Factors".

Handledare har varit medicine doktor Dan Andersson, Socialstyrelsen, Örebro och professor Kurt Svärdsudd, Uppsala Universitet.

I avhandlingen analyseras faktorer som har betydelse för sjukskrivning i samband med konsultation hos allmänläkare. Avhandlingen som består av fyra delarbeten och en sammanfattning baseras på en enkätundersökning i mitten av 1990-talet till 67 allmänläkare och 642 patienter som konsulterat dem och som kunde vara aktuella för sjukskrivning.

I första delarbetet analyseras "läkarrelaterade" faktorer inverkan på beslutet om sjukskrivning. De största diagnosgrupperna för sjukskrivning var infektionssjukdomar och muskuloskeletal sjukdomar. Läkare med lång erfarenhet i allmänmedicin och deltidsarbetande läkare sjukskrev patienterna något oftare än de andra grupperna av läkare. Genomgången AT-undervisning i försäkringsmedicin var också relaterat till en ökad sjukskrivningsfrekvens hos patienter med muskuloskeletal sjukdom.

I delarbete två undersöktes "patientrelaterade" faktorer inverkan på sjukskrivningen. Man fann att patienter med somatiska besvär sjukskrevs i mindre utsträckning än patienter där psykosociala faktorer förelåg. Den starkaste prediktorn för sjukskrivning var att det fanns en samsyn mellan patient och läkare vad gällde patientens arbetsoförmåga.

I delarbete tre analyserades "sociala" faktorer betydelse för sjukskrivningen. Man fann att "socialt stöd" på arbetet och högt beslutsutrymme i arbetet var faktorer som "skyddade" mot sjukskrivning. Oro för att bli skadad eller sjuk av arbetet ökade sannolikheten för sjukskrivning.

I delarbete fyra analyserades inflytandet av läkares och patienters attityder och åsikter på sjukskrivningsfrekvensen. Både patient och läkare ansåg att lång frånvaro från arbetet på grund av sjukdom eller arbetslöshet kunde skada hälsan. Trivsel i arbetet ansågs ge önskan om så kort frånvaro som möjligt. Tilltron till arbetsgivares villighet att ha deltidssjukskrivna med sjukdom eller handikapp ansågs vara låg liksom tilltron till läkares kunskap om olika yrken. Om läkaren ansåg sig veta mycket om olika yrken sjukskrev man i mindre omfattning, i ökad omfattning om läkaren var positiv till kontroll av sjukskrivna och om man ansåg att arbetsgivaren var positiv till deltidssjukskrivning. Patientens åsikt att arbetsgivare ville ha sjuka eller handikappade kvar skyddade mot sjukskrivning.

Fakultetsopponent var professor Urban Janlert från Umeå Universitet och han hade tillsammans med Gunilla en intressant och givande diskussion och analys av avhandlingens olika delarbeten och sammanfattning.

Sammanfattningsvis kan sägas att avhandlingen belyst en rad av de problem som finns kring sjukskrivningen både ur ett läkar- och patientperspektiv. Området är komplext och forskningsstudier försvåras av det faktum att regelverket ofta förändras. Gunillas avhandling har belyst en del problem men ytterligare forskning inom området behövs.

Peter Engfeldt
peter.engfeldt@orebroll.se

Sveket att inte ge människor vanlig basal sjukvård!

Den svenska primärvården har påtagligt förändrats de sista åren genom det så kallade vårdvalet. Huvudargumentet för införandet av vårdvalet sägs ha varit att skapa konkurrens inom vården och valmöjligheter för patienterna. Men sanningen är nog att det också har gjorts för att dölja bristen på för lite allmänläkarutbildning och för låg satsning på primärvård. Den läkarkategori och den bassjukvård som ska bära upp en stor del av den viktiga, vanliga vården. Den vård som ges på vårdcentraler, barnavårdscentraler, jourmottagningar och inte minst en svällande äldrevård. Samtidigt som man har låtit organspecialiteterna växa mer eller mindre ohejdat och ogenomtänkt i allt mer centraliserade jättekolosser till sjukhus.

Kontinuitetsbärande allmänläkare eller sjukvård a la Lidl och McDonald

Vårdvalets trolleritrick var att man i ett nafs sa att nu är det inte så viktigt med kvalitet och kontinuitet i primärvården längre. Nej, nu gäller en sjukvård, där vem som helst, utan krav på allmänläkarkompetens, kan studsa runt i primärvården. Nu ska istället tillgängligheten premieras, men inte till en läkare trogen sina patienter utan oftast till en läkare vem som helst, sen är det inte så noga om det är vikarierande narkosläkare eller en läkare utan specialistkompetens överhuvudtaget som veckoknäckar. Man har skapat en slags kravlös tillgänglighetens Lidl-sjukvård. En McDonaldisering av patientmötet – vilsna patienter shoppar runt för diagnoser och behandling – när man så otvetydigt vet att det man som patient sätter högst på önskelistan är en kompetent läkare. En läkare som kan erbjuda kontinuitet och därmed skapa förutsättningar för tillit och förtroende – vårdens grundläggande idé.

Att det är bra med en sjukvård som har kontinuitetsbärande allmänläkare finns det både beprövad erfarenhet och bevis för, inte minst genom professor Barbara Starfield, som undersökt hur det står till med den saken i europeiska länder och delstater i USA.

I de länder där patienten först får träffa en allmänläkare, har befolkningen lägre dödlighet, lägre sjuklighet, kostnaderna inom vården är lägre och tillgängligheten till vården är god.

Vardagsvården vilar i stor utsträckning på just kontinuitetsprincipen, att man som allmänläkare kan följa sina patienters öden och äventyr över tid.

Det saknas 2 000 specialister inom allmänmedicin

Jag kan inte förstå att man på högre ort inte begriper att behovet av vanlig vård är mycket större än behovet av ovanlig vård. Att



" Det behövs många allmänläkare för att slutenvårdens läkare skall kunna utföra sitt arbete av ovanligare vård! "

båda delarna visserligen behövs, men att en grundförutsättning för att ovanlig vård skall kunna bedrivas, är att det finns en väl fungerande vanlig vård. Det sätt man har tillåtit den övertunga slutenvården att tillväxa är som att bygga ett slott med tinnar och torn, men glömma att gjuta ett bra fundament.

Det behövs många allmänläkare för att slutenvårdens läkare skall kunna utföra sitt arbete av ovanligare vård! Betydligt fler, helst uppåt 30–40 % av läkarkåren, som i de flesta andra västländer. I Sverige är allmänläkaren en förhållandevis sällsynt varelse och utgör bara cirka 15 % av läkarna. Prognosen för de närmaste 10 åren är dyster med ett sjunkande antal allmänläkare.

Supersubspecialiseringen i storsjukhusen – en paradox

Vid sjukhusen pågår en ständig subspecialisering eller snarare en supersubspecialisering, som kräver allt fler specialiserade läkare. Nya enheter, mottagningar och kliniker växer fram. Läkarna får en alltmer specifik kunskap, men har allt mindre av allmän basal medicinsk kunskap. Följden blir att så fort organspecialisten hamnar utanför sitt allt smalare kompetensområde



Många vet väldigt mycket om väldigt lite, men ingen vet vem som vet vad

måste denne fränhända sig ansvaret för patienten. Man anar, att sjukhusets läkare som kan så mycket om så litet att de till slut vet allting om ingenting, till och med själva bekymrar sig över detta faktum. Supersubspecialiseringen börjar bli vårdens paradox. Många vet väldigt mycket om väldigt lite, men ingen vet vem som vet vad. Då uppstår problem.

Big is not always beautiful

I iveren att göra, till synes logiska rationaliseringar av sjukhusvården, genomförs nu sjukhusnedläggningar och sammanslagningar till jättesjukhus. Ändå är det så att det mesta av det som sker i vården av människor, baseras på god kommunikation och mänskliga relationer. Dessa måste fungera, men de läkare som arbetar på storsjukhuset blir främlingar för varandra och för primärvårdens allmänläkare och tvärtom. Det resonabla samtalet mellan de stora sjukhusens och vårdcentralernas läkare uppstår inte, avstånden är för stora – banden som skall hålla samman en god sjukvård har brustit. Det för patienten optimala samarbetet finns inte.

Följden blir en otrygg och förvirrad patient, som inte säl- lan söker allmänläkaren för att få sin oro stillad och för att få förklaringar till sina besvär och svar på sina frågor.

Tyvärr finns det ofta bara en inhoppad stafettläkare att be- svara frågorna, kanske rent av en slutenvårdsläkare som extra- knäcker. En organspecialist som rimligen gör en bättre insats på sjukhuset eller kanske ännu hellre i en poliklinisk organ- sjukvård!

Utbilda, auskultera och certifiera i primärvården

Primärvården måste fungera för att sjukhusen inte ska överbe- lastas och drunkna i en vård de inte har organisation, kunskap eller personella resurser att hantera, men då krävs att man:

- Tar fram en nationell plan som beskriver en fördelning av läkare inom respektive disciplin utarbetad och grundad på prioriteringar av den vård som kan anses medicinskt rimlig. Allmänläkare bör då utgöra en större andel av läkarkåren, minst motsvarande en heltidsarbetande allmänläkare per 1 500 invånare och gälla oavsett vilken driftsform primärvården har eller får i framtiden.
- Genomför hela utbildningen till specialist i allmänmedicin på vårdcentral. Subspecialiseringen på de större sjukhusen medför att man inte kan erbjuda en generell medicinskt ut- bildning. Utbildningen till specialist i allmänmedicin bör ske vid samtliga såväl offentliga som privata primärvårdsenheter.
- Utvecklar auskultationsmetoder på sjukhusens avdelningar och mottagningar som väg till den kunskap som allmänlä- kare behöver. Vi behöver känna till, men inte nödvändigtvis kunna utföra de ingrepp och åtgärder som görs på sjukhusen. Det viktiga för allmänläkare är att ha enkla kommunikations- vägar och breda kontaktytor mot den nu så fragmenterade slutenvården och bra relationer med slutenvårdskollegorna. Allt detta kan uppnås genom auskultationer.
- Ställer krav på en grundläggande obligatorisk certifiering för andra specialister innan dessa i någon större omfattning får arbeta i primärvården. Vid avsaknad av grundläggande cer- tifiering eller utebliven specialistkompetens i allmänmedicin efter en given tid bör möjligheten för vidare tjänstgöring i primärvården upphöra. Eventuella organspecialister i primär- vården bör erbjudas handledning utifrån sina individuella förutsättningar och därefter så småningom få specialistkom- petens i allmänmedicin. SFAM är inte heller främmande för en recertifiering för alla allmänmedicinspecialister till exempel vart femte år – goda erfarenheter finns att hämta från flera länder.
- Organspecialisterna kommer ut i den öppna vården och arbetar, inte bara i närheten av det stora sjukhuset, utan i alla delar av landstingen.

*Det är för mycket av specifik kompetens för de få
och för lite av generell kompetens för de många sjuka*

Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

Dammtorkningen brister i förskolan

Fukt och damm kan förvärra astma. Nu visar Kristina Bröms på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet att de svenska förskolorna alltför ofta har fuktskador. Dessutom dammtorkas de alldeles för sällan.

Astma, allergisk snuva och eksem har ökat kraftigt under de senaste decennierna i västvärlden. Över en tredjedel av svenska barn har besvär av astma eller allergi. Orsaken till ökningen är okänd men den kan vara kopplad till inomhusmiljön där barnen vistas. Därför är det intressant att undersöka miljön i förskolorna.

Läkaren Kristina Bröms, doktorand vid Uppsala universitet, visar i sin avhandling att förskolorna kan bidra till att allergi-problem och astmasymtom ökar hos barnen. Hennes undersökning visar till exempel att omkring 4 av 10 förskolor har fuktskador eller visar tecken på att det tidigare har funnits fuktskador. Även de så kallade allergiförskolorna har liknade problem. Var fjärde allergiförskola visar tecken på fuktskador eller på att de tidigare har haft fuktskador. På de vanliga förskolorna är det dessutom vanligt att städningen brister.

– Det är relativt vanligt med tecken på fuktskador och städningen är dålig. På 25 procent av de vanliga förskolorna dammtorkar man inte ens en gång i månaden. På mer än hälften av förskolorna dammtorkar man mer sällan än en gång i veckan. Siffrorna är hemska, anser uppsalaforskaren Kristina Bröms, när hon försvarade sin avhandling i början av maj på Gävle sjukhus.

Kristina Bröms konstaterar också att astma hos förskolebarn är vanligare i befolkningstäta kommuner än i glesbygden.

– Nu är frågan vad i städerna som leder till att astman är vanligare. Är det luftföroreningar eller något i inomhusmiljön? Det pågår undersökningar i Stockholm för att ta reda på det, säger hon.

Hennes enkätundersökningar visar också att antalet allergi- och astmasymtom hos ett barn vanligtvis ökar fram till dess att barnet är tre år. I fyraårsåldern avtar de flesta symtomen. Det är bara allergisnuvan som inte avtar.

– Det innebär att man kan räkna med att ett barn som har ett symtom på astma eller allergi ofta kommer att få fler symtom fram till tre års ålder. Men det är också positivt att veta att många barn blir av med besvären sedan. Detta betyder mycket för hur vården kan kommunicera med föräldrarna. Vårdpersonalen kan förbereda föräldrarna på att barnet kan få fler besvär, men de kan också ge hopp om att besvären kan gå över med tiden, säger Kristina Bröms.



Kristina Bröms har också undersökt vilka riskfaktorer som har störst betydelse för om ett förskolebarn senare kommer att få astma. Det visar sig att allergi mot olika slags mat är den enskilt viktigaste riskfaktorn.

– Därför bör man som förälder till ett barn med födoämnesallergi vara uppmärksam på om barnet har långvarig hosta. Då kan det vara bra att boka en tid hos doktorn och få hostan undersökt, tipsar Kristina Bröms.

För mer info. kontakta Kristina Bröms på 070-776 03 44.

Avhandlingen, *A Nationwide Study of Asthma and Allergy in Swedish Preschool Children*, finns att läsa på www.uu.se

Jean Lycke

Ännu vanligt med antibiotika mot förkylning



Linköpings universitet

Riktlinjer för att minska resistensutveckling följs dåligt, visar stor studie.

Läkare skriver ut antibiotika till nästan hälften av alla som besöker en vårdcentral för luftvägsinfektion, fastän de flesta sådana infektioner orsakas av virus och är självläkande. Trots risken för att allt fler bakteriestammar blir resistenta har förskrivningen minskat obetydligt med åren, visar en avhandling vid Linköpings universitet.

Drygt 240 000 patientbesök hos primärvården i Kalmar län har analyserats i en studie som är den största hittills i sitt slag i Sverige. De tre vanligaste diagnoserna var förkylning, halsfluss och öroninflammation. Under de sex år som studien omfattar har patientbesöken minskat rejält, framförallt för öroninflammationer och halsinfektioner, men andelen förskrivningar av antibiotika ligger kvar på nästan samma höga nivå.

Vid 45 procent av alla besök för luftvägsinfektion skrev läkaren ut antibiotika, oftast Kåvepenin® som är det rekommenderade penicillinet vid misstänkta bakteriella infektioner. Vid öroninflammationer hos barn var andelen nära 80 procent och den hade inte minskat trots att man enligt svenska riktlinjer från 2000 kan avvakta med behandling i tre dagar för att ge möjlighet till självläkning. En klinisk studie visade att skillnaden mellan barn behandlade med och utan antibiotika var knappt en halv dags förkortad smärta, medan utläkningen var lika god i bägge grupperna.

Thomas Neumark, distriktsläkare i Kalmar och doktorand i allmänmedicin vid LiU, är oroad över resultaten av sin forskning och anser att andelen antibiotika-behandlingar bör kunna halveras.

– Vi har dålig samsyn och värderar de kliniska symtomen olika. Riktlinjerna är svagt förankrade och definitionerna vaga. Arbetsgivaren – landstingen – men även den enskilde yrkesutövaren bör ta större ansvar för medicinsk uppdatering och verksamhetsuppföljning, säger han.

De nu publicerade studierna går inte in på orsakerna till att så många läkare väljer att inte följa de riktlinjer som finns. Den frågan vill Thomas Neumark undersöka i sin fortsatta forskning. Problemet är mångfasetterat: det kan handla om pressade arbetsförhållanden i primärvården, dålig bemanningssituation med vikarier som ofta saknar allmänmedicinsk kompetens och kanske andra förskrivningsvanor.

– Ofta verkar det vara doktorn som tror att patienten förväntar sig att få ett recept på antibiotika, medan patienten egentligen vill ha längre tid för konsul-

tation och en förklaring till symtomen. Vad vi ser idag är en global och snabbt växande resistensutveckling hos bakterierna. Det är deras sätt att skydda sig mot antibiotika i sin omgivning. Om utvecklingen får fortsätta riskerar vi att sjukdomar som tidigare enkelt kunnat botas plötsligt blir dödliga.

– Därför ska man vara återhållsam och bara sätta in behandling på strikta diagnoser där det inte finns något bättre alternativ. Det är också viktigt att välja rätt typ av antibiotika, rätt dos och rätt behandlingstid, säger Thomas Neumark.

Avhandlingen *Treatment of respiratory tract infections in primary care with special emphasis on acute otitis media* är publicerad på LiU Electronic Press, <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-54832>.

Kontakt:
Thomas Neumark, 070-2346400
thomas.neumark@ltkalmars.se

Jean Lycke

Möte med Rotarys Läkarbank

Rotarys Läkarbank startades 1988 av journalisten Lars Braw. Avsikten var att Rotaryanslutna läkare i Norden för korta perioder skulle ersätta läkare på afrikanska sjukhus när de behövde semester eller vidareutbildning. Sedan Erikshjälpen trätt in som delfinansiär 1990 vidgades rekryteringen till läkare utanför Rotary.

I början gällde insatserna arbete på sjukhus. 1993 startades den första mobila kliniken i Maseno i västra Kenya av Jarl Magnusson, distriktsläkare i Sunne. Jeepläkaren var därmed etablerad. Nu finns sedan åtskilliga år sex jeepläkarlinjer på västra Kenyas landsbygd och många svenska allmänläkare har vid det här laget skaffat sig afrikanska erfarenheter genom att prova på arbetet som jeepdoktor.

Läkarbankens årliga läkarmöte i Holsbybrunn utanför Vetlanda bjöd denna vår på intressanta föredrag och engagerande gruppdiskussioner. Ämnen alltifrån katastrofmedicin till terrängkörning med jeep avhandlades. Här följer några axplock.

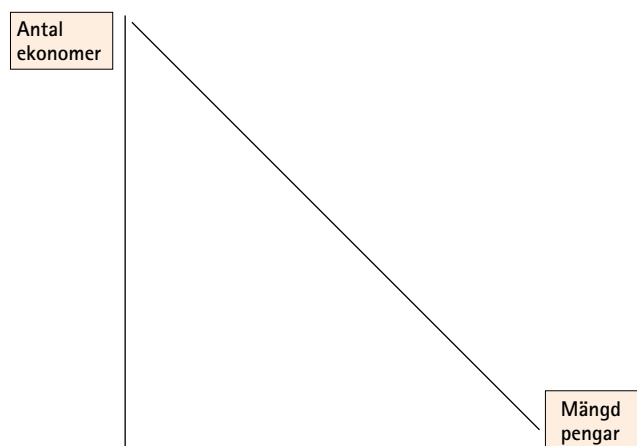
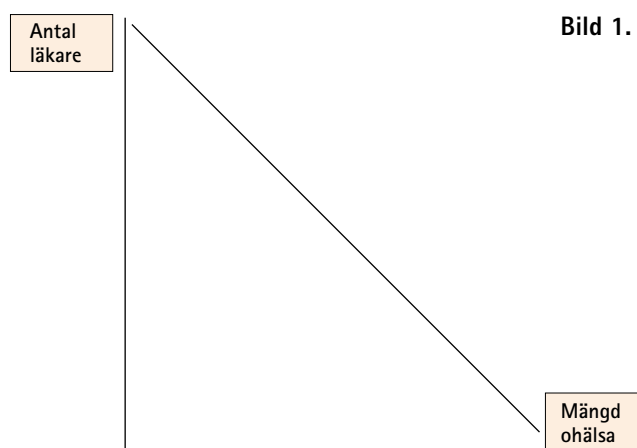
Katastrofmedicin

Johan von Schreeb, tidigare Läkare utan gränser och numera forskare om internationell hälsa, föreläste om hälsan i katastrofsituationer med exempel från Haiti och Chile. Mediernas uppmärksamhet är stort vid själva händelsen men varar knappt två veckor. Återgången till "normalitet" är ofta långsam. Platens och landets socioekonomiska situation har en avgörande betydelse. Generellt gäller att där det finns pengar, där finns det också sjukvård.

Johan von Schreeb jämförde läkares antal i förhållande till ohälsa med ekonomernas antal i relation till mängden pengar och visade en slående bild (bild 1). I Haiti saknades inte bara på pengar. Samhällets struktur var svag och korrumperad, sjukvården underdimensionerad, kompetensen bristfällig, beredskap för katastrofer saknades. Jordbävningens effekter på befolkningens hälsa blir därför omfattande och långvarig. Den liknande händelsen i Chile, som är ett välutvecklat land, fick inte alls samma konsekvenser. Där klarar sjukvårdsorganisationen de hälsoproblem som uppkommer.

Det gäller att verkligen titta på patienten och att ta en anamnes, sa Malcom Malynieux, läkare från Malawi, i sitt föredrag. "What are the lessons from this case?"

Varje patient lär oss något. Om klinisk medicin, naturligtvis, men också om folkhälsa.



Mödradödligheten

Paret Carin och Roland Boij från Jönköping, barnmorska respektive förlossningsläkare, har under flera år deltagit i projekt i Kongo och Tanzania för att reducera den förfärande höga afrikanska mödradödligheten. De viktiga dödsorsakerna är graviditetstoxikos, post partum-blödningar av olika slag, infektioner, ablatio placentae, placenta previa och värksvaghet. Studier visar att förebyggande mödravård inte löser problemet. Det avgörande är att det finns personal med professionell kompetens med vid förlossningarna. Det gäller därför att utbilda



barnmorskor och sjuksköterskor ute på fältet och att se till att de verkligen börjar tillämpa de relativt enkla åtgärder som krävs.

Carin och Roland Boijs projekt är inte det enda. Den senaste statistiken från WHO tyder på att situationen sakta förbättras, Mödradödligheten är på väg nedåt.

Förebyggande medicin

Att introducera förebyggande hälsovård är inte enkelt. Det vet Pia Apelgren, veteran från Läkarbanken och ledare för ett stort projekt norr om Siaya i västra Kenya, besked om. Hon redogjorde för det omfattande projektet som många jeep-läkare kommit i kontakt med. Projektet omfattar utbildning av hälsoarbetare ute i byarna, vatten och sanitet, vaccinationer, myggnät till befolkningen samt effektiv köksträdgårdsodling. En fungerande organisation och långvarig uppföljning är nödvändiga för framgång. Hos den som ger sig in i preventivt arbete är envishet och tålamod viktiga egenskaper.

En liten del i det stora

Föreläsningarna och diskussionerna kändes inspirerande för dem som satsat på Läkarbanken. Verksamheten är naturligtvis bara en liten del i arbetet för att skapa bättre hälsa i afrikanska länder. De som deltar med vidgar sin kliniska erfarenhet och får chansen till större perspektiv på sjukvård och samhälle. Erfarenheten kan motverka den risk- och kriskultur som utmärker stora delar av svensk hälso- och sjukvård. Framför allt är den en stor personlig upplevelse.

Stig Andersson



Välkommen till SFAM:s höstmöte 2010

Tema: UTSIKT

Ur innehållet:

Steinar Hunskaar
"Allmänläkaren 2020
-onödig eller oundgänglig?"

Göran Rosenberg "Vården och rättvisan"

Åsa Kadowaki "Gränssättning och
Professionellt förhållningssätt"

Åsa Nilssonne
"Att välja sin utsikt"

13-15 oktober
Holiday Club, Åre

Mer information och anmälan hittar du på www.sfam.se

Hembesök med kvalitet förbättrar äldres hälsa



Förebyggande hembesök är en framgångsrik strategi för att gynna en positiv hälsoutveckling bland äldre.

Framgången förutsätter emellertid att besöken genomförs av kunnig, medicinskt och socialt utbildad personal. Dessutom måste besöken vara återkommande. En studie i Nordmalings kommun visar att seniorer lever längre och mår bättre om de får förebyggande hembesök. Dessutom kan besöksverksamheten ge mindre behov av både hemtjänst och sjukhusvård samt avsevärt minska antalet akuta läkarbesök på vårdcentralen. Det sistnämnda är en effekt som avlastar primärvården.

Studiens hälsoekonomiska analyser visar att besöksverksamheten är kostnadseffektiv. I hur hög grad beror på om man i beräkningarna tar med framtida vårdkostnader, seniorernas livskvalitet samt värdet av vad de producerar. Att kvantifiera det sistnämnda bjuder dock på många svårigheter. Tydligt är att hälsoekonomiska analyser i allmänhet inte tar hänsyn till produktion efter pensionsåldern, varför några alternativa värderingsmekanismer föreslås i avhandlingen. Om dessa skulle användas konsekvent kan också andra viktiga samhällsdiskussioner påverkas. Om man tar hänsyn till dagens seniorproduktion blir produktionsvinsten av en eventuell höjd pensionsålder mindre.

– Det är sällan en satsning som syftar till bättre kvalitet också kan beskrivas som kostnadseffektiv, säger Klas Göran Sahlén som har tidigare erfarenheter som sjuksköterska, arbetsledare inom äldreomsorgen och socialchef.

Förebyggande hembesök hos seniorer genomförs i dag i många kommuner och landsting. I avhandlingen konstateras att de positiva hälsoeffekterna, och följaktligen också kostnadseffektiviteten, förutsätter professionella insatser, samarbete mellan äldreomsorg och primärvård samt att besöksverksamheten är återkommande.

– Alltför många kommuner och landsting använder i dag statliga stimulanspengar för verksamheter som man etiketterar "förebyggande hembesök" men som inte har någon dokumenterad hälsoeffekt för seniorerna. Brister i struktur och dåligt samarbete mellan huvudmännen är de vanligaste orsakerna till att resurser används ineffektivt, tror Sahlén.

Klas Göran Sahlén, som själv kommer från Nordmaling, är doktorand vid enheten för epidemiologi och folkhälsovetenskap. Han kan nås på tel. 090-785 33 46, e-post klasse.sahlen@epiph.umu.se

Ref.; Klas-Göran Sahlén, Inst. för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, Avhandling med titeln *An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure – Preventive Home Visits among healthy seniors in the north of Sweden* (Ett hekto förebyggande åtgärder ger ett kilo bot – förebyggande hembesök hos friska äldre i norra Sverige).

Avhandlingen är elektroniskt publicerad på <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-25653>

Jean Lycke

Hur kan man förstå könsskillnader i depression?

Varför får dubbelt så många kvinnor som män diagnosen depression medan dubbelt så många män tar sitt liv? Hur påverkar genus depressionens uttryck?

Dessa frågor står i fokus för avhandlingen *Träffad av blixten eller långsam kvävning – genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext* av Ulla Danielsson, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, allmänmedicin, Umeå universitet.

Depression är idag en vanlig orsak till ohälsa. Enligt Folkhälsoinstitutets beräkningar kommer en tredjedel av Sveriges befolkning någon gång under sitt liv att bli deprimerade. Samtidigt har sjukdomen ett könsmönster: den diagnostiseras dubbelt så ofta hos kvinnor som hos män, medan dubbelt så många män som kvinnor tar sitt liv. Det är könsskillnader som uppstår i tonåren.

Avhandlingen baseras på intervjuer med deprimerade patienter på hälso-central och ungdomsmottagning, på porträttintervjuer i dagstidningar och på analys av medicinskt vetenskapliga artiklar. De intervjuade berättade om höga krav och förväntningar på sig själva. Att vara "kravmärkt" var en gemensam och central upplevelse för både kvinnor och män vid depression. Men uttrycken varierade beroende på både genus och på klass. Männerna talade mer om fysisk smärta, kvinnorna hade lättare att ge ord åt skam och skuld. Berättelserna om depressionens orsaker var också genuskodade. Många män såg sig plötsligt "träffade" av yttre omständigheter. Kvinnor beskrev oftare depressionen som kommande inifrån och hade en tendens att anklaga sin egen person. I ungdomarnas berättelser var strävan efter att "vara normal" mest påfallande. Tjejerna och killarna drömde om en "vanlig familj" och beskrev normativa förväntningar. Samtidigt överträdde framför allt de unga männen genusnormerna genom att tala öppet om sin känslomässiga smärta.

"Männerna talade mer om fysisk smärta, kvinnorna hade lättare att ge ord åt skam och skuld"



Mediebilden av depression både upprätthöll och utmanade traditionella köns-schabloner. Män framställdes även som sårbara och förvirrade, vilket kan tänkas påverka andra män att "våga" visa svaghet och kommunicera sjukdomsupplevelser. Det fanns ett glapp mellan lekman-berättelserna (patientintervjuerna och mediaporträtten) och den medicinskt

vetenskapliga synen på depression. I sina förklaringar till könsskillnaderna fokuserade de medicinska artiklarna huvudsakligen på hormoner och andra biologiska orsaker.

Patientperspektivet berikar förståelsen av könsskillnader i depression. Att lägga märke till genuskodade sjukdomsberättelser kan vara viktigt i vården: att lyfta kvinnorna genom att avbörda skuld och skam och framhäva deras styrka liksom att uppmuntra männen att öppna sig och våga tala om det personliga. En övergripande modell för hur biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer samverkar i utvecklingen av depression saknas fortfarande. Avhandlingen belyser vikten av att se vår sociala samverkan med biologin, hur vår syn på kvinnligt och manligt påverkar biologiska skeenden genom tolkningar och uppfattningar.

Ulla Danielsson är distriktsläkare, psykiater och doktorand vid enheten för allmänmedicin.

Jean Lycke

Läs hela eller delar av avhandlingen på <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-30910>

Kampen om sjukfrånvaron

En bok av Björn Johnson

Samhällsvetaren Björn Johnson har skrivit en spännande, välformulerad och viktig bok. Med ett grundligt forskningsarbete presenteras en bild som avviker från den dominerande där sjukskrivna beskrivs som fuskare och inbillningssjuka. De socialpolitiska effekterna har fått stora förödande följder för enskilda individer och socialförsäkringen har underminerats.

Hur kunde detta ske och varför?

Efter inledningen som bland annat tar upp exemplet från Feministiskt Initiativs sjukskrivna folktoppartistiske styrelseledamot Susanne Linde ges en beskrivning av bokens disposition. Den svenska sjukförsäkringens framväxt beskrivs ganska utförligt liksom variationerna i sjuktalet. Sjuktalet var betydligt högre vid flera tillfällen under 70- och 80-talen än under den undersökta perioden efter millennieskiftet. Antalet nya sjukskrivna hade inte ökat särskilt mycket, högst 15 %, men sjukskrivningarna blev allt längre med uteblivna åtgärder på arbetsplatserna. Anpassningsgrupperna försvann. Vad var det som gjorde "den galopperande sjukfrånvaron" till ett samhällsproblem?

Vad är det som definierar ett samhällsproblem?

Upptakten är strax efter finanskrisen i början på nittitalet. Sjukskrivningen som ett *arbetsmiljöproblem* daterar sig till 2000 till 2001 och den politiska enigheten var total. Arbetsgivarna blev syndabockar. Därefter perioden 2002 till 2004 där fokus försköts till *överutnyttjande och fusk*. Jag minns att jag hajade till då jag hörde Alf Svenssons populistiska uttalande i radions "Dagens Eko". Den empiriska grunden för fuskets omfattning har hela tiden varit svag. Diskursen kring överutnyttjande fick *konsekvenser* 2005–2009. Nu ser vi resultaten, hur socialförsäkringen underminerats.

Johnson använder sig av samhälls-



Kampen om sjukfrånvaron

Författare: Björn Johnson

ISBN 978 91 7924 225 1

Förlag: Arkiv förlag, 2010

vetenskapliga metoder och det slår mig hur mycket mera tillämpliga de är för att förstå den socialpolitiska utvecklingen än till exempel rent medicinsk statistik, som ju nästan helt saknar samband med variationerna. I mediebevakningen blir textanalyser av Dagens Nyheter en viktig del. Periodiseringen har starkt stöd i resultaten av de kodade perspektiven i tidningstexterna.

Genomgången av hur rimliga de två perspektiven (arbetsmiljö respektive överutnyttjande) var till problemet "Den galopperande sjukfrånvaron" är noggrann. Ingen har någon påtaglig förklaringskraft. Istället presenteras en komplicerad förklaring som presenterades av Tor Larsson redan 2005, som knappast någon ville veta av. Det kvalificerade rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna hade försvunnit, goda beslut ersattes av formellt korrekta beslut. Som praktiskt verksamt skulle jag till och med vilja ifrågasätta om besluten blev formellt korrekta.

Diskussionen om tidens "kultursjukdomar" som utbrändhet och liknande hade knappast någon påvisbar påverkan i statistiken, enstaka procent, men väl i den ideologiska debatten.

Den relativt stora geografiska skillnaden med högre sjuktal i Norrland kvarstår dock oförklarad. För egen del tycker jag inte det är märkligare med variation av sjuktalet än med inkomster, utbildningsnivå, medellivslängd, hjärt- kärlsjuklighet, diabetes, arbetslöshet, produktion av elenergi och råvaror, jord och skogsbruk, renkötsel, kulturutbud, matpriser och så vidare. Att dagens arbetsmarknads- och socialpolitik medvetet bidrar till glesbygdens avfolkning torde vara uppenbart.

Johnson väjer inte för det som talar emot hans huvudförklaring och det menar jag är en styrka i hela boken. Nyanserna får komma fram. Det har inte framkommit några bärande invändningar mot författarens analys.

Politikerna har fattat beslut om sänkta ersättningsnivåer, tillsatt olika utredningar och krävt alltmer komplicerade intyg. Detta har många gånger skett på oklara och ofta direkt felaktiga grunder. Analysen är partipolitiskt neutral och drabbar såväl socialdemokratien som alliansen.

Är detta då en beskrivning och analys som läkarkåren i allmänhet eller allmänmedicinerna speciellt kan ta till sig? Ett starkt motstånd kan förväntas hos de av våra egna företrädare som varit starkt knutna till och fått ekonomisk ersättning av Försäkringskassan. De har drivit en starkt vinklad propaganda emot socialförsäkringen. De har varit aktörer på olika arenor där läkarkåren utpekats som

”ansvariga för processen”. Här är jag pesimistisk när det gäller att argumentera med samhällsvetenskapliga forskningsresultat. Den ideologiska förförståelsen med kravliberala värderingar blockerar alltför starkt. Den verkar inte heller påverkas av att sjuktalen mer än halverats.

Jag tror att varje allmänläkare hade ett fåtal frustrerande fall där enda möjliga åtgärden, under rådande omständigheter, var fortsatt sjukskrivning. Men de fallen var inte fler än de där det nu blir märkliga retroaktiva avslag från FK eller krav på utförligare textmassor i intyg som bara korrumperar vårt språkbruk och diagnosättning. Alla verksamma vet att vi tenderar att överskatta antalet av problematis-

ka fall. Det visar trots allt den bristfälliga statistiken. Det realistiska rådet från läkare till ”den försäkrade” blir ofta att inte ens pröva om försäkringen är tillämplig även om sjukdom och arbetsoförmåga föreligger. Att det på arbetsmarknaden åter spontant skulle uppstå anpassningsgrupper är orealistiskt. Inte heller tror jag att denna lilla grupp av oftast kvinnor, ofta lågutbildade, ensamstående mödrar kommer att erbjudas stöd i det ”rättvisa och sammanhållna” samhället. Det handlar om hur vi förstår sociala problem och vem som definierar dem.

Peter Olsson

Jokkmokk april 2010

Direct Red

Mellan liv och död, en kirurgs berättelse

I våras var den engelska kirurgen och författaren Gabriel Weston inbjuden till Kulturhusets författarafton för att tillsammans med journalisten Anneli Dufva samtala om hennes bok *Direct Red, a Surgeons story*. I kön för att få böcker signerade efteråt stötte jag på en kollega som sade att han trodde vi skulle få se mer och mer av det här – läkare som i skönlitterär form berättar om sin vardag. Det tackar vi för i så fall! För denna bok är en intressant, spännande och vacker skildring av läkarlivet.

Gabriel Weston, som numera arbetar deltid som öron-näsa-hals-kirurg och deltid som författare, ger detaljerade, konkreta beskrivningar av komplicerade operationer, patientmöten, relationer till kollegor, den pressande hektiska karriärsstegen. I samma ögonblick fångar hon smidigt upp sin inre dialog, alla känslotillstånd hon går igenom, allt hon tänker på. Kapitlen utgörs av teman som Speed, Sex, Death, Beauty, Hierarchy, Ambition och Help, där bland annat kapitlet om sex ger en öppen och ärlig beskrivning om hur det



kan vara att tillbringa sina ”most vibrant years” mer eller mindre bosatt på sjukhuset med patienterna och överläkarna som de enda människor man träffar. Där finns många inläggande patientporträtt och där finns en hel del tankar om hur komplicerat det kan vara att viga sitt liv åt sitt kall – något som alltså författaren så småningom valde att inte göra i och med beslutet att arbeta deltid.

På Kulturhuset jämfördes hon med John Berger som skrivit *A Fortunate man* om än en nutida Londonkopia.

Tina Nyström Rönnäs

*Direct read
a Surgeons story*

Författare: Gabriel Weston

ISBN 10:0099520699

Förlag: Vintage books, London, 2010

*Mellan liv och död
en kirurgs berättelse*

ISBN 9150112384

Alfabeta, 2010

Signerade reproduktioner av årets och tidigare års omslagsbilder till Läkarmatrikeln

Husläkare • 2010



Vårdval • 2009



Sjuktransport • 2008



Sängläge • 2007



Sjukstuga • 2006



Stenbrott • 2005



Sjösjukan • 2004



Ö-Lasarett • 2003



Gör er beställning på www.mediahuset.se
eller via e-post: order@mediahuset.se
eller telefon: 031-707 19 30.

Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg.

Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr).

Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären.

Gör er beställning på fax: 031-84 86 82,
via e-post: order@mediahuset.se
eller telefon: 031-707 19 30

PETER ENGBERG

Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning.

Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från Bohuslän.

Medicinska etikens ABZ

En ny uppslags- och lärobok i medicinsk etik kan välkomnas! Niels Lynöe, allmänläkare och numera professor i medicinsk etik, är välkänd bland läkare, Niklas Juth är moralfilosof och lektor i medicinsk etik. Båda är verksamma vid KI.

Som titeln ger en vink om är boken alfabetiskt upplagd och har ett brett innehåll. Författarna har främst syftet att den ska användas inom medicinska utbildningar. Men så fort man börjar läsa står det klart att även personer med längre erfarenhet från hälso- och sjukvård kan hämta mycket av nytta och intresse från bokens artiklar. Dagens debatt om medicinsk-etiska frågor berör i stort alla medborgare. På dem som arbetar inom vården ställs kravet att de ska kunna ge argument för sina val och åtgärder inför patienter, medarbetare och allmänhet. Det förutsätter god orientering om etiska begrepp och deras anknytning till medicinsk verksamhet och vård. Det samma gäller i hög grad för sjukvårdspolitik och administratörer. Den vanliga medborgaren förstår inte debatten om hon eller han inte är orienterad.

Boken ger först ett kompakt intryck. Illustrationerna är få och enkla men deras kluriga texter kan vara en väg in i boken. När jag började läsa blev jag snabbt fångad. En artikel anknyter ofta till en annan som i sin tur leder till ytterligare uppslagsord. Språket är lättläst, klart och tydligt. Läsaren gör berikande upptäckter, läsglädjen infinner sig spontant. Den uppmärksamme hittar smärre defekter i boken. Så t.ex. hänvisas i den utmärkta artikeln om orsaker till artiklar om Semmelweis, Josef Lister och Joseph Dietl, men de kan inte hittas.

Många artiklar har en allmänbildande karaktär. Jag tänker på exempel som *barmhärtighet*, *autenticitet*, *skam*, *kunskap*, *orsaker*, *ändamålsförklaringar*. En del uppslagsord kan verka triviala vid första påseendet men artiklarna vidgar



Medicinska etikens ABZ
Författare: Niels Lynöe & Niklas Juth
ISBN 978-91-47-09413-4
Förlag: Liber AB

och fördjupar begreppen på ett intressant sätt. Några exempel på detta är *helig vrede*, *ordspråk*, *vad skulle du göra i mitt ställe?* Artikeln om *Primum non nocere* överraskade mig. Jag har hänfört begreppet till Hippokrates, men författarna påvisar att det har idéhistorisk anknytning framför allt till 1800-talets medicinska utveckling. *Migrans lydnadsstudie* syftade till att undersöka hur auktoritetsberoende människor är och hur långt de är beredda att lyda en auktoritet även om det kan skada en annan människa. Experimentet visade att ju större avstånd till offret, desto mer benägenhet att lyda en auktoritet, men ju närmare vi är, desto mer benägna är vi att själva ta ställning. Det refereras ofta till studien men den har också orsakat en kritisk diskussion.

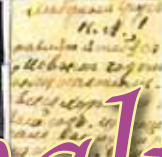
De flesta artiklar anknyter som väntat till den historiska och aktuella medicinsk-etiska diskussionen. I relation till sin längd är de innehållsrika och till sin karaktär öppet diskuterande. Läsaren ges tillfälle att utifrån sakförhållanden, prin-

ciper och olika argument själva ta ställning i frågor där kontrovers förekommer, exempelvis *dödshjälp* och *läkarassisterat självmord*. Författarna påvisar i artiklarna om *dödshjälp* att distinktionen aktiv/passiv är oklar samt att man bör skilja den distinktion från distinktionen avsedd/förutsedd. Författarna vill undvika termen passiv *dödshjälp* och i stället använda uttryck som *avstå från att inleda en behandling* eller *avbryta behandling*. Anknytning till *dödshjälp*debatten har termer som *livets helgd* och *pacifistens dilemma*, vilka också belyses via olika synsätt.

Många etiska frågor och problem är gamla och väl kända genom medicinens historia. Andra uppkommer när färsk forskning och tekniska framsteg ska börja tillämpas. Trots sin aktualitet är kunskapsområdet inte fullt etablerat inom läkarutbildningen i de flesta länder och inte heller vid läkares fortsatta kompetensutveckling. Som verksam i en etikgrupp har jag observerat hur svårt det är att samla läkare till etiska debatter och utbildningar. En anledning kan vara att kunskapsområdet är tvärvetenskapligt. Det gäller att få medicinare att samverka inte bara med andra vårdutbildade utan också med filosofer. Misstänksamheten är ofta påfallande, kanske är den ömsesidig. Andra anledningar till tveksamhet inför medicinsk etik kan vara det långvariga religiösa inflytandet och att gränsdragning mellan fakta och värdering är diffus. Etik kan upplevas som ett osäkerhetens fält. Värderingar och analyserande diskussion kan förväxlas med tyckande.

Många artiklar i denna bok har stor aktualitet för allmänläkare, exempelvis de om lojalitet och *lojalitetskonflikter*, *patientcentrering*, *patient-läkarrelationen* och *autonomi*. Som helhet vill jag rekommendera *Medicinska etikens ABZ* till mina allmänmedicinska kollegor!

Stig Andersson



Kultur-spalten

En kvart i evigheten

H. C. Andersen skrev flera av sina mest älskade äventyr på denna plats. Vi råkade därför en sen våreftermiddag och stannade till. Parken vid Glorup Slott på östra Fyn var öppen en stund till, vi hann precis. Det var lite av en tillfällighet, en kort tidningsartikel för länge sedan, och sen dök namnet upp på kartan och vi hade tid.

Vi gick på grusgången in i parken, en glada hängde på himlen som vore den en drake gjort av kinesiskt papper. Längre framme skymtade en vacker gul och vit byggnad och vad som såg ut som ett kapell, men dit fick man inte gå. Det gjorde inget, för just då öppnade sig parken för våra ögon, vidsträckt, blicken tappade bort sig i det gröna som inte verkade ta slut. Stammar reste sig i det oändliga mot himlen, långt uppe susade det svagt i trädkronorna. Solen kastade skarpa skuggor mellan träden. Ljuset fängade gamla slitna statyer med klassiska förebilder, som liksom hade blivit stående där mellan träden, funderande på tidens gång. Gräset var tjockt, som mjuka ryamattor, med spridda lysande gullstjärnor och visnande krokus.

Där borta – vatten. En konstgjord damm med en ö med en fontän. Vattnet sprutade up mot himlen, och bortom dammen syntes en vit och ståtlig herrgårdsbyggnad. Några par av knipa och gräsand låg lugnt sovande och flöt på vattenytan, oberörda av vår nyfikenhet. Som statyerna hade de varit här länge, tiden stod stilla.

Plötsligt flög en fågel upp från ett buskage och glimtade förbi, rött och gult, en steglits, men lika plötsligt var den borta igen. Det var stängningsdags, och vi gick mot utgången, tillbaka till nutiden och bilen. Vi längtade redan tillbaka, efter att ligga i gräset och titta upp i träden, höra vinden susa genom bladen och statyerna viska.

H. C. Andersen återkom många gånger till denna plats. Hit vill jag också återvända.

Jag vill lämna stafettpippen vidare till en kollega som har funnits med på så många olika områden inom allmänmedicinen i många år. Hur har du gjort, Jonas, för att hålla ångan uppe? Nu skall du vara min medexaminator och jag är nyfiken på dig!

Dorte Kjeldmand



Kulturspaltens litterära pristävling

Kulturspaltens litterära pristävling (i AllmänMedicin nr 2/2010) rönt som sig bör ett mycket stort intresse.

Må vara att endast en (1) läsare inkom med (rätt) svar, denna läsarinna från Eslöv stod dessvärre därjämte i jävig relation till undertecknad, men som tävlingsansvarigt anar man läsarnas svettiga möda, ledande till att man hann helt enkelt inte hann med att skicka in de rätta svaren:

1. Hjalmar Gullberg
2. Erik Johan Stagnelius
3. Karin Boye
4. A:lfr-d V:stl-nd, Grönköping (Nils Hasselskog)
5. Olof Lagercrantz
6. Tomas Tranströmer

Inge Carlsson
Eslöv

2010 års skrivartävling

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder
traditionsenligt vårdpersonal till skrivartävling



Texten ska beröra det medicinsk-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1–3 bidrag kan få hedersomnämmande och pris på 1 500 kr. Bidragen i word-format ska vara skrivarjuryn tillhanda senast den 15 december 2010 – skrivartavling@telia.com .

Ytterligare upplysningar kan ges av Maud Sjöström på samma mailadress.

De vinnande bidragen publiceras i föreningens tidskrift Bulletinen.

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Mats Rydberg, 0702-07 23 24
mats.rydberg@sfam.a.se

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare

Ulf Peber
ulf.peber@sfam.a.se

Övriga ledamöter

Madelene Andersson
froken_andersson@hotmail.com

Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

Lars Henrikson
lars_henrikson@hotmail.com

Jana Risk
jana.risk@jll.se

Kansli

Heléne Swärd
08-23 24 05
helene.sward@sfam.se
(Se även redaktionsrutan)

Examenskansliet

examen@sfam.a.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
särskast mån, tis samt ons förmiddag

Tidningen AllmänMedicin

chefredaktor@sfam.a.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.a.se

Läkemedelsterapirådet

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

Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

Olle Staf
0485-151 33
Olle.staf@ltkalmars.se

ST-rådet

Daniel Bäck
egelstig.back@gmail.com

Utbildningsrådet

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

Hemsjukvård

Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

Rådet för levnadsvanor

Lars Jerden
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i

kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07
b.stallberg@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Gastroprima – för mag-tarminträs-

serade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

NÄSTA – nationellt nätverk för

ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkekan & Anna Nilsson
marialutkekan@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Riskbruk

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

Studierektorskollegiet

Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

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

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

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

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Internationella kontaktpersoner

Euract

Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip

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

Nordic Federation of General Practice/ApS

Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG

Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli

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

Kalendarium

2010

September

**EACH International Conference
on Communication in Health-
care 2010**

7-10 sept. Verona, Italien

Oktober

Höstmöte i Åre

13-15 okt.

SFAM Jämtland arrangerar

**Konsultationskurs för ST- och
specialistläkare**

18-21 okt. Sofieholms kursgård, Eksjö
För ST-läkare och specialister i allmän-
medicin

Kontakt:

Henning Pedersen:

henning.pedersen@lj.se, 0381-35917

Dorte Kjeldmand:

dorte.kjeldmand@lj.se, 0381-35918

November

**7:e nationella kvalitets-
dagen**

11 nov Stockholmmässan, Älvsjö
Mer info på: www.sfam.se



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

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

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i
medlemsavgiften till SFAM. Tidningen
utkommer med sex nummer per år.
Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@klinvet.ki.se

Redaktion

Karin Träff Nordström, chefredaktör
chefredaktor@sfam.a.se

Staffan Olsson, redaktör

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

Stig Andersson, redaktör

Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnäs, redaktör, distrikts-
läkare, Sthlm
tina.ronnas@home.se

Björn Nilsson, redaktör
070-210 20 16
bjorn.nilsson@sfam.a.se

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

Layout

Mediahuset i Göteborg AB

Peo Göthesson

Box 29, 457 29 Fjällbacka
0525-323 50, fax 0525-329 29
peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Zimmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB

www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

Utgivningsplan för 2010

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	5/1	24/2
2	16/3	5/5
3	5/5	23/6
4	13/8	27/9
5	14/9	3/11
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Vid Faxälvens nidor

– gammal patient svarar osäker kandidat



Drygt 100 mil på Vespa i ett sträck från Helsingborg. Jag kom fram och knackade på dörren till provinsialläkarvillan i Ramsele, vid Faxälven ett par mil från Sollefteå, strax före kl. två på natten. Provinsialläkarnas fru var lite kort i tonen, men jag fick nyckeln till mitt rum. Landsförbundet hade flott gett mig ett stipendium på 700 kr så att jag skulle kunna auskultera hos provinsialläkare Olsson i Ramsele under en månad i början av sommaren 1969. Jag hade läst medicin i Lund i tre år och hade fått grundläggande undervisning i hur man undersöker en människokropp. Mitt första stetoskop hade inköpts några månader tidigare. Av någon anledning hade det namnet CHIRURG.

Allt var nytt och mycket kunde jag lära där jag satt eller sprang vid dr Olssons sida. När vi hade kaffepaus på förmiddagen sade han högt när vi gick genom väntrummet att "nu måste vi gå och prata med apotekaren". Mest var jag intresserad av att få göra så många kroppsundersökningar som möjligt. Speciellt tyckte jag det var svårt att få ut något av det jag hörde i stetoskopet när det lades över hjärtat eller över lungorna på ryggen. Innan

doktor Olsson kom in till patienten på undersökningsrummet försökte jag ligga ett steg före, för att själv i lugn och ro hinna lyssna på hjärta och lungor. Ung och nervös och oklar över min identitet eller yrkesroll i den nya vita rocken brukade jag dra en liten ramsa för patienten så att de skulle förstå min roll och att jag inte var den "riktige doktorn". De kunde ju lätt börja fråga mig en massa saker om sina sjukdomar som jag inte kunde svara på. Det kunde låta ungefär så här:

"God dag, jo jag läser till läkare i Lund och är här uppe för att lära mig lite hos dr Olsson i sommar. Skulle jag kunna få lyssna på farbrors hjärta och lungor innan den riktige doktorn kommer?"

En dag så satt en äldre, skogarnas man på undersökningsbritten när jag kom in och drog denna ramsa. Han tittade förvånad på mig och så sa han:

"TJA, de é väl lääkar som lääkar!"

Anders Hernborg

Texten tillkom under Skrivarseminarium, anordnat av SFAM Mellanskåne i Höör, maj 2010.