

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2010 ÅRGÅNG 31



**Kompetens inom medicinsk vetenskap/sid 8**

Var finns etiken i allmänläkarens vardag?/sid 12 • "Onödiga patienter" på akutmottagningen?/sid 18

## Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaravsnitt på SFAMs hemsida: [www.sfam.se](http://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](mailto: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](mailto:peo@mediahuset.se) Tel 0525-323 50



Omslagbild: Sören Faurby

### 3 Ledare

Ett spännande år  
*Eva Jaktland*

### 4 Vetenskap & Utveckling

Fetmadiagnostik och behandling inom primärvården i Västerbotten  
*Marina Holmström, Olov Rolandsson, Herbert Sandström.*

### 8 Konferens

Kompetens inom medicinsk vetenskap  
Rapport från seminarium på SFAMs höstmöte  
*Christer Petersson, Jan-Eric Olsson, Malin André*

### 10 Konferens

EGPRN konferens i Dubrovnik  
– Multimorbidity in General Practice  
*Hans Thulesius*

### 12 Debatt

Var finns etiken i allmänläkarens vardag?  
*Stig Anderson*

### 13 Uppsats/Debatt

Att tänka det och vilja det – men att göra det?  
Hur känner och tänker allmänläkare inför att anmäla att ett barn far illa?  
*Elisabet Jädersten*

### 16 Reportage/Porträtt

Per Fugelli hedersledamot i SFAM 2009  
*Björn Nilsson*

### 18 Praxis

"Onödiga patienter" på akutmottagningen  
*Mats Hogmark*

### 20 Konferens

Rapport från möte med EQUIP  
*Sven Engström*

### 21 Konferens

När skrivande allmänläkare och boken slår ut i Höör  
*Inge Carlsson*  
Säger du "social kompetens" en gång till slår jag ihjäl dig!  
*Anders Hernborg*

### 22 Recension

Fisen – osynlig odör och kulturbärare  
*Michaël Ossenkamp*

### 25 Kulturspalten

Apropå humlans hemliga liv  
*Inggierd Hansson*

### 26 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

*Cirka 3 procent av Västerbottens befolkning i åldersgruppen mellan 25 och 74 år hade under perioden 1996–2005 fått fetmadiagnos inom primärvården.*

En studie om Fetmadiagnostik och behandling inom primärvården i Västerbotten.  
Sidan 4



*Efter att inom psykiatrin ha sett hur övergrepp i barndomen kan påverka människor i vuxen ålder väcktes mitt intresse att titta närmare på vad vi som allmänläkare kan göra för att hjälpa ett barn som blir utsatt för övergrepp.*

Sidan 13



Per Fugelli – hedersledamot i SFAM 2009.  
Sidan 16-17

# Annons

## Ett spännande år



2010 är ett år som sannolikt kommer att medföra förändringar för oss allmänläkare i vårt dagliga arbete

2010 har hunnit en bit på sin väg runt solen när detta kommer i tryck. Vi har kanske redan vant oss vid att skriva ett nytt årtal. Om man kunde se in i framtiden med en kristallkula vore våra val självklara, men nu blir det som vanligt hårt arbete att hänga med i svängarna, men också med att ta ut en styrriktning för föreningen i en verklighet i förändring.

2010 är ett år som sannolikt kommer att medföra förändringar för oss allmänläkare i vårt dagliga arbete. Det obligatoriska vårdval som genomförs i hela landet från och med årsskiftet kommer att ge andra förutsättningar att bedriva allmänmedicinsk verksamhet. Med det säger jag inte att det kommer att bli sämre på alla sätt, det kan tvärtom ge positiva signaler att det som görs i våra verksamheter tydliggörs på ett annat sätt än vad som gjorts tidigare. Vi har tyvärr sett tecken på att viktiga kvalitetsfaktorer har lämnats utanför den reglering som vårdvalet innebär. En av dessa är fortbildning och utveckling. Inget landsting har reglerat detta i sina krav på verksamheterna. Det är också oklart på många håll hur forskning och utbildning ska finansieras och ta en naturlig plats på den allmänmedicinska arenan. Under 2010 kommer SFAM att sätta ljus på de brister som finns i vårdvalssystemen när det gäller våra kärnfrågor: Fortbildning, utbildning, forskning och utveckling.

Det finns ett starkt ökat intresse från omvärlden att mäta företeelser i primärvård för att påvisa kvalitet. Vårt dokument "Uppföljning av primärvård i vårdval" har rönt stort intresse och uppskattning under 2009, och vi kommer att

fortsätta arbetet med att förtydliga vad som är lämpligt att mäta och att ifrågasätta det som mäts utan eftertanke. När pengar kopplas ihop med mätbara saker kan verksamheter styras åt oväntade håll. Det finns ett ordspråk: *Om man inte är uppmärksam hamnar båten dit man styr* vilket kan appliceras på de flesta saker i livet. Vad är syftet med mätningen? Vad vill man uppnå? Hur mycket resurser tas i anspråk för mätning och registrering ställt mot eventuell nytta?

I allt större utsträckning ser vi läkarstuderande på vårdcentraler. De kommer för att ta del av det stora kunskapsfält och den kompetens vi har på våra arbetsplatser. Den största och mest belönande läroboken av alla, *Patienten*, finns ju hos oss och inte på sjukhusen. De stora folksjukdomarna ser man i konsultationsrummet hos allmänläkaren. Det är bra att man insett detta på våra lärosäten, men det är också en stor pedagogisk utmaning att lotsa in blivande kollegor i medicinens värld. Det är en möjlighet för våra duktiga lärare, och våra institutioner att samarbeta för att skapa en allmänmedicinsk arena med magiskt lärande för framtidens läkare. Jag vill se en kraftansträngning från institutioner och lektorer för att göra detta till något riktigt bra och till att det är en självklarhet att det är i primärvården vi utbildar doktorer.

Allmänmedicinsk forskning pågår, men var och på vad? Det är inte helt lätt för intresserade att hitta svensk allmänmedicinsk forskning. Under året kommer föreningen att jobba för att synliggöra den forskning som finns i Sverige. Vi ska vara

mer representerade på Riksstämman. Vi kommer verka för fler vetenskapliga presentationer på vårt eget vetenskapliga möte, höstmötet, som går av stapeln i Åre den 13–15 oktober. Tidningen Allmänmedicin har som ambition att sammanfatta och presentera den aktuella allmänmedicinska forskning som pågår både i Sverige och på andra platser i världen. Tidningen Allmänmedicin kommer att ha en ny chefredaktör, från och med nr 2, Sophia Carlsson som är vetenskapsjournalist. Hon kommer att leda arbetet i redaktionen och fortsätta utveckla vår fina tidning. Vi har också fått två nya redaktionsmedlemmar: Björn Nilsson och Lennart Råhlén. Närmare presentation kommer senare.

Det blir ett spännande år, håll med om det!



Eva Jaktlund  
Ordförande SFAM

# Fetmadiagnostik och behandling inom primärvården i Västerbotten

## Sammanfattning

- Cirka 3 procent av Västerbottens befolkning i åldersgruppen mellan 25 och 74 år hade under perioden 1996–2005 fått fetmadiagnos inom primärvården.
- Beräknad fetmaprevalens under samma period var 16 procent.
- Median-BMI vid diagnos var 34 för män och 38 för kvinnor.
- Av 48 individer med fetmadiagnos hade 30 erbjudits en kombination av olika behandlingsalternativ som överensstämde väl med SBU's rekommendationer.
- Det förekom en stor underdiagnostik av fetma i länet, kvinnor fick oftare diagnos och erbjöds fler behandlingar än män.

## Bakgrund

Inom primärvården diagnostiseras och behandlas många patienter med sjukdomar och tillstånd som är associerade till övervikt och fetma, till exempel metabolt syndrom, diabetes typ två och hjärt-kärlsjukdom [1–3]. Fetma klassificeras av WHO som ett BMI (Body Mass Index) >30,0 kg/m<sup>2</sup> och har under senare år liknats vid en epidemi som sprids över världen. Under åren 1989 till 1999 ökade prevalensen fetma i norra Sverige från 9,6 procent till 18,4 och i östra USA från 21,3 procent till 32,3 enligt en svensk-amerikansk studie [1]. Man har beräknat att den tioåriga incidensen av fetma är 120/1000 i Sverige respektive 173/1000 i USA. I studien drogs slutsatsen att den svenska utvecklingen av fetma kommer att efterlikna den amerikanska. En tysk studie, som beskrev association mellan kardiovaskulära riskfaktorer och BMI samt midjemått, visade på en prevalens av fetma i Tyskland på 23,9 procent år 2005 [4].

I en tysk studie av identifiering och handläggning av övervikt och fetma inom primärvården [5] drog man slutsatsen att handläggningen ej var tillfredsställande. Främst berodde detta på att läkaren inte diagnostiserade fetma eller inte behandlade på ett effektivt sätt, samt att patientens följsamhet till behandling och livsstilsförändring var otillfredsställande.

En holländsk studie [2] visade att feta personer söker primärvårdsläkaren i större utsträckning än måttligt överviktiga eller normalviktiga och att läkaren förskrev fler läkemedel åt denna grupp vad gäller till exempel det kardiovaskulära och det muskuloskeletala systemet.

Syftet med denna studie var att studera:

- hur ofta läkare ställer diagnos fetma inom primärvården under en tioårsperiod,
- vilka behandlingar som erbjudits genom att studera ordinerade behandlingar vid en vårdcentral i Västerbotten samt
- eventuella könsskillnader i diagnostik och/eller behandling.

## Metod

Genom en sökning i det datoriserade patientjournalssystemet inom primärvården i Västerbottens läns landsting för perioden 1996-01-01 – 2005-12-31, erhöles antalet fetmadiagnoser, nummer ICD10P-E66, ICD10-E66, ICD9P-278 och ICD9-278. Privata vårdgivare inom länet (färre än tre procent) undantogs då dessa ej är knutna till landstingets datasystem och data därför inte enkelt kunde insamlas. Personer som var mellan 25 och 74 års ålder vid tillfället för diagnos inkluderades och uppdelades på kön, i snitt 153 494 individer årligen.

Antalet diagnoser jämfördes sedan med beräknad fetmaprevalens bland befolkningen i Västerbotten enligt data från MONICA-studien (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) vid de mätningstillfällena som låg närmast i tiden för den valda tidsperioden, 1994, 1999 och 2004 [6]. Statistiska Centralbyråns (SCB) uppgifter [7] gällande personer i befolkningen i Västerbottens län mellan 1996-01-01 och 2005-12-31 i ålder 25–74 år uppdelade i kön användes som beräkningsunderlag.

## Datinsamling Bureå hälsocentral

För perioden 2002-01-01 – 2005-12-31 togs fram antalet patienter i ålder mellan 25-74 år uppdelade efter kön vid Bureå hälsocentral. Uppgifter före 2002 fanns inte tillgängliga. Sökning i det datoriserade journalssystemet utfördes med ovan nämnda diagnosnummer och åldersgrupp mellan 1996-01-01 – 2005-12-31 för att identifiera enskilda individer uppdelade efter kön med fetmadiagnos vid Bureå hälsocentral. Därigenom kunde vi jämföra hur väl antalet diagnoser överensstämde med förväntad fetmaprevalens. Sedan studerades varje enskild patientjournal för samma tidsperiod avseende BMI vid diagnos samt erbjuden behandling. Detta jämfördes sedan med de behandlingar SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) utvärderat.

## Statistik

Vi presenterar data i antal individer, medelvärden, medianvärden samt i procent med 95 procent konfidensintervall (KI).

## Resultat

### Västerbottens län

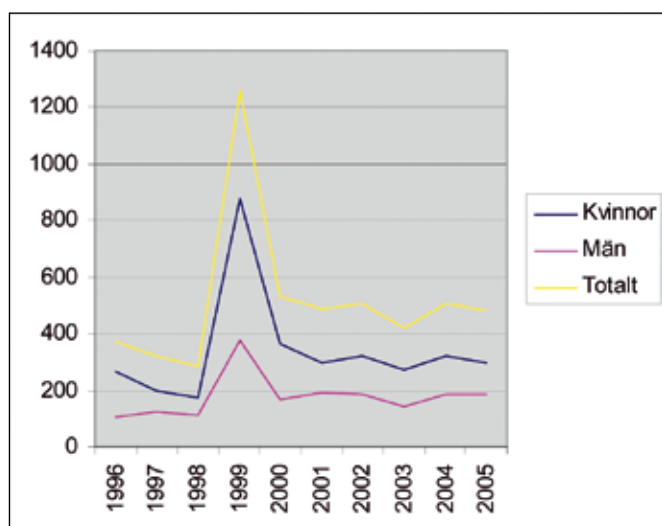
Västerbottens befolkning i åldern 25–74 år bestod under åren 1996 till och med 2005 i medeltal av 75 749 kvinnor och 77 745 män. Antal deltagande i Monica-studien samt fetmaprevalensen i länet framgår i tabell 1.

Under perioden hade 5 152 patienter fått fetmadiagnos (figur 1) vilket innebar ungefär 3,4 procent (95 procent KI 3,3–3,5) av länets befolkning, kvinnor 4,5 procent, (4,3–4,6), män 2,3 procent (2,2–2,4).

Tabell 1: Beräknad fetmaprevalens i Västerbotten baserat på resultat från Monica-studien angivet i procent med 95 % KI.

År (Deltagare Monica)	1994 (n 942)	1999 (n 845)	2004 (n 978)	Medelvärde
Kvinnor %	16 (13–20)	16 (13–20)	21 (18–25)	18 (16–20)
Män %	11 (8–14)	14 (11–18)	19 (15–22)	15 (13–17)
Totalt	13 (11–16)	15 (13–18)	20 (17–22)	16 (15–18)

Figur 1: Fetmadiagnos hos befolkningen i åldrarna 25–74 år inom primärvården i Västerbottens län mellan 1996-01-01 – 2005-12-31. Varje enskild patient kan förekomma flera gånger men endast en gång per år.



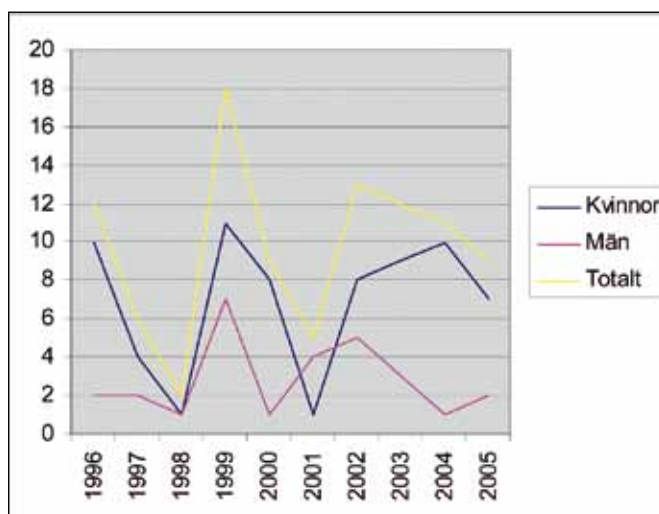
### Bureå hälsocentral

Befolkningsunderlaget vid Bureå hälsocentral i åldersgruppen 25–74 år mellan 2001-12-31 – 2005-12-31 var i medeltal 2 296 individer, varav 1 125 kvinnor och 1 171 män. Läkarna hade under åren 1996–2005 ställt fetmadiagnos vid 97 tillfällen, 69 gånger på kvinnor och 28 på män (figur 2).

Under perioden fanns, enligt beräknad fetmaprevalens, ungefär 176 feta män och 203 feta kvinnor inom befolkningen i Bureå. Diagnos hade ställts på 48 individer, 2,1 procent (95 procent KI 1,5–2,8) av befolkningen. Av dessa var 14 män, 1,2 procent (0,7–2,0) av den manliga befolkningen och 34 kvinnor, 3,0 procent (2,1–4,2) av den kvinnliga befolkningen.

Median-BMI vid diagnostillfället 38 för kvinnorna och 34 för männen, för hela gruppen 37. För elva patienter hade ingen vikt angivits i journalen närmare än tre månader före, BMI ansågs därför okänt.

Figur 2: Antal enskilda tillfällen då diagnos fetma ställts på patienter inom åldersintervallet 25–74 år vid Bureå hälsocentral mellan 1996-01-01 – 2005-12-31. Varje enskild patient kan förekomma flera gånger, även samma år.



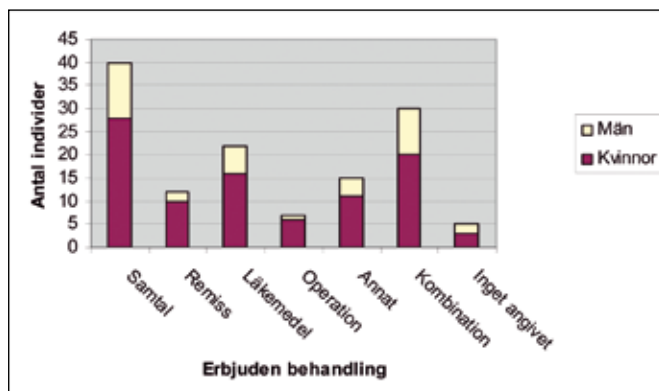
## Behandling

Fetmabehandling vid hälsocentralen delades upp i följande alternativ:

- deltagande i viktreduceringsgrupp eller motiverande samtal omkring kost och motion (S);
- remiss till beteendebehandling eller dietist (R);
- viktreducerande läkemedel (L);
- remiss för magsäcksreducerande operation (O);
- annat, t.ex. egenbeslutad livsstilsförändring, deltagande i privat viktreducerande behandling (viktväktarna, Atkinsmetoden, GI-metoden [Glykemiskt Index] eller matlagningkurs), remiss till sjukgymnast, kurator, psykiatrisk klinik eller företagshälsovård, sjukskrivning, andra läkemedel (exempelvis SSRI) eller remiss till andra hälsohem (A);
- en kombination av olika alternativ (K);
- inget angivet (I).

(Se figur 3).

Figur 3: Erbjudna behandlingar för fetma vid Bureå hälsocentral uppdelat efter kön.



## Diskussion

Under perioden 1996–2005 fick fyra procent av kvinnorna och två procent av männen inom Västerbottens primärvård fetmadiagnos. Den förväntade fetmaprevalensen beräknades med MONICA-studiens och SCB:s data som grund, till 18 procent hos kvinnor och 15 procent hos män. Vi fann således att både i länet och vid Bureå hälsocentral hade läkare ställt diagnos vid färre tillfällen än förväntat.

SBU publicerade 2004 en rapport avseende förebyggande åtgärder mot fetma [8], där man ansåg det klarlagt att skolbaserade program skulle kunna förebygga fetma hos barn och ungdomar och att detta inte skulle ha negativa effekter som ökad frekvens anorexi eller dålig tillväxt. Beträffande vuxna ansåg man det klarlagt att intervention mot fetma under vissa förutsättningar haft positiv effekt, men för att uppnå livsstilsförändringar krävs betydande insatser. Slutsatsen var att effektiva förebyggande åtgärder är särskilt angelägna eftersom fetma som redan uppstått är svår att behandla.

De behandlingar som erbjöds vid Bureå hälsocentral överensstämde väl med riktlinjerna från SBU. Vanligast var motiverande samtal med kost- och motionsråd samt läkemedelsbehandling. 30 personer erhöll kombinationer av olika behandlingar. Kvinnor tenderade att få fler behandlingar än männen.

Vår undersökning har brister i datainsamlingen. På grund av praktiska problem med den länsövergripande datainsamlingen kunde samma person finnas med i statistiken flera gånger, men endast en gång per år. Som en följd av detta kan man misstänka att antalet redovisade fetmadiagnoser är för högt. Dataunderlaget utgörs av ”bästa tänkbara data” vilket ger en viss osäkerhet i våra resultat. Vi har ändå bedömt dessa tillräckligt säkra för att visa på förekomsten av en påtaglig underdiagnostik av fetma samt könsskillnader vid behandling och trender över tid.

De privata vårdgivarna undantogs av praktiska skäl men vi antog att antalet diagnoser de ställt inte skulle förändra resultatet nämnvärt.

En brist var också att jämförelsematerialet i MONICA-studien inte stämde helt överens med den tidsperiod vi önskade studera. Men eftersom mätningarna inte skiljde sig mer än ett par år från den period vi studerat, så antog vi att påverkan på slutresultatet är försumbar.

Eftersom patientunderlaget vid Bureå hälsocentral var så litet och de studerade patientjournalerna så få, avstod vi från att göra statistiska beräkningar. Vår studie visar endast i vilken utsträckning behandling erbjudits, inte behandlingsresultat. Att studera behandlingsresultat skulle vara en intressant fortsättning, liksom att kontrollera för associerade sjukdomar och tillstånd. Detta kräver en större population.

Orsaken till att underdiagnostiken är så pass stor kan ha flera orsaker. En förklaring kan vara att läkaren är rädd att riskera behandlingsalliansen med patienten gällande andra, potentiellt

allvarligare sjukdomar och därför undviker diskussioner kring övervikt. Det kan upplevas kränkande om diagnosen fetma sätts på pränt. Den bild vi får vid journalgenomgångarna är att antalet diagnoser egentligen avspeglar de tillfällen då patienten själv sökt hjälp för sin fetma och inte att läkaren sett behovet av att ställa diagnos och ge behandling.

Bör läkare ställa diagnosen fetma om patienten inte söker för det? Ja, enligt vår uppfattning bör de det. Det ingår i vårt professionella uppdrag att identifiera och behandla potentiellt farliga, behandlingsbara sjukdomar, vilket fetma är [8]. Noterbart är att år 1999 ställdes betydligt fler diagnoser i länet. Detta skulle kunna avspegla den massiva marknadsföringen av det nya viktreduceringsmedlet Xenical, som blev godkänt 1998 [9]. Fler kvinnor än män fick diagnos men även fler behandlingar. Orsaker till detta har ej studerats här.

## Slutsats

Det förekom en stor underdiagnostik av fetma både i länet och vid den studerade hälsocentralen. Kvinnor får i större utsträckning än män fetmadiagnos. I de fall behandling ges följs i hög grad SBU's riktlinjer.

## Referenser:

- 1 Nafziger A N, Stenlund H, Wall S, Jenkins P L, Lundberg V, Pearson T A, et al. High obesity incidence in northern Sweden: How will Sweden look by 2009? *European J Epidemiology* 2006;21:377-382.
- 2 van Dijk L, Otters H B, Schuit A J. Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey. *BMC Family Practice* 2006;7:43.
- 3 Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice* 2006;7:35.
- 4 Hauner H, Bramlage P, Löscher C, Steinhagen-Thiessen E, Schunkert H, Wasem J, et al. Prevalence of obesity in primary care using different anthropometric measures – Results of the German Metabolic and Cardiovascular Risk Project (GEMCAS). *BMC Public Health* 2008;8:282.
- 5 Bramlage P, Wittchen H-U, Pittrow D, Kirch W, Krause P, Lehnert H, et al. Recognition and management of overweight and obesity in primary care in Germany. *International J Obesity* 2004;28:1299-1308.
- 6 Lilja M, Eliasson M, Stegmayr B, Olsson T, Söderberg S. Trends in obesity and its distribution: Data from the northern Sweden MONICA survey, 1986-2004. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 May;16(5): 1120-8.
- 7 Statistiska Centralbyrån [http://www.ssd.scb.se]. Statistics Sweden. Available from: <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp>
- 8 Britton M, Östman J, Ränzlöv E, Skånberg J, Bring J. Förebyggande åtgärder mot fetma, SBU's sammanfattning och slutsatser;2004:rapportnummer 173.
- 9 Läkemedelsverket [http://www.lakemedelsverket.se]. Läkemedelsfakta – utökad sökning. Available from: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/ProduktSearchPage\\_\\_\\_\\_\\_1231.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/ProduktSearchPage_____1231.aspx)

**Författare:**

**Marina Holmström**, Byske hälsocentral, marina.holmstrom@vll.se, 0912-407 07 (40718/-19), Ringvägen 8, 930 47 Byske, kontaktperson.



**Olov Rolandsson**, docent Allmänmedicin, institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin, Norrlands Universitetssjukhus, olov.rolandsson@vll.se, 090-785 35 71 Umeå.



**Herbert Sandström**, docent Allmänmedicin, institutionen för Folkhälsa och Klinisk medicin, Norrlands Universitetssjukhus, herbert.sandstrom@vll.se, 090-785 35 42 Umeå.

**Intressekonflikt:**

Ingen intressekonflikt/jäv föreligger hos någon av författarna.

**Omnämmande:**

Mats Eliasson och Birgitta Stegmayr för att vi fick tillgång till grunddata från MONICA-studien. Utan deras hjälp hade detta arbete ej kunnat utföras.

## Internationellt Kalymnos kurs den 25 september – 2 oktober, 2010 Konsultation och video handledning

**Undervisare:**

Roger Neighbour (författare till boken The inner consultation), Iona Heath, president för Royal College of General Practitioners, Charlotte Hedberg, adjunkt, allmänläkare och Jan-Helge Larsen, allmänläkare och f.d. lektor.

Läs mera på: [www.kalymnos-kurser.dk](http://www.kalymnos-kurser.dk)

## Specialistexamen i allmänmedicin

Välkommen att anmäla dig till specialistexamen i allmänmedicin senast 28 februari 2010.

Specialistexamen anordnas varje år av SFAMs kompetensvärderingsråd. Examen består av fyra moment: portfölj, skriftligt prov, praktikdag, uppsats.

Examen 2010 avslutas med uppsatspresentation och diplomerings på SFAMs höstmöte i Åre 13-15 oktober. Man kan också fördela momenten över en tidsperiod på två år.

Examen är öppen för den som är specialist i allmänmedicin eller är i det närmaste klar med sin specialistutbildning (= högst 6 månader kvar vid diplomerings).

Läs mer i examensinstruktionen på SFAMs hemsida [www.sfam.se](http://www.sfam.se) – ST – Specialistexamen. Där finns också anmälningsblankett.

Frågor kan ställas till [karin.lindhagen@sfam.a.se](mailto:karin.lindhagen@sfam.a.se).

**SFAM** SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEDICIN



# Kompetens inom medicinsk vetenskap

## Rapport från seminarium på SFAMs höstmöte i Uppsala

Den nya målbeskrivningen för läkares specialistutbildning (SOSFS 2008:7) innehåller flera obligatoriska moment, som gäller för alla specialiteter. Ett exempel är delmål 19 som handlar om kompetens inom *medicinsk vetenskap*. Förutom en obligatorisk kurs i vetenskaplig metodik krävs här ett skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer.

I socialstyrelsens föreskrifter sägs inget om omfattning av kurs eller skriftligt arbete. Den frågan har lämnats till specialistföreningarna att bedöma. SFAMs anvisningar säger att omfattningen av det vetenskapliga arbetet ska omfatta minst 10 veckors heltidsarbete, inklusive deltagande i kurs samt planering och genomförande av projekt och skriftlig rapport. Vidare sägs att det individuella arbetet ska ha allmänmedicinsk anknytning.

Svenska Läkarförbundet och Sveriges Läkarförbund rekommenderar i en gemensam skrivelse, daterad juni 2009, att det individuella vetenskapliga arbetet bör omfatta minst 10 veckor, handledas av person med vetenskaplig kompetens och granskas av företrädare för professionen med minst doktorsexamen.

### Kurs i vetenskaplig metodik

Det finns alltså en del allmänna ramar beträffande tid och kvalitet, men innehållet i kurserna och mera specifika kvalitetskrav på det skriftliga arbetet är fortfarande ganska öppna frågor. För att starta en kollegial dialog kring dessa frågor ordnade därför SFAMs forskningsråd tillsammans med Studierektorsgruppen i allmänmedicin ett gemensamt seminarium vid SFAMs höstmöte i Uppsala i november 2009.

Seminarier leddes av undertecknade och bestod dels av en presentation av kursupplägg i en storstadsregion (Stockholm), dels av ett exempel på vetenskaplig kurs i ett mindre landsting (Kronoberg). Jan-Eric Olsson, studierektor i Stockholm, berättade om VESTA-projektet (Vetenskap och Evidens för ST i Allmänmedicin), som arrangeras av CEFAM (Centrum för Allmänmedicin) och vänder sig enbart till ST-läkare i allmänmedicin. Sedan mars 2009 erbjuds varje år tre niomånaders-program med 25 platser i varje inkluderande tre kursveckor. Efter den första kursveckan tilldelas ST-läkaren en av de 15 vetenskapliga handledare som är knutna till CEFAM. För att säkra kvaliteten i projekten ska alla projektplaner och rapporter granskas och godkännas etiskt och vetenskapligt av en granskningsgrupp.

Christer Petersson, studierektor i Kronoberg, beskrev kortfattat innehåll och upplägg av den vetenskapliga kursen i Växjö, som också är i full gång med ST-läkare från alla specialiteter. Kursen är förankrad på FoU-centrum Kronoberg och leds av allmänmedicinare med hjälp av andra specialister.

Omfattning och innehåll i de båda kurserna var mycket lika med cirka två veckors effektiva kursdagar. Självklara inslag i kurserna var vetenskapsteori, forskningsetik, kvalitativ och kvantitativ forskningsmetod, epidemiologi, statistik, litteratursökning, kritisk läsning och EBM.

### Kvalitet på det vetenskapliga arbetet?

Mindre självklart var innehåll och kvalitetskrav på det individuella vetenskapliga arbetet. Efter en livlig gemensam diskussion kvarstod många frågetecken, som

tydligt visade att här krävs mer tanke-möda och många goda exempel.

En grundläggande fråga var om man kan nå en rimlig nationell konsensus beträffande kvaliteten på de skriftliga arbetena? Flera i församlingen var skeptiska. Många menade att det är viktigt att allmänmedicinarnas arbeten inte håller lägre kvalitet än andra ST-läkares, medan andra betonade vikten av att inte lägga ribban så högt att det avskräcker ST-läkarna. Både kurs och skriftligt arbete är ju till för att stimulera intresse för vetenskap och kritiskt tänkande. Det ska helst vara lustfyllt och meningsfullt att fördjupa sitt kunnande om vetenskap. Kanske blir det så, först när man upplever att de nya kunskaperna tillför något i den kliniska vardagen. Därför är det viktigt att ämnesvalet för det individuella arbetet är vardagsnära.

Traditionella upplägg med enkätstudier, epidemiologi, journalgenomgångar av diagnoser, behandlingar, läkemedelsföreskrivning m.m. är helt i sin ordning, men flera betonade värdet av kvalitativa arbeten och fördjupade fallbeskrivningar eller litteraturgenomgångar med kritisk värdering enligt vetenskapliga principer.

### Kan en essä duga?

Frågan om en essä kan godtas som skriftligt arbete diskuterades, men någon riktig samsyn nåddes inte. Många var entusiastiska, men riktigt hur man ska göra vetenskap av den associativa essän med stor konstnärlig frihetsgrad återstår att lösa. Kanske måste man tänja en aning på begreppet vetenskaplighet eller varför inte bredda ansatsen och godta ett vidare kunskapsbegrepp, där också essän får plats. Här finns säkert ett spännande fält för utveckling!



## En hygglig garant för god kvalitet är att handledaren har tillräcklig vetenskaplig kompetens.

Under Uppsalaseminarier nåddes alltså inga konkreta resultat angående kvalitets-säkring av individuella ST-arbeten. Vid en disputation fungerar betygsnämndens samlade erfarenhet som garanti för vetenskaplig kvalitet utan att några skrivna detaljerade kriterier finns. På samma sätt kan man hävda svårigheterna att fastställa nationella kriterier för det skriftliga arbetet i ST som berör så många ST-läkare. Värderingen blir ändå eminensbaserad. Å andra sidan krävs transparens och tydliga motiveringar vid eventuella underkännanden. Det är därför angeläget att starta diskussionen om förhållningssätt vid underkännande av det vetenskapliga arbetet i ST som berör både etik och vetenskaplig kvalitet.

Några bra utgångspunkter kan vara: lokala granskingsgrupper, SFAMs lat-hund för bedömning av projektarbete (AllmänMedicin, Supplement 1/03), KI:s kriterier för examensarbeten på C- och

D-nivå inom grundutbildningen från 2005, checklistor där man prickar av att olika moment i rapporten finns med etc.

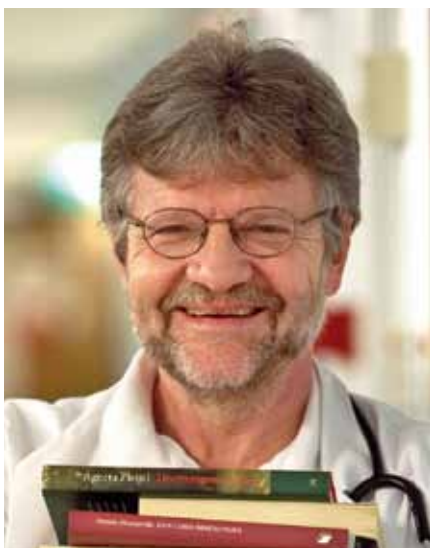
En hygglig garant för god kvalitet är att handledaren har tillräcklig vetenskaplig kompetens. Enligt Läkaresällskapet/Läkarförbundets rekommendationer krävs doktorsexamen. Detta kan vara svårt att leva upp till för allmänmedicinerna i många delar av landet. Här kan man tänka sig icke-disputerade handledare, som i något eller några skeden av arbete har möjlighet att konsultera någon med formell vetenskaplig kompetens. Det känns angeläget att hitta och sprida goda exempel på ett sådant arbetssätt. En helt avgörande fråga för en fungerande handledning är att de vetenskapliga handledarna arvoderas för sina insatser, inte minst viktigt i Vårdvalstider. Idag är denna fråga löst endast i få landsting. Kronoberg och Stockholm är några goda exempel

En annan del av kvalitetssäkringen kan vara ett slutseminarium, där det skriftliga arbetet granskas av opponent och examinator med minst doktorsexamen.

### Hur gör vi framöver?

En central fråga som vi bara hann snudda vid i Uppsala var forskningsetiken. Det finns alltså många spännande frågor att diskutera och utveckla framöver. På det nationella mötet för studierektorer i allmänmedicin i Växjö 6–7 maj 2010, kommer frågan om kompetens i medicinsk vetenskap att tas upp tillsammans med övriga obligatoriska delar i målbeskrivningen. Vi hoppas att kunna återkomma med en rapport om detta i AllmänMedicin senare under året och också lägga ut information på SFAMs hemsida.

**Christer Petersson,  
Jan-Eric Olsson,  
Malin André**



Christer Petersson



Jan-Eric Olsson



Malin André

# EGPRN konferens i Dubrovnik – Multimorbidity in General Practice



**Som ny nationell representant** efter professor Anders Håkansson kommer här en rapport från EGPRNs (European General Practice Research Network) höstkonferens. Platsen var UNESCO-världsarvsstaden Dubrovnik, 15–18 oktober 2009, med temat multimorbiditet. Allt var välorganiserat, omgivningarna vackra och det fyra månader gamla konferenshotellet hade utsikt över den magnifika kroatiska skärgården.

**EGPRN är en del av WONCA Europe** och består av forskningsintresserade allmänläkare från Irland till Israel (!) och med några aktiva turkiska kollegor! EGPRN har en klubblik atmosfär där många återkommer regelbundet. Konferenser hålls andra veckan i maj och tredje veckan i oktober. Nyss avgående ordföranden belgaren Paul van Royens främsta supportrar genom åren har varit hans äldre patienter. Efter varje EGPRN-möte har de frågat sin "huisarts" hur det gått på konferensen.

**Många har genom EGPRN lärt sig forska.** Formen för EGPRN-möten innebär att lika mycket tid ägnas presentationer av forskningsrön som metodfunderingar och plenumdiskussioner om klinisk relevans. Idealiskt för forskare som är i början av sin karriär men också bra för allmänläkare som vill lära sig det senaste om nya kliniska tillämpningar.

**Ny ordförande blev Eva Hummers-Pradier.** Eva är allmänmedicinprofessor i Hannover och första kvinnan i rollen som EGPRN-general. Hon gjorde ett milt men bestämt intryck. Eva talar flytande engelska, tyska och franska. Föredragen från Evas doktorander höll hög vetenskaplig standard och många arbeten handlade om geriatrisk sköterskeledd hälsoproblemskattning på allmänläkarmottagning. Ett annat ämne var intervention mot inkongruens vid polyfarmaci – vi bör alltså känna till våra patienters olika läkemedel.

**Flera bidrag från värdlandet var intressanta** men med en varierande halt av EBM. I en okontrollerad öppen studie sågs signifikant blodtryckssänkning med SSRI som tillägg till anti-hypertensiva. Patienterna var suboptimalt blodtrycksbehandlade med initialt höga depressionspoäng som också minskade. Placeboeffekt kunde inte värderas men en maltesisk kollega hävdade att serotonin ju påverkar kärlväggar och trombocyter. Värdlandet Kroatien var förresten först i världen med specialutbildning för allmänläkare 1961.



*Teresa Pawlikowska, chef för GP Medical Education i Warwick, UK, flankeras av posterpresentatör Andrzej Zielinski, doktorand i allmänmedicin och Anders Halling, docent och handledare, Karlskrona/Lunds Universitet. Teresa har undervisat på forskningsmetodikkurs i Blekinge tidigare i år.*

**Doktorand Andrzej Zielinski, allmänläkare från Karlskrona,** presenterade en poster från sin studie om multimorbiditet. Budskapet var att multisjuka äldre stannade kvar och listade om sig till offentlig primärvård i högre omfattning än till privat primärvård efter vårdvalet. Andrzej's poster fick hedersomnämning av WONCA Europas slovenske ordförande Igor Svab.

**Jag vill uppmuntra Dig att delta** på någon av vår- och höstkonferenserna framöver, 6–9 maj i Plovdiv, Bulgarien med temat "Children in General Practice"; 14–17 oktober i Zürich (utnämnd till förra årets bästa storstad i världen) med temat "Motivation"; 5–8 maj i Nice, temat är ännu inte spikat (läs mer på [www.egprn.org](http://www.egprn.org)). Förutom det vetenskapliga lärandet får Du lära känna många spännande kollegor i ett trivsamt och öppet europeiskt sammanhang.



Hans Thulesius

# Specialistexamen i allmänmedicin



**Specialistexamen i allmänmedicin** genomförs varje år. Examen består av fyra moment – portfölj, skriftligt prov, praktikdag och uppsats. Under SFAMs höstmöte i Uppsala i november 2009 presenterade examinanderna traditionsenligt sina uppsatser i seminarier som lockade många åhörare. Här har de samlats i universitetets aula.

Fotot har tagits av Staffan Anderberg.

**Bakre raden:**

Maria Randjelovic  
Gunilla Victor  
Bernd Sengpiel  
Mattias Athlin  
Josette T.M. Troon  
Viktoria Strömberg  
Christian Axelsson  
Lovisa Jäderlund Hagstedt  
Per Wennerholm  
Helena Ganslandt  
Mårten Lundén  
Magdalena Fresk  
Holger Homuth

**Främre raden:**

Malin Andersson  
Hanna Sandelowsky  
Elisabet Jädersten  
Elisabet Abdo  
Catherine San Filippo  
Kristina Olsson  
Gelas Saeed  
Terese Ring Pettersson  
Maria Kättström

**Saknas på bilden:**

Dominique Hange  
Katarina Perlhagen Öhnström  
Göksel Sevinc  
Åsa Thurffjell

# Var finns etiken i allmänläkarens vardag?

Jag frågar mig ibland hur stort det etiska engagemanget är inom allmänläkarkåren. Det kommer inte till uttryck särskilt ofta. Mitt uppdrag i Landstingets etikgrupp har visat att det under alla år varit svårt att få läkare att komma till etikseminarier. Det gäller både allmänläkare och sjukhusläkare. Nu har jag själv lämnat det kliniska arbetets scen så jag vet inte säkert hur det är ute på arbetsplatserna. Den etiska medvetenheten, övervägandet och diskussionen kan ju förekomma utan rubrik.

Läkartidningen nummer 52 2009 har medicinsk etik som tema. Grundsatsen är att den medicinska etiken utgör fundamentet för den professionella läkaren. Flera av artiklarna har stor relevans för allmänläkare, i synnerhet som allt större delar av den kliniska grundutbildningen flyttar ut till vårdcentraler och allmänläkarmottagningar. Då gäller det inte bara utbildningsläkarnas attityder och överväganden. De äldre som är med och utbildar är förebilder för nästa läkargeneration.

En viktig förändring under senare år är att patientens ställning har stärkts. Detta visar sig såväl inom praktiken som i lagstiftning och debatt. Patientens rättigheter har lyfts fram. Paternalismen är inte längre gångbar.

Allmänmedicinen var tidig med att ifrågasätta den traditionella paternalistiska läkarrollen. I utbildning och debatt fanns strävan mot förnyelse av patient-läkar-relationen och konsultationen med lyssnande, patientcentrering och skapande av terapeutiska allianser som viktiga begrepp. Men det skulle ändå vara ett självbedrägeri att tro och hävda att paternalismen är avklarad för allmänmedicinens del.

Allmänläkarna har gott om patienter med begränsad autonomi och inskränkt beslutsförmåga. Det gäller barn och det kan röra personer med demens, beroendesjukdom, psykoser och andra störningar. Någon form av paternalism – eller maternalism – är många gånger nödvändig. Näralligande är också uppgiften att utforma intyg till Försäkringskassan när det gäller sjukskrivning, aktivitetsersättning och liknande. Finkänsliga etiska överväganden är i sådana situationer oundvikliga. Vad det gäller är att få dem medvetna och hållfasta .

Vårdvalsreformen är i väsentliga delar ett uttryck för politiska värderingar. Val inom politikens och etikens domäner överlappar varandra i betydande grad, men det finns viktiga etikfrågor att hantera både för anhängare av och motståndare till denna reform. Bland annat gäller detta prioriteringar. Allmänläkaren måste exempelvis avväga hur stor del av sin arbetstid hon eller han ska lägga på hemsjukvård, på akutmottagning eller

på hälsovård. Prioriteringar är också aktuella vid beslut om remittering och behandling. När jag i höstas läste om allmänläkare som öppet medgav att de anpassade konsultationer och beslutsfattande till besöksersättningens storlek, kände jag mig beklämd å mitt yrkes vägnar. Som väl är vet jag att det finns kollegor som resonerar och prioriterar på ett annat sätt.

Anställning som hyrläkare, relationen till läkemedelsindustrin och dess representanter, rollen som handledare är exempel på andra vardagliga företeelser där läkarnas yrkesetik utsätts för prövning.

Jan Wahlström och Nils-Erik Sahlin pekar i sin temaartikel i Läkartidningen på en utveckling som försiggår gradvis och oftast utan uppmärksamhet på de etiska problemen. De biotekniska framstegen inom molekylärbiologi, genetik och nanoteknik tenderar att förskjuta det kliniska arbetet från diagnostik och behandling av sjukdomar mot screening av symtomfria personer och presymtomatisk diagnostik. Läkarens uppgift blir i ökande grad att tillsammans med patienten värdera riskprofiler och överväga åtgärder utifrån denna värdering. Kunskapsosäkerheten är i dessa situationer ofrånkomligt stor, personliga värderingar får lätt stort spelrum. Att i efterhand utvärdera besluten är svårt eftersom lång tid krävs och andra ”störande” faktorer inverkar. Allmänläkarna har en central roll. Deras kunskaper, värderingar, attityder och överväganden kommer att avgöra mycket i denna utveckling.

Som framgår är det lätt att hitta etiskt laddade situationer i allmänmedicinskt arbete. Alla dessa är svåra att hantera utan en något så när stabil värderingskompass. En fortgående etisk diskussion behövs på allmänmedicinens arbetsplatser, vid allmänläkarnas möten och i allmänmedicinska tidskrifter och digitala fora.

Stig Andersson  
Säffle

## Referenser

- 1 Etik i vårdens vardag. Läkartidningen 2009, volym 106;(nr 52):3498-3519.
- 2 Engström, Ingemar. Värdebaserad medicin. AllmänMedicin 2009; nr 3:8-10.
- 3 Bjurström, B. Will Swedish healthcare reforms affect equity? BMJ 2009;339:b4566.

# Att tänka det och vilja det – men att göra det?

## Hur känner och tänker allmänläkare inför att anmäla att ett barn far illa?

Ett sammandrag av ett examensprojekt för examen i Allmänmedicin 2009



Bild: Dez Pain

### Bakgrund

2009 var ett viktigt år. Förutom att det var 20-årsjubileum för Sveriges ratificering av barnkonventionen, var det också 30 år sedan Sverige som första land i världen antog en lag som förbjuder barnaga: ”Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling” [1]. Detta står alltså i lagen. Trots det utsätts många barn dagligen för kroppslig bestraffning och kränkande behandling. Av alla barn under 18 år i Sverige har 3,5% utsatts för fysisk misshandel [2]. Av flickorna har 8% utsatts för sexuella övergrepp, 1–3% av pojkarna [3]. Var tionde har utsatts för att bevittna våld i hemmet, hälften av dem gör det ofta [4]. Nyligen publicerades en studie i läkartidningen som visade att var femte mamma till barn i BUP-vård utsatts för våld [5]. Utöver dessa, är de som blir försummade på olika sätt en ofta bortglömd grupp av utsatta barn. Barn till psykiskt sjuka föräldrar är en sådan grupp som ofta hamnar mellan stolarna [6].

Förutom att dessa utsatta barn kan få psykiska problem som direkt följd av traumat kan dessa upplevelser även ge starka negativa konsekvenser för hälsan även senare i livet. Flera studier visar att fysiska, sexuella, och känslomässiga övergrepp under uppväxten är var för sig knutna till depressioner, ångeststörningar, suicidalitet, och personlighets-

störningar senare i livet. [7, 8, 9, 10, 11, 12]. Förutom detta har man i studier visat ett samband mellan övergrepp i barn- dommen och somatiska åkommor såsom obesitas, ischemisk hjärtsjukdom, cancer, KOL, frakturer, leversjukdom, obesitas, samt kronisk ryggsmärta. [13, 14].

### Syfte och metod

Efter att inom psykiatrin ha sett hur övergrepp i barndomen kan påverka människor i vuxen ålder väcktes mitt intresse att titta närmare på vad vi som allmänläkare kan göra för att hjälpa ett barn som blir utsatt för övergrepp. Med vetskapen att det naturligtvis är en komplicerad och svår process att för det första identifiera att ett barn far illa, beslutade jag mig för att fokusera i arbetet på steget efter – läkarnas plikt att ”genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd” [15]. Av alla anmälningar om barn som far illa till Huddinge kommun under 2008 var det bara 3% som kom från sjukvården [16].

Kan det vara så att vi träffar barn som far illa utan att vi ”ser” dem, eller än mindre anmäler? Studien är kvalitativ och utförs av en fenomenologisk innehållsanalys av djupintervjuer med fyra slumpvis utvalda specialister i allmänmedicin. Hos dem fanns närmare 85 års sammanlagd läkarefarenhet. Endast en läkare hade anmält. En gång. I resultatet kan man se fem olika teman som tydligt går igen i

alla intervjuerna. Antalet informanter är litet och resultaten är givetvis inte generaliserbara till hela gruppen allmänmedicinare, men kan kanske ge en fingervisning och uppslag till ytterligare forskning. De fem teman som tydligt kom fram var:

### Barnets lidande

Alla fyra informanter uttryckte att det moraliska ansvaret för att agera när ett barn far illa ibland måste gå före riskerna för att man själv drabbas negativt som läkare. Alla fyra menade att de som läkare inte skulle kunna underlåta att agera vid stark misstanke.

### Läkarens stora ansvar

Informanterna ansåg att anmälan är en åtgärd som övervägs mycket noggrant av rädsla att det skulle kunna vara en felbedömning och att någon skulle kunna bli anklagad felaktigt. Alla fyra informanter uttryckte en oro för att familjen, och särskilt en anklagad förälder, skulle drabbas väldigt hårt vid en felaktig anklagelse. Detta sågs som ett hinder för att anmäla. Redan här uppstår ett tydligt moraliskt dilemma med tanke på omtanken om barnet som återfinns i det första temat.

### Läkarens känslomässiga obehag

Ett område som alla informanter berörde var att läkarens egna känslor och fördomar spelar en stor roll i processen att anmäla att ett barn far illa. Alla informanter beskrev att bara vetskapen eller misstanken att ett barn far illa inger



## En betydande andel av barnen i vårt land är utsatta för misshandel, övergrepp och försummelse

ett obehag. Vad utgjorde då obehaget? Dels upplevdes en stor maktlöshet inför den svåra uppgiften att hjälpa barnet, att ställa allt tillrätta. Även det faktum att samhället har starka tabun kring ämnet, att det är känsligt att prata om överlag, påverkar läkarna. Läkarens allmänna tidsbrist i kombination med en känsla av att det en komplicerad formell process att anmäla var enligt informanterna ytterligare ett hinder i anmälningsprocessen, en stressfaktor som ger obehag och olust. Läkarna såg också att läkaren som vuxen tenderar att naturligt identifiera sig med de vuxna, alltså föräldrarna, och därför kan medkänsla med den vuxne vara ett hinder i att anmäla. För flera fanns det en oro för att relationen till familjen kunde försämrans i och med en anmälan. Alla informanter utom den som hade anmält betonade starkt risken att dessutom drabbas själv som läkare; dels genom direkta hotelser, eventuell motanmälan, eller att bli uthängd i media.

### Okunskap om socialtjänsten

Ytterligare ett tema som utkristalliserade sig var brist på kunskap om hur socialtjänsten arbetar kring anmälningsärenden och ett önskemål om feedback vid anmälan. Flera uttryckte att okunskapen om konsekvenserna av anmälan för familjen och barnet ger en stark olust hos läkaren och i förlängningen en tveksamhet att gå vidare med anmälan. Två delar i okunskapen om socialtjänstens agerande kunde identifieras i intervjuerna; dels en ren brist på kunskap om socialtjänstens rutiner vid liknande ärenden, hur de handläggs, och vad läkarens roll blir i det hela, men även brist på feedback i det enskilda fallet som flera informanter uttryckte önskemål om.

### Faktorer som kan ge stöd åt läkaren i anmälningsprocessen

Tidigare erfarenhet av att anmäla och tidigare erfarenhet av kontakt med socialtjänsten skulle underlätta anmälningsprocessen enligt informanterna; träning ger färdighet, helt enkelt. Alla fyra informanter betonade att stöd av kollegor och personal på arbetsplatsen skulle vara viktigt vid en eventuell anmälan. Ytterligare en form av stöd som efterlystes av alla fyra informanter var mer utbildning i ämnet; både kring anmälan och socialtjänsten, men även kring symtom och tecken på barnmisshandel och övergrepp. Alla fyra informanter berättade att det inte fanns några nedteknade lokala rutiner i att hantera en anmälan till socialtjänsten.

De konsultationsstrategier som informanterna ansåg kunde vara till hjälp i processen var att försöka få tillfälle att tala med barnet i enrum och att arbeta med återbesök för att få mer information.

### Diskussion

Visst kan det vara förståeligt att dessa mänskliga känslor och tankar kan väckas. Men frågan är om det acceptabelt att de styr handlandet hos professionella vårdgivare? Är det en godtagbar orsak till att underlåta att göra sin plikt enligt lagen? Kan en läkare i en motsvarande situation när en man i 50 årsåldern söker för blod i avföringen avstå från att göra en per rectum undersökning för att det verkar besvärligt eller pinsamt? Kan en läkare avstå att prata om rökning med en storrökande KOL-patient av rädsla för hur han eller hon reagerar? Nej, de flesta läkare utför förhoppningsvis dessa åtgärder för att de har en professionell hållning. De fullföljer det som förväntas av dem i deras

profession trots att det kan ge obehag. De egna känslorna som väcks påverkar inte märkbart handläggningen som läkaren vet är viktig för patientens hälsa.

Att ha en professionell hållning skulle kunna formuleras som förmågan att hitta den optimala balansen mellan det personliga och det professionella jaget som passar för varje enskild situation [17]. Det personliga jaget för att känna empati och det professionella jaget för att värna om effektivitet och objektivitet. Kanske är det extra svårt i dessa fall då läkaren måste använda både sitt personliga och sitt professionella jag till det yttersta för att hjälpa patienten. Sitt personliga jag för att förstå och se patientens utsatthet, och sitt professionella jag för att göra sitt jobb som läkare trots obehaget situationen väcker.

### Slutsatser

En betydande andel av barnen i vårt land är utsatta för misshandel, övergrepp och försummelse. Många av dessa traumatiserade barn blir även i vuxen ålder sjuka både psykiskt och fysiskt av sina upplevelser. Samhället har genom lagstiftning visat att identifiering av dessa barn skall prioriteras och att det finns en social struktur som skall skydda dem. Läkare i dagens primärvård har en unik position att upptäcka dessa barn och se deras utsatthet innan de far alltför illa. Ansvaret som professionella sträcker sig även till att agera för barnets bästa. Läkare har liksom alla andra människor känslor vilket är grunden till att de kan visa empati och hjälpa människor i svåra situationer. Läkarna behöver dock hjälp och träning i att hantera dessa känslor för att kunna agera professionellt. För att kunna upptäcka dessa barn som far illa och göra det

som lagen ålägger dem måste läkarna få handledning och tillfälle till reflektion över vilka känslor dessa barn väcker inom dem. De behöver strukturer som överbryggat gapet mellan vården och andra myndigheter som är involverade. De behöver tydliga rutiner som guidar dem när de plötsligt står inför en svår situation mitt i den stressade vardagen. Det är hög tid att sjukvården tar denna grupp av utsatta barn på allvar och agerar för deras bästa utan skygglappar.

”Vi står alla – praktiker, politiker och forskare – inför en stor och spännande utmaning. Att tänka det, önska det, vilja det – men att göra det? Det kräver förståelse och mod – kunskap och mod gör det lättare att ta ansvar för det vi måste göra. Att förebygga är allas ansvar” [6].



Elisabet Jädersten,  
Stuvsta Vårdcentral

#### Referenser

1. Sveriges Rikes Lag. (2008). Föräldrabalken, §1.
2. BRÅ. (2008) On-line statistik.
3. Svedin, Carl-Göran. (1999). Sexuella övergrepp mot barn. Definitioner och förekomst. Socialstyrelsen, art nr 1999-36-004.
4. Rädda Barnen. (2009).
5. Hedtjärn G., Hultmann, O., Broberg A., (2009) Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. Läkartidningen, 48; 3242-3247.
6. Kari Killén. (2008) Förebyggande – allas ansvar – en utmaning. Tidningen Oasen, utgåva.
7. Klufft, R. P. (1990). Incest-related syndroms of adult psychopathology.
8. Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Batson, S. C., & Kolbrenner, M. L. (1994). Child abuse in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831-834.
9. Ross, C. A., Andeson, G., & Clark, P. (1994). Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489-491.
10. Wurr, C. J. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20, 827-872.
11. Weft, C., & Halpert, M. (1993). Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women, psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 545-555.
12. Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999) Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Archives of Gen Psychiatry*, 56, 600-606.
13. Anda, Robert. (2007) The Health and Social Impact of Growing Up With Adverse Childhood Experiences -The Human and Economic Costs of the Status Quo. Review of the ACE-study.
14. Linton, S.J., (1997) A population-based study of the relationship between sexual abuse and back-pain: establishing a link. *Pain* 73; 47-53. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
15. Socialtjänstlagen (2001:453) Kap 14, §1.
16. Socialförvaltningen Huddinge Kommun. (2009).
17. Salinsky & Sackin. (1998). Hur känns det doktorn? Studentlitteratur.

## BRIS Vuxentelefon – om barn

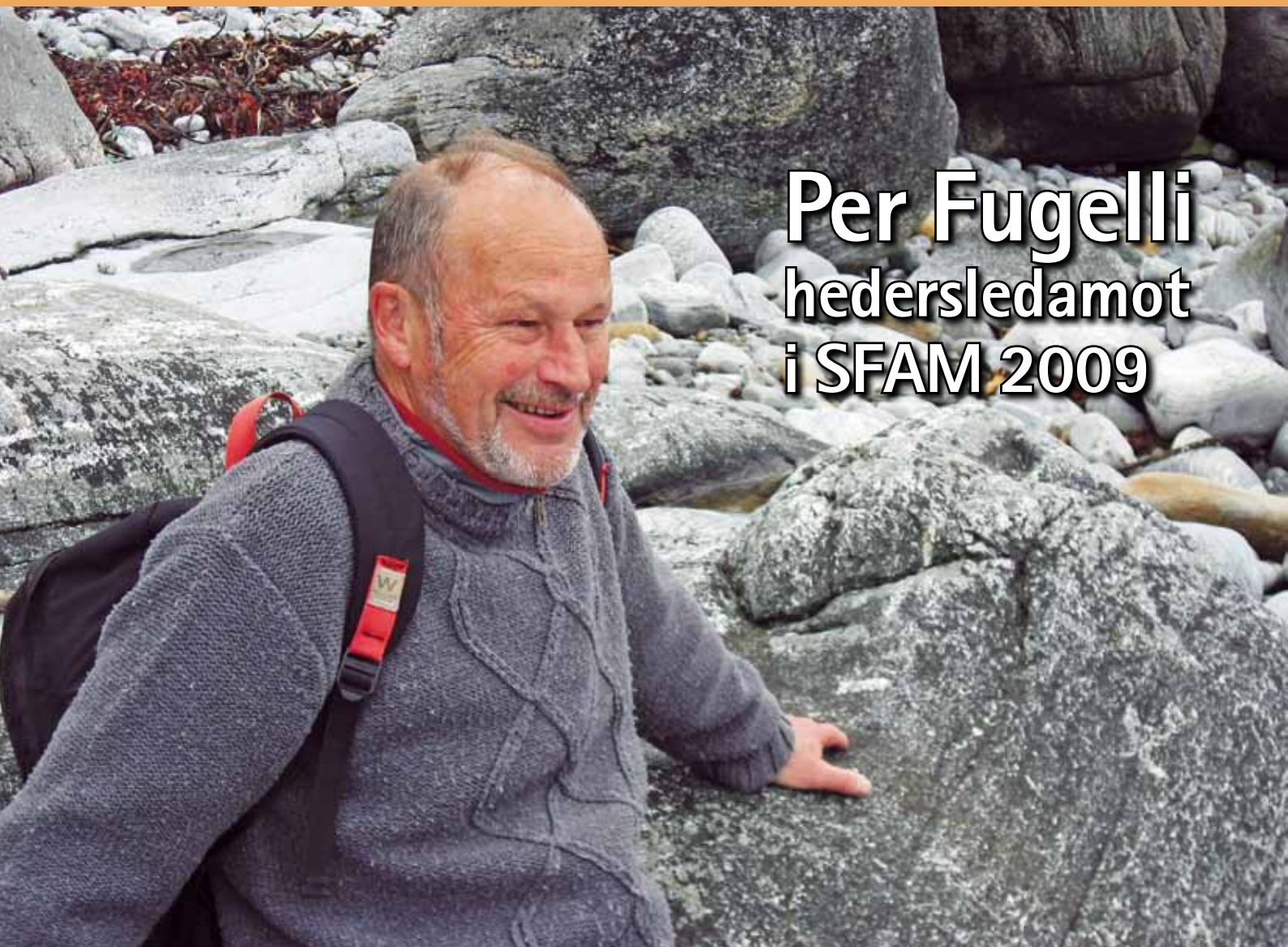
För dig som vill prata om dina egna eller andras barn.

**Öppettider:**  
måndag-fredag  
kl. 10-13

**Telefonnummer:**  
077-150 50 50

**BRIS**  
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET





## Per Fugelli hedersledamot i SFAM 2009

Foto: Charlotte Holst Fugelli.

**Per Fugelli** är född i Stavanger 1943. Han har varit distriktsläkare i Lofoten och i Finnmark i sex år. 1984–1992 var han professor i allmänmedicin vid Universitetet i Bergen. Från 1992 är han professor i socialmedicin vid Universitetet i Oslo. Både i forskning och undervisning intresserar han sig för hur fördelning av makt och tillgångar i samhället påverkar människornas hälsa. Det rör sig inte enbart om ekonomiska faktorer utan även om fördelning av värden som trygghet, frihet och värdighet.

Det var när jag arbetade vid läkarmottagningen på Röst i Lofoten i början av 90-talet som jag kom i kontakt med Per Fugelli som skribent för första gången. Röst är en ö längst ute i Lofoten, den grupp av öar som sträcker sig sydväst ut

i Atlanten från Narvik. Röstarkipelagen sägs ha lika många holmar och skär som årets dagar. Ön har 600–700 innevånare och en kommunläkare som har jour dygnet runt. Där finns en distriktssköterska, ett sjukhem, en flygplats och en brandstation. Till närmaste sjukhus i Bodö är det tio mil över hav. Ekonomin baseras på fiskeflottan och en fiskindustri med en omfattande torrfisksframställning. Doften av torkande torsk ligger tung över ön vår och försommar.

**I bokhyllan på läkarmottagningen** fanns Per Fugellis studier över sjukdomsepidemiologi och sociala förhållanden på Röst och dessutom en fantastiskt underhållande bok *"Doktor på Värøy og Röst"* som beskriver en distriktsläkares glädjämnen och vedermodor i denna utpost i norsk distriktsvård. Där fanns också hans stu-

dier över yrkeshälsa bland fiskare. Där Per Fugelli verkar ser han sådant som inte är uppenbart för alla. Han har också en förmåga att synliggöra för andra och att torgföra sina upptäckter. Detta är ett genomgående drag i hans verksamhet genom åren. Röst har blivit en tillflykt och en respit, en plats dit han åker för att fylla på sitt förråd av folkvett, som det står i ett tidningsurklipp på anslagstavlan i butiken vid färjekajen. Rubriken är "Där de kloke bor". Möjligen med en ironisk touche från rubriksättaren, men Per Fugelli menar allvar. Det är på Röst, det lilla samfundet som klamrar sig fast på ögruppen i ett bistert atlantthav, som man kan hämta klokskap. Det är där människorna genom generationer har fått använda all sin kreativitet, sin samarbetsförmåga och all sin livsvilja för att överleva, och leva ett gott liv.



## Hälsa är lika med biologi gånger kultur gånger politik upphöjt i två

**Per Fugelli har skrivit** eller varit medförfattare till närmare fyrtio böcker och författarskapet låter sig inte lätt sammanfattas på några rader, men han har kokat ned sitt budskap till en ekvation, den samhällsmedicinska relativitetsteorin:

$$h = b \times k \times p^2$$

Hälsa är lika med biologi gånger kultur gånger politik upphöjt i två.

Böckerna *Rød resept*, *0-visjonen* och *Nokpunktet* försöker skapa nyfikenhet på denna ekvation. De kan beställas via hemsidan <http://folk.uio.no/pfugelli/index.htm>, där man också kan ta del av utvalda föredrag och kapitel ur olika böcker. Rekommenderas! Den senaste boken, *Helse på norsk* har han skrivit tillsammans med professorn i medicinsk antropologi Benedicte Ingstad. Den handlar om människors syn på sin egen hälsa. Den är delvis en annorlunda bild än vad vi läkare ofta förväntar oss. Bland hälsans grundämnen finner vi: Trivsel, jämvikt, att röra sig mot egna mål, livskraft och motståndskraft.

**Fugelli tar aktiv del i samhällsdebatten**, vilket ibland vållar uppståndelse, som när han för några år sedan från predikstolen i en kyrka höll en radiosänd appell för solidaritet i samhället där han polemiserade mot det högerpopulistiska Fremskrittspartiet (Frp). Ur Aftenbladet saxar jag – Välfärdsstaten är en skör byggnad. Den kan gå i bitar. Vi måste försvara den mot jag-partiet som vill förstöra vi-samhället. Han menade att Frp-politiken är bättre för de rika än för de fattiga. Och han menade att Frp går i spetsen för mobbing av invandrare.

Svenska allmänläkare har haft stor glädje av Per Fugellis våltalighet på kongresser, seminarier och möten. Särskilt till sin rätt kommer han i dialog med utbildningsläkare och yngre allmänmedicinare som han gärna utmanar till frisk och fri debatt.

1992 gjorde vi ett urval av artiklar och föredrag ur några av hans böcker, över-satte till svenska och gav ut på Heidruns förlag i Torsby. Det blev en liten men innehållsrik bok, *Husläkare på nytt – möjligheter och visioner*, då högaktuell i och med den svenska husläkarreformen. I förordet skrev Göran Sjönell att ämnet behövde tas upp efter att svensken förlorat sin personlige läkare under specia-

liseringens tidevarv, medan man i Norge hade rika erfarenheter av allmänläkarens vardag. Per Fugelli hänvisade i efterordet till ett gammalt kinesiskt talesätt: *När förändringens vindar blåser, kryper några i lä, medan andra vågar sig ut i stormen och bygger väderkvarnar.*

Björn Nilsson

### Motiveringen för att välja Per Fugelli som hedersledamot på fullmäktige 2009 löd:

*Professor Per Fugelli, för hans pionjärbete när det gäller att formulera en allmänmedicinsk ideologi som är förankrad i både vetenskap och det vardagsarbete som vi allmänläkare bedriver.*

*För hans entusiasmerande förmedling av budskapet inte minst till yngre kollegor som han möter med värme, utmaningar och respekt. Per Fugelli är en uppskattad talare på möten, kongresser och seminarier i Sverige.*

### Per Fugellis svar:

*Hei min kloke forening,--*

*Stolt og glad blir jeg av denne heder.*

*Og jeg faller i undring over hvorfor jeg alltid har gledet meg til å besøke allmennmedisinere i Sverige – og reist med godt mot fra disse møtene?*

*Jeg tror det må være fordi jeg har støtt på det allmennmedisinske grunnfjell der borte. Jeg mener: De legene som velger allmennmedisin og forblir i allmennmedisin i Sverige, preget som landet er av overtro på fragmentert spesialmedisin og hierarkier, disse utvalgte kolleger har en tro på faget og et selvstendighetsmot som alltid har fascinert meg. Noen sier av og til her hjemme: det står dårlig til med allmennmedisinen i Sverige. Tull og tøys, svarer jeg – det er der de virkelige kjernetropper finnes.*

*Nok en gang takk for heder.*

*Jeg ser fram til å holde nærkontakt av femte grad.*

*Beste hilsener*

*Per Fugelli*



# "Onödiga patienter" på akutmottagningen

Av Mats Hogmark

**H**ur sköter vi allmänmedicinare vårt akutmedicinska uppdrag? Klarar vi att hantera våra patienters akuta åkommor och behov av snabba vårdinsatser, eller släpper vi dem för snabbt och lättvindigt ifrån oss till sjukhusläkarnas hårt belastade jourlinjer?

När jag för dryga fem år sedan var AT-läkare på Falu lasarett fick jag ibland känslan av att det kom patienter till akutmottagningen "i onödan" som borde ha kunnat hanteras på sina respektive vårdcentraler hellre än att söka medicin-, kirurg- eller ortopedakutens jourlinjer – ofta bågande under ett redan stort patienttryck. Jag upplevde också att denna uppfattning var vanlig hos ett stort antal äldre och mer erfarna kolleger på sjukhuset, varför jag nog tog detta för en oomkullrunkelig sanning.

Sedan mitt inträde i den allmänmedicinska skaran som ST-läkare och med dryga 3½ års aktiv tjänst bakom mig har jag gradvis börjat se på denna "sanning" med andra ögon. Jag fått en bättre förståelse för vad en allmänmedicinsk mottagning är och vad den inte är samt vad den kan och inte kan åstadkomma.

Efter sidoutbildningar på diverse sjukhuskliniker – alltid varvade med två- till tremånadersperioder på vårdcentralen för att ute i "verkligheten" få tillämpa det jag lärt mig – har jag än mer styrkts i uppfattningen att de "onödiga" patienterna på sjukhusets jourmottagningar kanske inte är så många. Visst förekommer de, men sannolikt i avsevärt mindre omfattning än vad många tror.

**Mot bakgrund av detta** beslutade jag mig för att under en period på medicinkliniken och kardiologikliniken på Falu lasarett försöka ta reda på hur det verkligen ser ut.

Under perioden 11 september till 21 november 2009 gick jag, som "randande" ST-läkare, 14 pass på akutmottagningens del för medicin och kardiologi och träffade då sammanlagt 93 patienter. För att analysera dessa möten använde jag enklast möjliga metod genom att efter avslutat jourpass skriva ned antalet patienter och för var och en sökorsak, eventuella utförda undersökningar samt resulterande åtgärd.

Tabell 1 ger en kort sammanställning av vad som hände med patienterna i akutskedet, utifrån den bedömning jag gjorde på akutmottagningen av deras tillstånd och vårdbehov.

**Tabell 1. Sammanställning av 14 arbetspass på medicin-/kardiologijouren på Falu lasarett tiden 11 september till 21 november 2009.**

<b>Inläggningar</b>	44
- akutvårdsavdelning	13
- hjärtavdelning	24
- medicinavdelningar	7
<b>Hemgångar</b>	40
- prover, med/utan EKG-tagning	16
- både röntgen och provtagning	11
- enbart röntgen	2
- konsultbedömning från annan klinik	1
- klinisk bedömning, med/utan observationstid	10
<b>Överremitterade till annan klinik</b>	9
- öron-, näs-, halsjour	5
- ortopedjour	4
<b>Totalt antal patienter</b>	93

Av 93 patienter lades 44 in på vårdavdelning och nio överremitterades akut till annan jourlinje. Av de 40 som återgick till hemmet bedömde jag fyra vara klara "vårdcentralspatienter", det vill säga som borde ha kunnat hanteras på vårdcentral givet att tid fanns tillgänglig. Sex stycken av övriga hemgångspatienter hade inkommit på remiss från vårdcentral och i ett fall från universitetssjukhus. Sannolikt skulle ytterligare ett antal av patienterna i hemgångsgruppen kunnat handläggas på vårdcentral om de fått träffa sin ordinarie PAL i akutskedet. Detta är dock svårt att värdera på akutmottagningen.

Som framgår av tabellen gick de flesta inläggningspatienter till hjärtavdelning och akutvårdsavdelning. De som remitterades till annan akutmottagning gick till ÖNH- respektive ortopedkliniken.

## Diskussion

Ovanstående redogörelse är en ögonblicksbild baserad på en enskild läkares erfarenhet från knappa tre månader på en akutmottagning och inte representativ nog för att generalisera ifrån. Den kan dock fungera som ett underlag för reflektion och diskussion kring hur det kan se ut på en akutmedicinsk mottagning och på samarbetet mellan primär- och sekundärvården. Relationen mellan primärvårdens utbyggnad och storleken på patientflödet på akutmottagningen har behandlats [1, 2]. Likaså har diskussionen om kvalitet på remisskrivande avhandlats [3]. Dessa inlägg gjordes dock för många år sedan, varför det kan vara på sin plats att åter belysa dessa frågor.

Min bedömning är att de patienter som remitterats till akutmottagningen blev remitterade på goda grunder. Jag kunde ändå ana att några av dem kanske inte skulle ha remitterats in om läkaren i första ledet haft god personkännedom om patienten. Sannolikt leder en ökad förekomst av tillfälliga stafettläkare till att antalet remisser ökar vid oklara patientfall. Brist på tidigare kännedom om patienterna gör det svårare att värdera anamnes och symptom i det akuta skedet. Bristande kännedom om lokala rutiner på vårdcentralen och sjukhuset kan vara en ytterligare faktor som gör att remissen ses som en bra och enkel lösning. Upplevd eller reell tidsbrist på grund av underbemanning i primärvården kan också leda till att onödiga remisser skrivs.

Naturligtvis händer det också att allmänläkare ibland remitterar in en patient för sent – ”doctor’s delay” – för att man av olika skäl inte varit tillräckligt uppmärksam på tecken till allvarlig sjukdom. Här kan en långvarig patient-läkarrelation möjligen skymma sikten för det som för stunden är det väsentliga.

**Slutsatsen från min lilla studie är** att läkare i primärvården sannolikt hanterar majoriteten av sina akuta patienter på ett adekvat sätt och endast släpper dem ifrån sig då de är i behov av organspecialistens spetskompetens och slutenvårdens resurser. Måhända är det inte meningsfullt att i någon stor utsträckning tala om ”onödiga patienter” på akutmottagningen? Jag efterlyser fler liknande studier.

**Mats Hogmark, ST-läkare,**  
Norslunds vårdcentral, Falun

## Referenser

1. Krakau J, Lindmark J, Persson G, Sjöberg B, Svensson SO. Utbyggd primärvård ger minskning av antalet patienter till sjukhusets akutmottagning. *Läkartidningen* 1985;82(37):3076-80
2. Winoy J, Bolin T, Fröling H, Nylén H. Väl utbyggd primärvård avlastar akutmottagning på Östersunds sjukhus. *Läkartidningen* 1991;88:944-6
3. Mc Lean M. Skriver vi onödiga remisser? Studie av konsultationsremisser från en husläkarmottagning. *Allmänmedicin* 2002;23(4):234-40

# Rapport från möte med EQUIP



**EQUIP (European Society for Quality in Family Practice)** är en nätverksorganisation med syftet att bidra till bättre kvalitet inom allmänpraktik. Detta sker genom att erbjuda en struktur för samarbete och utbyte samt genom egna projekt. EQUIP utser en representant till styrelsen i WONCA Europe.

Inom WONCA Europe har den allmänmedicinska föreningen i varje land rätt att utse två delegater. För närvarande finns i EQUIP 50 delegater från 35 länder. I Sverige utses delegaterna inom SFAMs kvalitetsråd. Eva Arvidsson i Kalmar och undertecknad är just nu delegater.

**Jag var november 2009 på mitt första EQUIP-möte** i Bled i Slovenien. Bled är ett litet samhälle som ligger mycket vackert och idylliskt. Vädret växlade mellan genomsläppt och regn, temperaturen låg stabilt på 2–4 plusgrader, men vi förstod att Bled är ett fint resmål både för skidåkning i februari–mars och för sommarvandringar.

Mötet var mycket trevligt men omtumlande och inte helt lätt att hänga med i för mig som nykomling. Först skedde en redovisning av utvecklingen i de olika länderna. I många länder, där man tidigare inte haft krav på specialistkompetens inom allmänmedicin för att arbeta med allmänpraktik, är detta nu på väg att införas. Sverige går här en alldeles egen väg. Myndighetsövervakning av hur vi genomför vårt arbete är i vissa länder mycket mera påtaglig än i Sverige. I Israel, exempelvis, tar man fortlöpande ut data på olika kvalitetsmått ur journalerna och gör en betygsättning per läkare som publiceras i tidningarna!

**Kvalitetsutveckling och forskning** verkar i många länder ha högre status än i Sverige vilket avspeglas i en hög akademisk kompetens inom EQUIP. Nära hälften av delegaterna är professorer i allmänmedicin, merparten av de övriga är docenter eller motsvarande. EQUIP är emellertid inte en grupp för forskning utan skall framför allt arbeta med tillämpningen av forskningsresultat. Verksamhetsplanen visas i faktarutan. För allmänmedicinsk forskning finns nätverket EGPRN (The European General Practice Research Network).

EQUIP utformar nu sitt ställningstagande om kvalitetsmätning i sjukvården. Där slås fast att alla allmänläkare bör övervaka sitt arbetes kvalitet kontinuerligt, men att kvalitetsmätningar bara skall göras med syftet att förbättra kvalitet. Mätningar utan en föregående plan för analys och utan strävan att förbättra vården rekommenderas inte. Man slår vidare fast att data om praxis påverkas av orsaken till att man registrerar

dem. Data insamlade för ett syfte, till exempel forskning eller egen kvalitetsutveckling, kan inte utan vidare användas för andra syften, såsom rangordning eller ekonomisk ersättning.

Jag valde vid mötet att arbeta inom gruppen för metoder i kvalitetsförbättring, särskilt metoder för att mäta och förbättra patientens delaktighet i vården och metoder för att mäta och förbättra kvaliteten på dokumentationen i journalerna.

Deltagarnas uppgift är att göra en sammanställning av olika instrument och metoder där vetenskapliga utvärderingar och tester ingår. Arbetet motsvarar nog minst två arbetsveckor heltid.

**Nästa möte är i april i London.** Vi får se hur många som hunnit göra de ambitiösa hemläxorna. EQUIP genomför sommarkurser inriktade på implementeringsforskning. Nästa kurs blir i Turkiet.

Vill du läsa mera om EQUIP gå in på [www.equip.ch](http://www.equip.ch)



Sven Engström

## Fakta

### EQUIP's verksamhetsplan för 2010–12

#### Utveckling av:

1. Det europeiska samarbetet.
2. Metoder för förbättring inom allmänpraktik.
3. Kvalitetsindikatorer.
4. Undervisning i kvalitetsförbättring.
5. Forskning inom kvalitetsförbättring i samarbete med EGPRN.
6. Instrument och indikatorer för allmänläkares kartläggning av sin egen hälsa.

## När skrivande allmänläkare och boken slår ut i Höör

*Skrivarkurs* för allmänläkare ägde för femte året i rad rum på Stiftsgården Åkersberg i Höör. Arrangör är SFAM Mellanskåne som efter höstmötet i Lund 2004 följde upp ett fullsatt seminarium som MM höll. Det var där folk stående eller sittande på golv skrev för brinnande livet. Alla ville sen läsa upp... Det tycktes finnas uppdämda behov.

Traditionen bjuder att seminariet slår ut samtidigt som boken i Skåne, första halvan i maj, under en mättad fredag-lördag. Med cirka 20 deltagare varje gång är det nu rätt många som bänkat sig runt seminarielidaren; vi har några återkommande stamkunder, men varje gång tillstöter några nya.

Mazzarella, som nu pensionerat sig från universitetstjänsten i Helsingfors, och mer helhjärtat kan ägna sig åt skrivande och författarskap, brukar vara i högform och gillar att komma till Skåne, möta våren och alla glada deltagare. Hennes träffsäkra kommentarer och empatiska analyser präglar våra sittningar, och lyfter deltagarna.

Dessa inspireras till stordåd och många texter är riktiga pärlor. Det finns deltagare som "aldrig skrivit en rad" men som här kommer loss ordentligt, får uppleva glädjen av kreativa återföringar samt många glada skratt. Humorn står högt i tak men även allvaret när ibland mycket berörande berättelser tar form.

Ibland föreslår Merete ett ämne och denna gång var ett sådant "Social kompetens". En som högg på detta bete var en i detta sammanhang debutant på Åkersberg, Anders Hernborg, Halmstad, kända av många genom sina insatser i läkemedels-sammanhang samt som Ordningsman för SFAM:s Ordbytte.

Här följer denna text, håll med om att Hernborg under blod-bokens skugga i Höör, fick till det ordentligt!

Inge Carlsson

## Säger du "social kompetens" en gång till slår jag ihjäl dig!

Text: Anders Hernborg

**Av rubriken att döma** kan man lätt få uppfattningen att vi är skeptiska till uttrycket social kompetens. Ingenting kunde vara mera felaktigt. Vår rubrik är bara en så kallad "eye-catcher" och se, du har ju redan börjat läsa denna artikel.

Vetenskapliga undersökningar inom företagsekonomi och sociologi har tvärtom upprepade gånger fastslagit att medarbetarnas sociala kompetens är ett företags största tillgång. Våra konsulter är just nu mycket efterfrågade när det gäller att lägga upp program för företags strategi rörande en höjning av medarbetarnas sociala kompetens. Många av dessa företag har tidigare anlitat oss för att på ett dynamiskt sätt utarbeta och implementera ett bärande värdegrundsarbete i företaget.

Vilka affärsmissiga fördelar innebär då vårt erbjudande om en uppgradering av medarbetarnas sociala kompetens? En tung kostnad för företaget är höga löner till välutbildad och erfaren personal, särskilt i nyckelpositioner inom företaget. Vi har empiriskt i de företag som med hjälp av våra konsulter implementerat vår uppgradering av den sociala kompetensen, först i ledningsgruppen och därefter i ett andra steg för chefer på mellannivå, funnit att i samma grad som medarbetarnas sociala kompetens ökat, har kraven på utbildning och professionell erfarenhet kunnat sänkas påtagligt. Denna uppgraderade sociala kompetens gör nämligen att medarbetarna i det sociala samspelet med kunder och andra förmår dölja sin reducerade reella kompetens. Detta innebär således att humankapitalet i företaget kunnat renoveras med följderna att genomsnittslönen för medarbetarna nedgraderats med 12–18%. Kostnaden för

vårt erbjudna program enligt ovanstående modell tjänar företaget in redan på det andra året efter implementeringsfasens avslutande.

**Utvärdering från oberoende marknadsinstitut** har visat att efter vårt uppgraderingsprogram har medarbetarnas skattning av den egna förmågan att relatera till andra personer i krävande sociala situationer och sammansatta nätverk ökat med 37% från normerad basnivå. Vad gäller företagets resultat kan det, vare sig det gäller varu- eller tjänsteproduktion, individuellt knytas till ökningen av den sociala kompetensen.

En pikant detalj förtjänar att påpekas. Trots ovanstående har några enstaka medarbetares professionella nivå och erfarenhet behövt höjas. Det gäller löneförhandlarna. Innan man insett styrkan i uppgraderingen av den sociala kompetensen hade ett flertal medarbetare efter implementeringen med hjälp av denna sin nyvunna interaktionsförmåga lyckats uppförhandla sina egna löner till uppemot 10% över avtal. Det gäller alltså att förse företaget med löneförhandlare med reell kompetens snarare än social, annars kan resultatet av vårt program bli en tråkig överraskning.

Välkommen med er begäran om offert eller en diskussion om förutsättningar vad gäller just ert företag.

Eric Björnefalk, VD  
Implementus AB

# Fisen – osynlig odör och kulturbärare

Det all dagliga är essentiellt. Allt kan inte begripas med intellektet ty det finns ett ”dessutom” och/eller ”å andra sidan”. Med flatus, fis, buk- eller tarmvindar, väderavgång och exkrementer förhåller det sig så att de kulturellt och politiskt är föremål för grovkorniga och obscena skämt men att de även är fysiologiska händelser och i vissa fall sjukdomssymptom. Ett exempel är tyfoid som startar med en påtaglig obstipation för att övergå i en blodig diarré. När avföringen åter formas är läkningen påbörjad.

Även för att åstadkomma djupaste förnedringar spelar feces en roll, om vilket vi läser i Job 30, 19: *I orenhet har jag blivit nedstjälpt, och själv är jag nu lik stoft och aska*. Vi känner från krig hur människor förnedras i latriner och dränks i kloakbrunnar.

Jag ska pröva några olika perspektiv på fis och bajs. De har en nästan oslagbar attraktion när den kommer på tal, från förvåning till barnslig förtjusning. Och skrämmande när de blir allvar.

## Antiken

Låt oss börja i den gudomliga ändan. Som så mycket annat kan fisens konstnärliga framställning påvisas redan i det gamla Egypten. Där finns idag souvenirer som syftar på den helighållna skarabén, den träck- och dyngbagge, som rullar golfbollstora kulor av djurspillning fram för sig. Dess beteende inspirerade människor vid Nilen att låta den symbolisera solens gudomliga gång över himlavalvet. Tack vara en i karniol skuren bild från den gamla Egypten vet vi att det finns ett samband mellan den heliga skarabén och flatus. Fyndet visar skarabén stiliserad till ett litet barn som ser ut att pressa ut en fis ur kroppen.

Tar vi ett kliv till det Romerska Riket och stannar i dess guda värld träffar vi på *Crepidus*, den ansvarige beskyddaren för den flyktige flatus, fisens gud. För den kompakta och mera varaktiga stanken fick romaren vända sig till gödselstackens gudomlighet, *Sterculius*. På *Sterculius* föll uppgiften att vara åkerbrukarnas gud. Han uppfann gödslingen. Sist var han också latrinens beskyddare. Romarna var också väl förtrogna med vulkanernas ihärdigt genomträngande, svavelosande ångor, över vilka *Stercus* härskade. *Faunus*, den promiskuöse getabocken med nästan mänskligt utseende och dubbelbottnad karaktär benämndes ibland *Sterculius* eller *Stercus*. Han stank så intensivt att näsan måste täppas till.

## Biologi

Till verkligheten på planeten Tellus. Här gäller åtminstone för alla däggdjur att de fiser dagen i ända. Kossorna hålls idag till exempel ansvariga för delaktighet i klimatförsämringen eftersom de släpper sig så rikligt. Om människans bidrag talas helst tyst. Men även hos dem består väderavgången av gaser som bildas under födans ämnesomsättning. Bönor och ärter har ryktet att vara potenta gasbildare.

Flatus är en ren biogas. Det som ger den en så illaluktande odör är små andelar av svavelväte, som är giftigt och brännbart. Men även vätgas, kolväte (metan) och koldioxid bildas beroende på matens sammansättning och på hur mycket luft man sväljer. I större biogasanläggningar omvandlas gödsel delvis till brännbar biogas. De icke gasformiga delarna användes som gödsel, som då är mindre skadligt än det obehandlade innehållet från kloakbrunnar.

## Skatologi i konst och litteratur

Vi har gått från mytologin till det jordiska. Vem passar bättre än den värtalige teologen och reformatorn Martin Luther att lära ut vad det hela handlar om? *Aus verzagtem Arsch fährt kein fröhlicher Furz*, ur ett ledset arsel far ingen glad fis, förkunnade Luther. Under medeltiden betraktades dessa grovheter inte som anstötliga. Man levde då i en helt annan luktvärld med väldoft, stanker och os. Under medeltiden tvekade ingen att utföra sina naturliga behov offentligt. Sådana profaneringar finns ofta avbildade i flamländska kyrkor, men gärna i skumma utrymmen under takåsen eller inarbetade i pelarkapitälerna. Anorlunda var det inom målarkonsten. Här visas ofta tarvet helt öppet. Se hur oskyldigt och otvunget man kissar och bajsar hos Rubens, Rembrandt, Breughel!

Skatologiska anekdoter och komik är vid denna tid vanlig i litteraturen, jag nämner endast Rabelais med sin präktiga *Gargantura* och *Pantagruel*, där han maniskt associerar med bajs och fisar. Hans intresse för fekalier, utsöndringar och kroppstömningar har groteska drag. Gång på gång vältrar han sig i tvetydigheter.

Den ryske litteraturhistoriker Bachin uppmärksammar oss på Rabelais' vulgariteter ”*glömma vi inte att urin och feces är den muntra materien, som förvandlar ångest till skratt*”. Han fortsätter: denna karnevaliska världserfarenhet hjälper oss till befrielse från det skrämmande och hotfulla. Världen blir mer ångestfri, glad och ljus. Det befriande skrattets effekt. Men om vi inte märker när det karnevaliska skrattet förlorar sin skämtsamma och bejakande karaktär och därmed sin kollektiva ram, kan en individ ta över det grova skämtet och attackera kollektivet med ironi och satir eller – i negativa fall – låta det gå ut över sig själv. Då faller Goyas mörker över de närvarande. Skrattet ersätts av ångest.

Béroalde de Verville gör oss förlägna med sin förnöjelse att återge vållusten i en ordentlig tarmtömning (i *Moyen de parvenir*). I en medeltida bok berättas om skälmen Till Eulenspiegel som fascinerats av mänskliga exkrementer. En anonym orientalsk författare skrev kring 1190 eposet *Salomon und Morolf*. Morolf är en fuling och snuskig upptågsgycklare som råkar i dispyt med konung Salomo. Han svarar på Salomos djupa visheter med skatologiskt tal. Kontrasten mellan Salomons

upphöjda ord och Morolfs grovhuggna tal har än idag en tjusning. Svinaktigheter en masse finns också i Rochesters Sodom, som lär vara en av de starkaste obscena burleskerna i den skatologiska genren.

Om äckel är fascinerande för vuxna, varför då inte för barn? Jag ser med vilken uppmärksamhet vårt barnbarn Alexander, 4 år, följer mullvadens detektivarbete för finna vilken som bajsade på hans eget huvud i bilderboken *The Story of the Little Mole who knew it was None of his Business* av Werner Holzwarth och Wolf Erlbruch. Visst skiter alla djur, är hans slutsats, men varje art har sitt sätt. Någon gör en rund bajs, som är korv- eller böiformig, andra djur gör något grötaktigt eller bara en fläck.

Visst, vi blev inbjudna till Martin och Käthe Luther. Medan vi åt middag bad Martin oss uttryckligen att rapa och fisa, som bevis på Käthes goda mat:

*”Warum rülpset und furzet Ihr nicht?  
Hat es euch nicht geschmecket?”*

På 1000-talet skrevs i Palermo dessa kloka läkarord:  
*Post pirum da putum, Post pomum vade cacatum!*  
(Päronet stimulerar blåsan, äpplet avföringen, eller som vi säger idag: Ett äpple om dagen håller doktorn bort från magen.)

Matsmältning och litteratur sattes samman till en sinnebild av Edmund Burke. *Att läsa utan att reflektera är som att äta utan att smälta maten.* Den store Goethe imponerades av flatulensens natur och ägnade den en dikt.

*”Im Atemholen sind zweierlei Gnaden,  
die Luft einziehen, sich ihrer entladen.  
Jenes bedrängt, dieses erfrischt,  
so wunderbar ist das Leben gemischt.*

*Du, danke Gott, wenn er dich presst,  
Und dank ihm, wenn er dich wieder entlässt.”*

(I att hämta andan finns två nåder, att dra in luften och att blåsa ut den. Det ena betrycker, det andra förfriskar – så underbart är livet blandat. Du bör tacka Gud när andan pressar dig, och tacka honom, när den lämnar dig.)

### Det obscena som känslouttryck

Att gräla, skymfa, smäda eller okväda hör till människan såväl som ätandet och drickandet. Hon kan inte låta bli vare sig det ena eller det andra – för att stanna kvar på sundhetens smala väg. Ty reducerar hon sin frustration och stress, minskar hon också sin aggression och vrede. Denna psykologi går under benämningen *malediktologi* (latin maledicere = att säga något ont). Den kom fram till att svärande eller till och med oanständigt skymfande kan lätta på smärtor. Så utvinnes något positivt av ovärdat tal och det betraktas av lingvister som en viktig beståndsdel av språket och kulturen. Medan vi nog alla känner familjeskändarens svordom ”motherfucker”, så vet vi mindre av den arabiska svordomen: *Jag fiser i din faders skägg!*

Herta Müller, årets nobelpristagare i litteratur, skrev 1999 i en kort essay att *Das Leben ist ein Furz in der Laterne* (livet är en fis i lyktan). Och när detta siebenburgiska-rumänska talesätt håller på att förlora sin bärkraft för henne, tänker hon på den

gamle mannen på parkbänken och den förbipasserande gran-  
nen som frågar honom:

– Åh, sitter du där och tänker?  
– Nej, jag bara sitter.

Människorna i vår västvärld länge var analfabeter eller nästan-analfabeter. Då låg den muntliga berättartraditionen högst. Till denna *oral poetry* hörde grov-sinnliga och grobianska uppslupenheter som ett slags måste. Berättelserna skulle innehålla det lustfulla kräkandet, de vilda slagsmålen, de smutsiga och blasfemiska svordomarna. Äckliga spottloskor träffar sina mål, väderavgångar är högljudda, det måste rapas så det hörs. Inte heller kunde byxängest och könsorgan hållas hemliga.

På liknande sätt ville vi i vår ungdom läsa om och se *sex and crime* på filmduken eller på TV för att stämma av känslolivet. Så småningom utdifferentiernas både hos oss som personer och i litteraturen finare och känsligare sensibiliteter, som kärlek, skam och ärlighet, sedlighet och familjesinne. Civilisationsprocessen må vara dunkel och de kulturhistoriska reflektionerna mångtydiga, klart är dock att litteraturens gränser för vad som är acceptabelt motsvaras av gränser hos samhället.

Från en arktisk polarexpedition berättar den danske äventyraren och upptäcktsresanden Peter Freuchen hur avföringsbehovet ledde till en bokstavligen livräddande idé. Peter låg fastklämd i en håla av betonghård snö. Alla hans verktyg låg i släden utanför hålan. Han hade resultatlöst försökt befria sig ur sitt farliga läge med hjälp av ett stycke päls på vilket han spottade en till is frusen egg för att skrapa sig fri. Vi inser hans belägenhet när han ”... Højre hånd kunne jeg få ind under pelsen, og når den først var inde på kroppen, var vejen ned i bukserne ikke lang. Jeg lod min endtarm fungere og benyttede min hånd som lokum ... Jeg havde jo en substans ... herav lod sig forme en mejsel”. Efter många svårigheter kom Peter ut ur snöhålan, dock kostade händelsen honom en förfrysning av framfoten.

Ett modernt litterärt exempel på en gränsöverskridande erfarenhet via skatologi får vi av den franske tänkaren, filosofen och litteraturvetaren Georges Bataille. Bataille hyste en djup och produktiv vänskap med Lacan, en av vår tids största och tongivande psykoanalytiker. Det finns knappast någon idé eller tankemönster som Lacans inte övertagit från Bataille. Lacan hävdar att kärleken är en neuros och tvångstanke, som inte har något med generositeten att göra. Denna tankegång kan förbindas med Batailles upplevelse av sin barndom med en syfilissjuk, blind och förlamad far, som med förtjusning tömde sin tarm var och hur som helst. Den har också samband med Batailles mest kända prosastycke Ögats historia 1928 under pseudonymen *Lord Auch*. Ögats historia handlar främst om kvinnans anus och *Lord Auch* är tömningens gud.

Det obscena kan kopplas till dödslängtan och infatta ett gränsöverskridande till en inre erfarenhet av religiös natur. Om denna förening av obscen och religiöst ger upphov till förvirring, till ett uppsluppet och skandalöst skratt, då är det Bataille och Rablais som skrattar tillsammans med oss.

Michaël Ossenkamp



# Rejs til World Wonca conference 2010 i Mexico

## The Scandinavian Delegation of Family Physicians

Kære Kollega!

Det er lige nu, at du skal beslutte dig til at rejse til World Wonca Conference i Cancun, Mexico! 19 – 23 Maj. Det er ikke for tidligt. Tværtimod.

Vi har allerede på dette tidspunkt en betragtelig delegation bestående af familielæger med deres familier fra Danmark og Norge, og endda også fra Sverige. Hermed får du en indbydelse!

Du kan finde information om fællesrejsen på denne adresse: [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk) - Her kan du også anmelde dig. Kongressen kan du læse alt om på: [www.woncacancun2010.com](http://www.woncacancun2010.com)

På [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk) vil du tilmed kunne finde 2010's andre familielæge-kongresser. De finder sted i Cape Town, Denver, Malaga og Australien. Også her er du velkommen.

Rejs med dine skandinaviske kolleger og vor fælles delegation. Vi rejser fra Skandinavien den 18. Maj. Efter kongressen besøger vi nogle af Maya kulturrens byer. Vi er tilbage igen den 29. maj!

Skriv eller ring gerne til Læge Allan Pelch.  
E-mail: [apelch@dadlnet.dk](mailto:apelch@dadlnet.dk) / 0045 5765 1210 og  
fax: 0045 5765 1215.  
Velkommen!

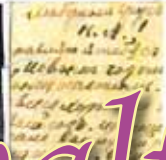


**Wonca**

World family doctors. Caring for people.  
EUROPE

**Cancun, Mexico 19 – 23 maj**

# Annons



Illustrationer: Katarina Lilliequist

# Kultur-spalten

## Apropå humlans hemliga liv

En av hemligheterna bakom humlans osannolika flygförmåga är att humlans korta vingar rör sig i mer än ett plan. För att flyga krävs dessutom att temperaturen i humlans bröstparti är över 30 grader. En nerkyld humla måste värma upp sig genom att aktivera de stora vingmuskulerna. Vingarna vibrerar då lätt, och man kan höra ett brummande ljud från en stillasittande humla. När den är uppvärmd lättar den och flyger.



Musik, till och med brummande, kan lyfta. Ibland blir det extra tydligt, som nu i Katarina kyrka en decemberdag.

Hon blev 36 år. Hennes 4-åriga dotter rör sig framför den vita kistan. Älskande människor med varma famnar finns nära, men... Hon sätter sig resolut ner med ryggen mot kyrkbänkens gavel och stampar hårt i golvet: "Vill inte" och en gång till, högre: "Vill inte!" Tårarna sprutar.

Från orgelläktaren väller de dystert hotfulla tonerna av Sibelius *Finlandia* fram. Den skrevs 1899, då Finlands självständighet hotades, vilket väckte trotsig ilska och kämpaglöd. På teaterscener skildrades moder Finland i snödrivan med sina frysande barn, hotade av frosten, hungern och döden.

Forte stegras till fortissimo i takt med ångestnivån.

Musiken bär fram och uttrycker förtvivlan, ilska och sorg. Smärtan dånar från orgeln. "Mer kan du, orgel", tänker jag, "spela starkare och häftigare, så kyrkvalven bågner och brister!". Det skal av stelnade känslor, som vägen till vuxenlivet har bepantrat mig med, krackelerar. Barnets nakna känslor inför det fullständigt obegripliga och oacceptabla väcks inom mig.

"Musiken börjar tala där språkets möjlighet slutar. Därför skriver jag musik" sa Sibelius. "Varje not måste levas."

Efter det mörka fortet förändras musikens karaktär och blir lättare, uppstudsig och nästan lekfull. Flickan reser sig och rör på sig, till en början tveksamt, sedan allt frimodigare tills hon skrattande dansar piruetter på det hårda kalla stengolvet.

En hoppets och överlevandets dans. Hon dansar tills någon viskar hennes namn. Då kryper hon upp i ett varmt knä, blir omfamnad och pustar ut, ackompanjerad av den stillsamma, enkla Finlandiahymnen, som fått heta "Be still my soul". Om den har Sibelius sagt, att den är skapad av "idell inspiration." Det känns.

Musik kan lyfta. Jag vet. Humlan har ju lärt mig, att när de korta vingarna rör sig i mer än ett plan lyfter den. I musiken rör jag mig i ett annat plan.

Jag fylls av en känsla av närvaro. Konstigt. Varifrån kommer den – och varför just nu, när alla i kyrkan är uppfyllda av en kär människas frånvaro? Det ofattbara har inte blivit mera fattbart, och ändå... Dan Anderssons beskrivning av änglasången i "Gillet på vinden" kommer för mig: "

... och fast jag inte begrep ett ord jag brast i hejdlös gråt  
det var utanför alla hjärtan och en stjärnbana framför allt vett  
det var vad intet öra hört och intet öga sett."

I mig föds en sång, eller kanske är det en psalm:

*Likt ett källsprång ut ur klippan bryter sången  
i ett jublande crescendo ifrån djupen.*

*Källan föder mod till friheten för fången –  
och med barnlig lekfullhet besegras stupen.  
Den sångens grund är tillit, och modet har sin hamn  
där någon finns, som kallar oss vid namn.*

*Likt en öppen skål i regnet vill jag vara,  
sakta fyllas av mitt ursprungs rena vatten.  
Himlen landar i mig – är jag stilla bara  
kan jag lysas upp av stjärnorna om natten.  
Om dagen skapar solen, som strålar genom dis,  
i vattnets bild en strimma paradiset.*

*Grenens vinterknutna knoppar vill oss lära  
genom fruset mörker ana liv och ljusning.  
Vårens ljumma vindar är alldeles nära  
för att väcka varsamt i en stilla susning  
en lust att spränga gränser och mod att släppa loss  
den ursprungskraft, som lever inom oss.*

Jag vill lämna stafettpipen vidare till Inge Carlsson, min vän och kollega sedan många år. Han är liksom humlan varmhjärtad och kan få mig och andra, som är tunga i gumpen, att lyfta. Om han sitter stilla och brummar skapar han haikudikt. Häpp!

Ingjerd Hansson,  
distriktsläkare, Eslöv.

## 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@sfam.a.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 Henriksson  
lars\_henriksson@hotmail.com

Jana Risk  
jana.risk@jll.se

#### Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg,  
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson,  
Gunnar Carlgren och  
Sara Holmberg.

#### Kansli

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

#### Examenskansliet

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

#### Tidningen AllmänMedicin

chefredaktör@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@ltkalmar.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

#### 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@dli.se

##### Balintgrupper

Conny Svensson  
conny.svensson@sll.se

##### Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04  
thomas.fritz@sll.se

##### Gastroprima – för mag-tarmintres-

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

##### Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh  
meta.wiborgh@telia.com

## 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 Svensson  
anna-karin.svensson@sfam.a.se

#### 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@dli.se

#### STOCKHOLM

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

#### SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg  
per.sundberg@sjostaden.nu

#### GOTLAND

Torsten Green-Petersen  
torsten.green\_petersen@hsf.gotland.se

#### LINKÖPING

Gunnar Carlgren  
gunnar.carlgren@comhem.se

#### VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson  
ragnaro@ltkalmar.se

#### SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson  
maria.yngvesson@ltkalmar.se

#### JÖNKÖPING

Josette Troon  
josette.troon@lj.se

#### KRONOBERG

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

#### BLEKINGE

Karin Ranstad  
karin.ranstad@lblekinge.se

#### SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren  
hans.lundgren@skane.se

#### MELLANSKÅNE

Inge Carlsson  
inge.karin@telia.com

#### 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  
Marie-Louise Remnéus  
mlremneus@hotmail.com

#### HALLAND

Pierre Carlsson  
Pierre.carlsson@lthalland.se

#### STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund  
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

**2010**
**Mars**
**Värmöte i Jokkmokk**

24-26 mars.

SFAM Norbotten arrangerar

**Barnpsykiatriska utbildningsdagar**

Tema: Utvecklingsstörningar

25-26 mars, Stockholm

**April**
**Läkarens roll när den äldre patienten inte förstår**

14 april, Läkaresällskapet

**Läkardagarna i Örebro:**

Multisjuklighet och multifarmaci hos äldre

20-21 april.

**ST-dagar i Göteborg 2010**

21-23 apr.

**Maj**
**2010 års Strama-dag**

26 maj, Arlandia Hotell

**September**
**EACH International Conference on Communication in Healthcare 2010**

7-10 sept. Verona, Italien

**Oktober**
**Höstmöte i Åre**

13-15 okt.

SFAM Jämtland arrangerar



**Kursdiktorns** 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.kursdiktorn.nu](http://www.kursdiktorn.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: 450 kr/år.

**ISSN** 0281-3513

**Ansvarig utgivare**

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm

ingvar.krakau@klinvet.ki.se

**Redaktion**

Staffan Olsson, redaktör

Brahehälsan, Löberöd

 0413-54 58 50, [staffan.olsson@ptj.se](mailto:staffan.olsson@ptj.se)

Stig Andersson, adjungerad redaktör

 Säffle, [gits.joel@tele2.se](mailto:gits.joel@tele2.se)

Tina Nyström Rönnäs, adjungerad redak-

tör, distriktsläkare, Sthlm

[tina.ronnas@home.se](mailto:tina.ronnas@home.se)

Björn Nilsson, adjungerad redaktör

070-210 20 16

[bjorn.nilsson@sfam.a.se](mailto:bjorn.nilsson@sfam.a.se)

Johanna Johansson, redaktionssekrete-

rare, SFAMs kansli

[chefredaktor@sfam.a.se](mailto:chefredaktor@sfam.a.se)

Katarina Liliequist, illustratör

Herrestads vårdcentral, Uddevalla

[katli@telia.com](mailto:katli@telia.com)
**Rekrytering av chefredaktör pågår.**

Bidrag skickas till:

[chefredaktor@sfam.a.se](mailto:chefredaktor@sfam.a.se)
**Layout**

Mediahuset i Göteborg AB

Peo Göthesson

Box 29, 457 29 Fjällbacka

0525-323 50, fax 0525-329 29

[peo@mediahuset.se](mailto:peo@mediahuset.se)
**Annonser**

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Peter Brorson

415 02 Göteborg

031-707 19 30

[peter@mediahuset.se](mailto:peter@mediahuset.se)
**Tryck**

Åkessonstryckeri AB

[www.akessonstryck.se](http://www.akessonstryck.se)
**Hemsida: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)**

Webbredaktör: Karin Lindhagen

[karin.lindhagen@sfam.a.se](mailto: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	3/8	17/9
5	14/9	3/11
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

**NÄSTA** - nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin  
 Maria Lütkehan & Anna Nilsson  
[marialutkeman@hotmail.com](mailto:marialutkeman@hotmail.com)  
 Anna.AN.Nilsson@skane.se

**Riskbruk**

 Charlotte Hedberg, 070-752 88 57  
[charlotte.hedberg@klinvet.ki.se](mailto:charlotte.hedberg@klinvet.ki.se)
**Studierektorskollegiet**

Stefan Persson

[Stefan.persson@ltblekinge.se](mailto:Stefan.persson@ltblekinge.se)
**Internationella kontaktpersoner**
**EGPRN**

Anders Håkansson

[Anders.Hakansson@smi.mas.lu.se](mailto:Anders.Hakansson@smi.mas.lu.se)
**Euract**

Monica Lindh

[monica.lindh@lg.se](mailto:monica.lindh@lg.se)
**Equip**

Per Stenström &amp; Birgitta Danielsson

**Nordic Federation of General Practice/ApS**

Monica Löfvander

[monica.lofvander@sll.se](mailto:monica.lofvander@sll.se)

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

**SFAMs kansli**

Heléne Swärd

[helene.sward@sfam.a.se](mailto:helene.sward@sfam.a.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](http://www.sfam.se)
**FYRBODAL\***

Katarina Liliequist

[katarina.liliequist@vgregion.se](mailto:katarina.liliequist@vgregion.se)
**NORRA ÄLVSBERG\***

Ingen kontaktperson

**SÖDRA ÄLVSBERG**

Christina Vestlund

[christina.e.vestlund@vgregion.se](mailto:christina.e.vestlund@vgregion.se)
**SKARABORG\***

Ingen kontaktperson

\* vilande

# *Signerade reproduktioner av omslagsbilderna från Läkarmatrikeln*

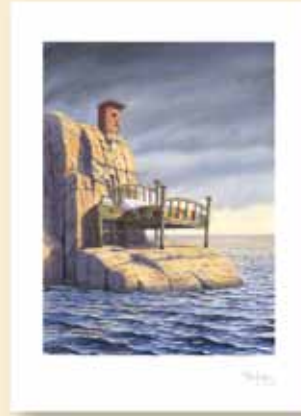
*Vårdval • 2009*



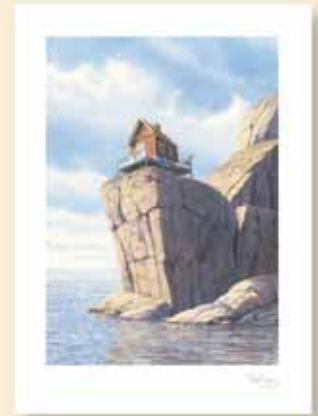
*Sjuktransport • 2008*



*Sängläge • 2007*



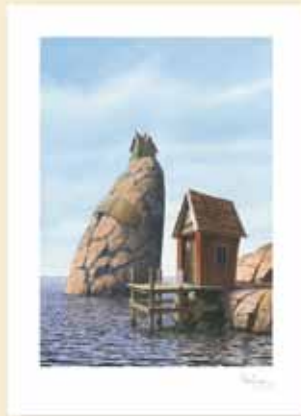
*Sjukstuga • 2006*



*Stenbrott • 2005*



*Sjösjukan • 2004*



*Ö-Lasarett • 2003*



Gör er beställning på [www.mediahuset.se](http://www.mediahuset.se), via e-post: [order@mediahuset.se](mailto: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 [www.mediahuset.se](http://www.mediahuset.se), via e-post: [order@mediahuset.se](mailto: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.