

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 6 2009 ÅRGÅNG 30



**Växtkraft i Uppsala – Läs om årets höstmöte/sid 8**

Vård av multisjuka äldre/sid 4 • Vem är min uppdragsgivare?/sid 27



## Skriv i AllmänMedicin!

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



Omslagcollage: Katarina Lilliequist

AllmänMedicin 6 · 2009

### 3 Ledare

Bättre vård av multisjuka  
*Stig Andersson*

### 4 Vetenskap & Utveckling

Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram  
*Annika Eklund-Grönberg, Mikael Köhler, Anne Ekdahl, Arne Sjöberg, Sonja Modin.*

### 8 SFAMs höstmöte

Växtkraft  
*Tina Nyström Rönnås, Stig Andersson*

### 11 SFAMs höstmöte

Mingelkväll med jazz på Catalin  
*Stig Andersson*  
Darwins dilemma  
*Anders Lundqvist*

### 12 SFAMs höstmöte

Är hälsa ett mysterium?  
EBM möter Antonovsky  
*Tina Nyström Rönnås*

### 13 SFAMs höstmöte

Läkare och skrivande, varför och för vem?  
*Tina Nyström Rönnås*

### 15 Vetenskap & Utveckling

Hemblodtrycksmätning – ett användbart verktyg  
*Isak Lindstedt*

### 18 Fortbildning

Att verka på osäkerhetens fält  
Om WONCA-dagarna i Basel  
*Daniel Bäck*

### 20 Referat

"None of us is as smart as all of us"  
*Anna-Karin Svensson, Jana Risk*

### 22 Praktik

Glimtar från amerikansk familjemedicin  
*Stig Anderson*

### 24 Kulturspalten

Bland mina böcker  
*Erland Svenson*

### 27 Debatt

Av alla våra uppdragsgivare är patienten den viktigaste  
*Björn Olsson*

### 28 Referat

Trons väg och doktors  
*Erland Svenson*

### 29 Referat

Infektionssjukdom och bråd död för 100 år sedan  
*Hans-Olof Nylén*

### 30 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

### 32 Krönika

Specialist? Nej tack jag kör  
*Torsten Green-Petersen*

*Multisjuka äldre är en grupp människor med stort behov av en vård som ser till individens samlade situation under en längre, sammanhängande tid.*

Ett policyprogram har arbetats fram av Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF) och Svensk Internmedicinsk förening (SIM).  
Sidan 4



SFAMs höstmöte i Uppsala – Tema Växtkraft. Sidan 8-13



*Hemblodtrycksmätning (HBT) är en lättillgänglig och relativt billig metod för utvärdering av diagnos, uppföljning och läkemedelseffekter vid hypertoni.*

Sidan 15

# Annons

# Bättre vård av multisjuka



Som yrkesgrupper har varken allmänläkare eller internmedicinare mycket att skryta över när det gäller detta vårdområde.

I detta nummer av AllmänMedicin publiceras ett dokument med fak-taunderlag och strategi för vård av multisjuka äldre. Detta policyprogram är resultatet av ett samarbete mellan företrädare för de mest berörda läkar-föreningarna, SFAM, Svensk internme-dicinsk förening och Svensk geriatrisk förening. Dokumentet har förankrats hos andra yrkesföreningar med anknytning till multisjuka äldre, bland andra distriktssköterskornas och de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas. Dessutom har landets pensionärsförbund läst do-kumentet och uttryckt starkt stöd.

Policydokumentet är en välkommen start på samverkan i det svåra och etiskt laddade arbetet med våra äldre multi-sjuka patienter. Som yrkesgrupper har varken allmänläkare eller internmedicinare mycket att skryta över när det gäller detta vårdområde. Våra kollegor inom geriatriken klarar troligen en granskning bättre.

Bristerna är välkända och behöver inte upprepas här. En bra markör på vårdens kvalitet är att fråga efter en patients medicinering. I ett stort antal undersökta fall kan faktiskt inte någon person lämna ett säkert svar. Apodos eller motsvarande kan vara till hjälp för information men borgar inte för god kvalitet, vare sig för läkemedelsbehandling eller för övrig vård.

**Goda lokala exempel på vård** av multisjuka finns och har funnits. Det har visat sig att de ofta är mycket sårbara. En

omorganisation eller det att en nyckel-person flyttar till annan ort eller till andra uppgifter stjälper lätt organisationen.

Huvudpunkten är ett "situationsbaserat arbetssätt". Det betyder inte att diagnostik ska försummas, men när det gäller multisjuka äldre utgör diagnoser och etablerade vårdprogram ofta inte en lämplig grund för behandling och vård. I stället bör, enligt policydokumentet, vården utgå från de sjukas aktuella situation. När en gammal och multisjuk person får många besvär samtidigt måste vården våga ta ett helhetsgrepp och väva samman olika behandlingsformer på ett så optimalt sätt som möjligt för just den individen. Det kräver ofta avsteg från olika vårdprogram som är utformade för specifika sjukdomstillstånd. Den sjuke som person i sin sociala miljö bör vara utgångspunkten för ställningstagandena. De olika medicinska åtgärderna är redskap. Jag finner detta vara ett humanistiskt synsätt och det bör tilltala en viktig grupp allmänläkare som argumenterar för en humanistisk allmänmedicin. Mycket kan läras av den palliativa vårdens principer.

**Grunden för ett sådant arbetssätt** är samarbetsförmåga, förbättrad medicinsk generalistkunskap och geriatrisk kompetens. Det är egenskaper som allmänläkare i allmänhet sympatiserar med, men de bör gälla också inom sjukhusens väggar. Det ställer krav på grundutbildningen men framför allt på handledning och utbildning under AT och i allmänmedicinens och internmedicinens ST. Även

inom sjukhusvårdens övriga specialiteter bör ökat mått av generalistkunskap stimuleras och tillgång på geriatriska konsulter säkras.

Betydelsefulla moment för den multisjuka gruppen är inskrivning och utskrivning till och från sjukhus. Vid båda tillfällena måste information och vårdplanering ha största vikt och rutin för uppföljning säkras.

För patienterna är det viktigt dels att hemmiljön känns trygg, dels att den ansvariga läkaren har tillgång till snabba konsulter utan att patienterna behöver åka eller transporteras hit och dit. För allmänläkarna är det viktigt att vårdvals-systemen utformas så att arbete med de äldre multisjuka verkligen premieras och att primärvården får en tillräcklig volym. För allmänläkarna är det ett ansvar att organisera det egna arbetet och samarbete så att policydokumentets syften kan nås. Anders Hanssons artikelserie i AllmänMedicin nr 2-4 2009 rekommenderas för begrundan.

SFAM har varit med och tagit ett viktigt initiativ. Allmänläkarkåren som helhet måste vara med om nyorienteringen ska lyckas.

Stig Andersson

# Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF),  
Svensk Internmedicinsk förening (SIM) 080925

Multisjuka äldre är en grupp människor med stort behov av en vård som ser till individens samlade situation under en längre, sammanhängande tid. En vård som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. En vård som skulle göra livet lättare och värdigare för många sjuka och deras anhöriga och som skulle innebära en avlastning för akutsjukvården. En vård som redan nu är möjlig att ge men som kräver god geriatrisk kompetens, anpassade ersättningssystem, förbättrad informationsöverföring och en anpassad fortbildning (1).

**Definition:** Med multisjuka äldre menas här äldre personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård(2).

För vetenskapliga och statistiska ändamål används följande specificering: Personer som är 75 år och äldre, har tre eller flera diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10 samt har varit inlagda på sjukhus tre eller flera gånger under det senaste året(3).

## Basbehov:

Först och främst behöver varje multisjuk äldre person ett boende och en daglig omsorg som minskar risken för försämrat hälsotillstånd och möjliggör ett värdigt liv. Viktigast är trygghet i vardagen, möjlighet till social samvaro, vällagad och välserverad mat, en god personlig hygien samt och möjlighet till utevistelse. Till detta kommer sjukvårdsbehoven.

## Målsättning:

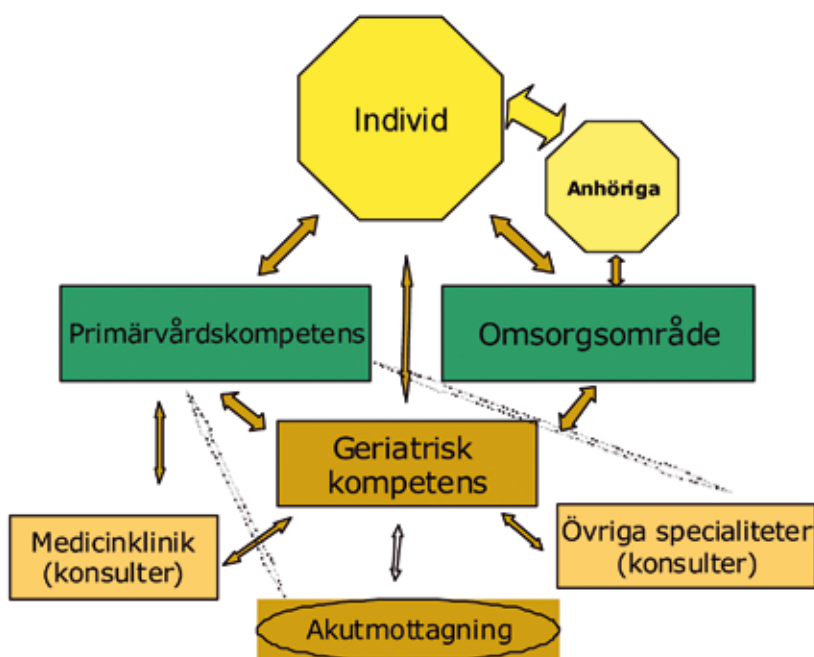
- Varje multisjuk äldre person ska ha en namngiven huvudansvarig vårdgivare såväl inom kommunens hemtjänst som inom primärvården (hemtjänstansvarig, läkare, sjuksköterska).
- Den multisjuka äldre med större vårdbehov ska också ha en inom slutenvården huvudansvarig namngiven vårdgivare med geriatrisk kompetens.

- Kring varje multisjuk äldre person ska finnas ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team.
- Ansvarig allmänläkare eller geriatiker/annan lämplig specialist med geriatrisk kompetens ska efter överenskommelse med primärvården ha tillgång till snabb särskild konsultkontakt inom övriga medicinska specialiteter. Detta inte minst för att minska behovet för den äldre multisjuka att ta sig till sjukhusens öppenvårdsmottagningar.
- Vid behov av slutenvård ska den multisjuka äldre ha en ”gräddfil”, dvs inläggning ska kunna ske på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvård och geriatrisk avdelning, ej via akutmottagning.
- Varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

## För att detta ska kunna uppnås krävs:

- En anpassning av ersättningssystemen så att ett situationsorienterat arbetssätt uppmuntras och möjliggörs.
- Införande av system som ger möjlighet till säker och snabb informationsöverföring.
- Resurser för deltagande i en efter behov, och till målgrupp, anpassad fortbildning.

## Struktur för att möta den multisjuka äldres behov av hälso- och sjukvård samt omsorg



- Varje identifierad multisjuk äldre har namniva vårdgivare inom PV och kommun (dr., ssk, hemtj.).
- Många av dessa multisjuka har (genom PV) namngiven vårdgivare på geriatriken (dr., ssk, avd.).
- För just dessa patienter fungerar övriga specialiteter i huvudsak som konsulter.
- Flöden till och från sjukhus skall till stor del gå direkt mellan PV och geriatrik – ej via akutmottagningen eller andra kliniker.

### Bakgrund:

En stor del av svensk sjukvård har under lång tid utvecklat ett sjukdomsorienterat<sup>1</sup> arbetssätt. Det passar en vård där många patienter snabbt behöver hjälp vid enstaka besök, men passar inte de multisjuka äldres behov. Där krävs i stället ett situationsorienterat<sup>2</sup> arbetssätt (1, 4, 5). Ett tydligt exempel på detta är den förändring som inträder när målsättningen för vården ändras från strävan att återställa full hälsa till att åstadkomma ett så stort välbefinnande som möjligt och slutligen till att möjliggöra ett bra slut på livet. När övergången mellan de olika behoven kommer att inträffa för en viss person är svårt att förutsäga då det påverkas av många faktorer.

Multisjuklighet innebär att det ibland kan vara svårt att avgöra vilken sjukdom som ger upphov till en persons upplevda besvär. De olika sjukdomarna påverkar också varandra och en optimal behandling för varje enskild diagnos kan sammantagna innebära en medicinsk risk. Den multisjuka äldres biologiska ålder försämrar kroppsfunktionerna, exempelvis i njure och lever, vilket kan försvåra behandling. Till detta kommer ibland

en förändrad mental funktion som kan göra det svårt för en person att berätta om sina besvär, värdera sin egen hälsa och att genomgå utredningar och behandlingar.

Hemsituationen är av stor betydelse vid situationsorienterad vård. Vilka förutsättningar finns för vård i hemmet? Vilka individuella farhågor, förväntningar och rädslor finns (6)? Hur är de anhörigas inställning?

Allt detta gör att den multisjuka äldre har ett extra stort behov av en individanpassad, trygg, bred, samordnad och kontinuerlig vård. En vård där helhetssyn och generalistperspektiv är extra viktiga och som minimerar behovet av återkommande oplanerade vårdtillfällen i slutenvården. Detta kräver en flexibel organisation, som regel med multidisciplinära och multiprofessionella team/arbetsformer, och med lösningar som fungerar över vårdgivar- och huvudmannagränser. Som multisjuk äldre måste man få känna sig utvald till en viss vård, och den multisjuka äldre och dennes anhöriga måste få veta vad denna vård kan ge. Inte minst i livets slutskede.

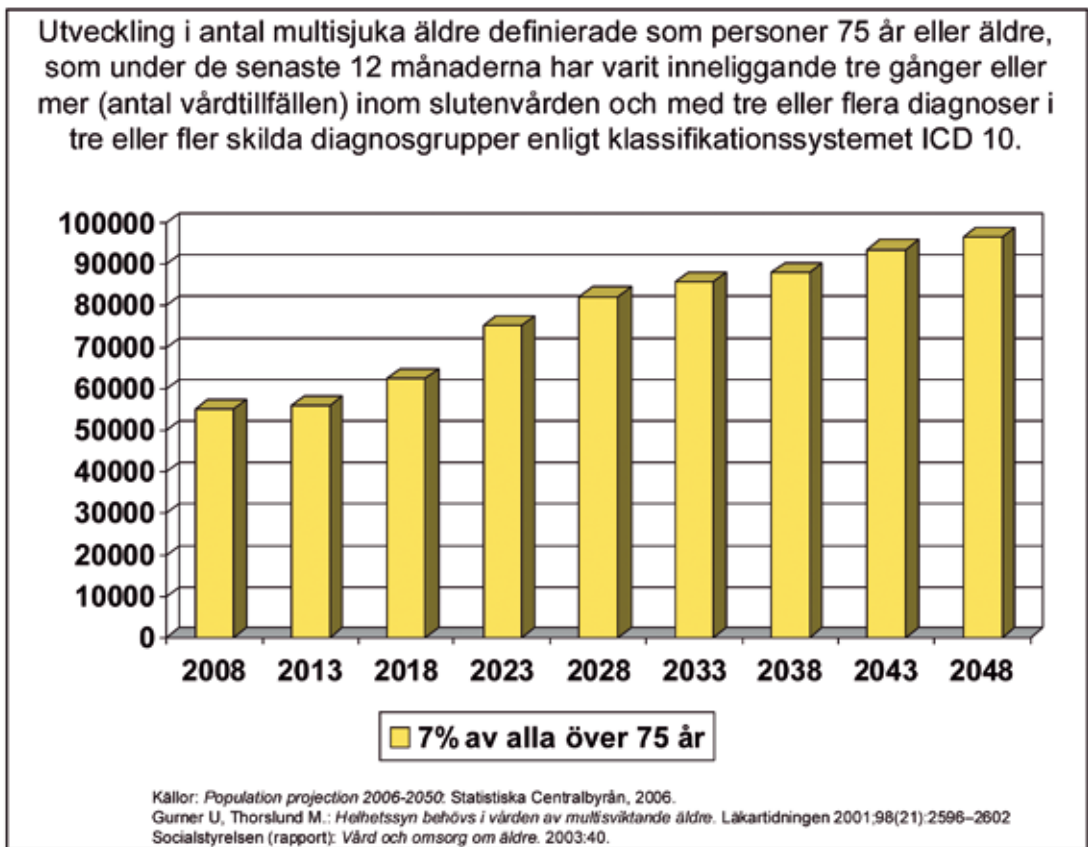
<sup>1</sup> Sjukdomsorienterat – en vårdepisod/ett vårdbehov bedöms utifrån diagnos eller organsymtom.

<sup>2</sup> Situationsorienterat – en vårdepisod/ett vårdbehov bedöms utifrån en helhetssyn på personens samlade livssituation (fysiskt, psykiskt, socialt och funktionellt), dennes alla olika symtom och besvär, hemförhållanden samt tillgängliga resurser.

**Prognos:**

Epidemiologiskt Centrum har i en patientregisterstudie 2001 använt ovanstående definition. Gruppen multisjuka äldre innefattade då 7% av alla över 75 år och har legat ganska stabilt de senaste 10 åren (7). Oberoende av vilken definition man väljer är patientgruppen starkt ökande såväl i Sverige som i hela västvärlden.

Sju procent av alla individer i Sverige över 75 år innebär prognostiskt:



Dokumentet färdigställt våren -08 och förankrat i föreningarna under hösten -08 och våren -09

**Annika Eklund-Grönberg, SFAM**  
**Mikael Köhler, SIM**  
**Anne Ekdahl, SGF**  
**Arne Sjöberg, SGF**  
**Sonja Modin,**  
 Råd för hemsjukvård i SFAM,  
*sonja.modin@sll.se*

**Referenser**

1. Westlund P, Sjöberg A. Planera för mirakel- arbeta salutogent, stärk Kasam Stockholm Fortbildningsförlaget; 2008.
2. Benzein L. Personligt meddelande 2007-08-16: Landstinget i Kalmar Län; 2007.
3. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
4. Juul Jensen U. Sygdomsbegreper i praxis. Köpenhamn Munksgaard; 1986.
5. Westlund P, Sjöberg A. Antonovsky inte Maslow, för en salutogen omsorg och vård. Stockholm Fortbildningsförlaget; 2005.
6. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock. Konsultationen – kommunikation mellan läkare och patient. Lund Studentlitteratur; 1994.
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. 2003-131-1 ed; 2003. p. 40.

Annons



# Växtkraft

## SFAM's Höstmöte 2009

**Höstmötet i Uppsala** hölls i det gamla, anrika och mycket vackra Universitetshuset. Karin Lindhagen hälsade oss välkomna i den fantastiska aulan och berättade om temat för mötet: Växtkraft. Och visst, den allmänmedicinska professionens växtkraft, både yttre och inre, kunde riktigt kännas under de föreläsningar och seminarier presenterades under mötet. Programbladet illustrerades följdriktigt av fotografier på ST-läkare i Allmänmedicin i Uppsala län, den kommande generationen.

med vilken vördnad, respekt och också litet rädsla man tog emot läkarens föreskrifter. Vördnad var nog likaså det vi kände i auditoriet inför Elsie Johansson när hon delgav oss personliga händelser som inträffat tidigare i hennes liv och just natten mot den femte november (som var dagens datum). Att med ordens hjälp försöka förstå och bearbeta livet har varit hennes motiv till författande och säkert har många läsare därmed fått hjälp till detsamma.

Karin Lindhagen



Elsie Johansson



### Våga växa, våga vara

Författaren och Uppsalabon Elsie Johansson talade om att våga växa, våga vara. Om att hon mot alla odds, trots jantelag och en hård uppväxt i arbetarklassen, vågat vara sig själv, vågat söka, vågat vidareutvecklas. Hela tiden i kamp mot skam och underlägsenhetskänslor. Elsie Johansson beskrev sig själv som den borne autodidakten som med grundlig eftertanke, sakta, litet i taget, arbetat och sökt sig fram i livet. Och fortsätter att förändras för varje dag; ”den dagen man slutar med det, är man död”. Hon framhöll också vikten av tillit som förutsättning för växande, tillit, att våga vara sig själv. Vid 48 års ålder debuterade Elsie Johansson med en diktsamling: Brorsan hade en vevgrammofon. Vi fick höra henne läsa några dikter och ett utdrag ur romanen Glasfågarna. Där skildrade hon hur en läkares ankomst i ett fattigt hem på 30-talet kunde uppfattas,

### Workshop om ST-uppsatser

Malin André och Christer Peterson ledde en diskussion om hur de i det nya ST-programmet obligatoriska vetenskapliga uppsatserna ska genomföras. De flesta landsting och specialitetsföreningar har ännu inte tagit itu med uppgiften, som minsann inte är liten. Ett par undantag är Kronoberg och Stockholm. Christer Peterson och Jan-Eric Olsson presenterade de program som FoU-enheten i Växjö respektive CeFAM i Stockholm utformat. Under diskussionen ventilerades problem som måste lösas ute i landsting och regioner. De gäller tillgång till och ersättning till handledare, kriterier för granskning och godkännande av uppsatserna, bristande motivation hos ST-läkarna att själva att forska och skriva, språksvårigheter, med mera. Ett stort arbete förestår. AllmänMedicin återkommer med en artikel om ST-uppsatser.

## Examensuppsatser

Årets examensuppsatser presenterades i parallella sessioner under torsdagsförmiddagen. Ett par av dessa arbeten kommer att presenteras i kommande nummer av *AllmänMedicin* – Magdalena Fresks och Helena Ganslandts gemensamma arbete *Vårdbehov hos papperslösa* och Elisabeth Jäderstens *Att tänka det och vilja det – men att göra det? Hur känner och tänker allmänläkare inför att anmäla ett barn som far illa?*

Åsa Thurfjäll hade i sitt projekt studerat handläggningen av symtomet trötthet på Mörby vårdcentral och Terese Ring Pettersson huruvida deltagande i smärtekurs minskade långtidssjukskrivning. Båda hade gjort ambitiösa arbeten och nått intressanta resultat.

## Multisjuka äldre

Seminarier ”Bästa möjliga vård för multisjuka äldre” leddes av Sonja Modin, doktorand och ordförande i SFAMs råd för hemsjukvård. Hon presenterade policydokumentet ”Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre” (se särskild artikel). En engagerad diskussion tog sedan vid där läkare med erfarenhet av arbete i särskild organisation för sådan vård deltog, bland annat från Uppsala och Gävleborgs län. Det viktigaste för att få ett ”situationsorienterat” arbetssätt att fungera är kontinuitet, tydlig ansvarsfördelning, rutiner för samverkan över gränser mellan professionella och mellan specialiteter. Det behövs också tid till förfogande och prioritering av de resurser som krävs. Ersättningsystemet bör vara utformat så att vård av de multisjuka premieras. Man bör komma ihåg att det nu rådande arbetssättet, då de multisjuka patienterna skickas omkring mellan olika specialiteter och dessemellan uppsöker akutmottagningar, är kostsamt och ineffektivt.

Det som är mest känsligt för förändringar och andra påfrestningar är samverkan. Det finns i landet många exempel på att fungerande samverkan slagits itu genom organisationsändringar eller för att någon nyckelperson flyttat. Initiativet till verksamhet av det här slaget måste komma lokalt ifrån. Beordrad samverkan fungerar inte.

EBM möter Antonovskij var ett annat tema – se särskild artikel.

## Film och parallella seminarier

Fredagsförmiddagen inleddes med en härlig dos kultur i form av fem kortfilmer på temat växtkraft, utvalda från Uppsala Internationella Kortfilmsfestival som hölls för några veckor sedan, och fortsatte sedan med parallella seminarier fram till lunch. Här fanns en rad intressanta programpunkter. Det handlade om glesbygdsmedicin, om hälsoekonomiska simuleringsmodeller, om hantering av nya läkemedel, om förebyggande av knäskador, om Diabetes typ 2 – är det dags för omprövning av behandlingsfokus?

Vidare diskuterades forskning – vad hände efter avhandlingen? samt primärvård åt papperslösa. Den som ville fick även prova på FQ-grupp eller delta på seminarium om screening av alkoholvanor – är det växtkraft eller ogräs för folkhälsoarbetet?

## Allmänläkares möte med den våldsutsatta kvinnan

Elisabeth Tönnesen, allmänläkare i Uppsala och verksam på NKC, Nationellt centrum för Kvinnofrid, betonade initialt att våld mot kvinnor är en global hälsofråga. NKC, som är en del av Uppsala Universitet, arbetar med information, utbildning forskning angående mäns våld mot kvinnor och, sedan nyligen, även angående våld i samkönade relationer. Till NKC hör Kvinnofridsmottagningen där Elisabeth Tönnesen är verksam på deltid. Där erbjuds behandling för kvinnor utsatta för fysisk eller psykisk misshandel. Dit hör även Kvinnofridslinjen, en telefonlinje där kvinnor dygnet runt kan få råd, stöd och hänvisning till rätt instanser. Anonymitet och sekretess garanteras, det finns möjlighet till texttelefon och tolkhjälp, det är gratis och bokförs inte på telefonräkningen. Förra året ringde 40 000 kvinnor, alltså cirka hundra per dag.

Vi fick ta del av siffror gällande polisanmälda våldsbrott mot kvinnor under 2007. 27 000 misshandelsfall anmäldes (man tror att 20-25% anmäler brott av detta slag, det finns alltså ett stort mörkertal). I två tredjedelar av dessa fall var gärningsmannen bekant med offret. 25 000 fall av grov kvinnofridskränkning anmäldes och 4 500 våldtäkter.

Vad kan sjukvården göra? Jo, upptäcka, dokumentera, uppmuntra polisanmälan, behandla, stödja och hänvisa till rätt instans. Vad är det som hindrar kvinnor att berätta om att hon de utsatta för våld? Det kan vara skam, det kan vara svårt att koppla ihop de besvär man har med våldet. Många kvinnor är osäkra på om sjukvården är rätt instans, de har kanske dåliga erfarenheter från tidigare tillfällen då de försökt berätta och de kan vara rädda att det ska bli en polisanmälan. Vad hindrar oss i sjukvården från att ställa frågor om våld? Förutom rädsla att genera kvinnan tillkommer faktorer som brist på tid, brist på kunskap och rutiner, känsla av vanmakt, att man eventuellt har en stereotyp bild av misshandlade kvinnor. Kanske har man själv erfarenhet av våld som gör att ens blinda fläckar blir större.

Ett sätt att komma tillrätta med detta kan vara att lägga in en rutinfråga om våld i anamnesen, exempelvis formulerat; ”Eftersom våld är så vanligt i samhället brukar vi rutinmässigt ställa dessa frågor. Är det någon som utsatt dig för psykiskt eller fysiskt våld? Lever du med någon som skadar dig fysiskt eller psykiskt?” Det finns både fördelar och nackdelar med denna metod och exempel på detta gavs.

Vi fick också veta att det finns ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp, utarbetat av NKC, publicerat 2008 och exemplar av denna bok utdelades.

## Årets Högtidsföreläsning, årets avhandling

SFAMs forskningsråd har utsett Nils Rodhes avhandling *Asymptomatic bacteriuria in the elderly*.

I sin högtidsföreläsning redogjorde Nils Rodhe på ett pedagogiskt och intresseväckande sätt för sin forskning. Slutsatserna var att asymtomatisk bakteriuri är vanligt utanför den institutionaliserade vården, att många har ABU tillfälligt, att resultaten stödjer tidigare kunskap om att man inte bör anti-

biotikabehandla tillståndet, att man bör undvika att ta onödiga urinprov och att man möjligen så småningom kan använda förfinad diagnostik (mäta cytokiner i urin).

### Dagens allmänmedicin

#### – spjutspets eller gammal skåpmat?

Cecilia Björkelund, professor i Allmänmedicin, Göteborg, höll den avslutande föreläsningen med ovanstående rubrik. Är närhet, tillgänglighet, kontinuitet gammal skåpmat eller något som står sig? Då vårdval införts relativt nyligen på en del platser i Sverige har man noterat att med ökad tillgänglighet följer en ökad medicinförskrivning och förbrukning av till exempel antibiotika. Det finns alltså risker med ökad tillgänglighet. Därför är det viktigt att tillgänglighet kopplas ihop med kontinuitet.

Cecilia Björkelund redogjorde för evidens som visar att kontinuitet är effektivt. Kontinuitet ger möjlighet till expektans och stegvis behandling, till att utnyttja konsultationens terapeutiska effekter och till att anpassa vården efter patientens individuella behov. Ökad kontinuitet ger ökad tillgänglighet.

Konsultationen är hjärtat i den allmänmedicinska verksamheten. Kunskap om konsultationen är en riktig spjutspets. Vi bör vårda konsultationen, forska mer kring den, lita på dess växtkraft. Exempelvis har man jämfört allmänläkares konsultation med ett diagnostiskt verktyg som SCORE och kommit fram till att konsultationen ger en lika god riskskattning. Liknande resultat finns vad gäller diagnostik av depressioner. Därför – närhet, tillgänglighet, kontinuitet, konsultationkonst är begrepp som står sig.

Viktiga frågor att tänka på nu i vårdvalstider är

- Hur vårdar vi våra spjutspetskompetenser?
- Hur hitta valida och reliabla kvalitetsindikatorer?

#### Nyligen presenterade avhandlingar i allmänmedicin

##### Dominique Hange:

"Psychosomatic aspects of women's health – results from the Prospective population study of women in Gothenburg".

##### Thorne Wallman:

"Disability with special reference to sick leave track record, health effects, health care utilisation and survival".

##### Ture Ålander:

"Functional gastrointestinal disorders. Co-morbidity and non-somatic aspects".

##### Nils Rodhe:

"Asymptomatic bacteruria in elderly".

##### Karin Lisspers:

"Organisation of asthma in primary care, quality of life and sex-related aspects in asthma outcomes".

##### Björn Stållberg:

"Asthma in primary care. Severity, treatment and level of control"



Nils Rodhe gratuleras av Cecilia Björkelund.

Cecilia Björkelund menar att vi måste vara en spjutspets för ökad forskning. Vi bör se till att våra ST-läkare blir vetenskapligt utbildade! Vårdval måste främja allmänmedicinsk forskning och utveckling! Mer ekonomiska medel måste föras över till allmänmedicinen!

Vi bör arbeta för att öka vår status såväl inåt som utåt, och vi behöver ta hand om varandra. Den gamla skåpmatens är vår spjutspets, fastslog Cecilia Björkelund slutligen.

Tina Nyström Rönnsås,  
Stig Andersson

#### Forskningsrådets motivering till utmärkelsen "årets avhandling"

Nils Rodhes avhandling om asymtomatisk bakteriuri hos äldre baseras på studier av över 400 äldre som bor hemma. Avhandlingen har en imponerande bredd, problemet har studerats direkt på plats i de äldres hemmiljö, på mottagningen och i laboratoriemiljö och presenterade resultat bygger på grundliga och omfattande analyser.

Avhandlingen ger ny kunskap om förekomsten av asymtomatisk bakteriuri hos äldre och vilka hälsfaktorer som är associerade till den. Den visar hur bakterieförekomsten varierar hos den enskilda personen över tid, vilken typ av bakterier det handlar om och hur resistensmönstret ser ut.

Avhandlingen ger stöd för att inte behandla bakteriuri när det inte finns andra symtom och att inte ta urinprov annat än vid symtom. Nils Rodhes forskning har också lett till att vi i framtiden kan få hjälp av ytterligare tester för att urskilja ABU från symtomgivande urinvägsinfektion. Viktiga kunskaper som kan hjälpa till att bromsa den ökade antibiotikaanvändningen, som lett till multiresistenta bakterier och infektioner vi inte längre kan bota. Avhandlingen är ett utmärkt exempel på gedigen allmänmedicinsk forskning om ett vardagligt problem. Resultaten får direkt betydelse för kvalitén i vården, för våra äldre patienters hälsa och i en vidare bemärkelse för folkhälsan nationellt och internationellt.

# Mingelkväll med jazz på Catalin



På musikpuben Catalin skapade allmänläkarnas ivriga samtal ett sorl som jazztonerna från estraden inte förmådde tränga igenom. När trumpetaren Bosse Broberg och saxofonisten Roland Kaijser intog scenen var det endast en liten grupp jazzvänner som på nära håll lyssnade. Broberg och Kaijser är musiker utöver det vanliga. Deras musik innehåller mörkt vatten från bluesens källåder och sättet att spela har de ärvt från bebopen, den musik unga, svarta musiker utvecklade på 40-talet som protest mot den gungande, lättsamma swing som blivit den vita publikens favorit. Brobergs spel är som kärnhökens spanande,

en av ryttlande eller dykningar då och då avbruten uppmärksam flykt. Den kontrasteras av Kaijsers rastlöst dansande sax, som ständigt söker efter det ännu ospelade.

Den här musiken är ingen ljudkuliss. Kanske hade en barpianist passerat bättre. Men då hade, å andra sidan, de som lyssnade gått miste om en stark musikupplevelse.

Stig Andersson

## Darwins dilemma

Det är fascinerande med föreläsare som behärskar konsten att hålla publikens intresse vid liv utan att behöva använda audiovisuella hjälpmedel av något slag. Nils Uddenberg, idéhistoriker, författare och tidigare verksam som psykiater i Lund tillhör den skaran. I egenskap av författare rör han sig ofta i gränslandet mellan biologi och humaniora.

I den stora vackra universitetsaulan berättade han om Charles Darwin som föddes för 200 år sedan och vars banbrytande verk *Om arternas uppkomst* publicerades för 150 år sedan. Charles Darwin kom från en känd läkarläkt i England, och blev tidigt intresserad av biologi.

”Pojkar som samlar skalbaggar, klarar sig ofta bra i livet (Darwins andra lag)”, skrockade Nils förnöjsamt och man anade att han som ung haft ett liknande intresse.

För Darwin blev det läkarstudier i Edinburgh, men de blodiga dissektionerna avskräckte. Istället fångades hans intresse av geologi och gärna då i kombination med biologi. Han blev i samma veva prästvigd. Man kan föreställa sig att de första tvivlen på skapelseberättelsen infann sig här. Bibelns tidschema höll helt enkelt inte. Evolutionsteorin låg i luften, men fanns definitivt inte på pränt ännu.

Han fick vid 22 års ålder ett erbjudande att följa med på en vetenskaplig expedition till det sydligaste Sydamerika. Den resan skulle ta närmare fem år och förvandla honom från en bortskämd överklassyngling till en seriös vetenskapsman, samtidigt som hans upptäckter så småningom skulle få en enorm betydelse för biologins framväxt och välla en hel del



Porträtt av Charles Darwin, målat av George Richmond.

uppståndelse i samhället. Förmodligen insåg han det senare redan under resan, vilket delvis förklarar hans motvilja till att publicera sina resultat. Han var rädd för den obehagliga debatt som skulle bli följd, samtidigt som teorin om det naturliga urvalet för honom som kristen, innebar ett personligt problem i det att ”han puttade Gud en aning åt sidan”, som Nils så träffande uttryckte det.

När en yngre kollega, Alfred Russell Wallace, tjugo år senare, efter en resa till Amazonas presenterade en del av Darwins idéer bättre än han själv gjort i sina anteckningar, blev det plötsligt en väldig fart på Darwins skrivande. Han arbetade hårt under drygt ett år och kunde så 1859 publicera sina banbrytande resultat och lansera en minst sagt uppseendeväckande teori.

Darwins samvetsbetänkligheter och personliga dilemma förorsakade magbesvär och han vistades en del på kurorter under denna tid.

Mendel med sin genetik var nog bekant med Darwins upptäckter, men det förefaller inte som att det motsatta förhållandet gällde. Intressant att vetenskapssamhället först på 1920-talet uppfattade beröringspunkterna mellan de bägge. I samband med den avslutande frågestunden berördes begreppen social darwinism och intelligent design något, men för mig var behållningen den levande framställningen av människan bakom upptäckten. Nils Uddenbergs berättelse om den store vetenskapsmannen var både berikande och underhållande.

Anders Lundqvist, Domsjö VC  
anders.lundqvist@lvn.se



# Är hälsan ett mysterium? EBM möter Antonovsky

Det var namnet på ett seminarium om levnadsvanefrågor, lett av Åsa Wetterqvist, allmänläkare och projektledare inom Risbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut.



**Mai-Lis Hellenius**, professor i Allmänmedicin, KI och överläkare vid Livsstils-mottagningen, Hjärtkliniken, KS, inledde med att berätta om en del av den evidensbaserade kunskap som finns när det gäller levnadsvanor. Om varför och att medelhavskosten (mycket grönsaker, frukt, omega-3-innehållande fetter, nöter, mandlar) är nyttig och livsförlängande, om motionens stora betydelse, liksom om genernas betydelse. Hon reflekterade över hur det kommer sig att vi inte litar på experters kostrekommendationer och påminde oss om att mat väcker känslor. Mat är förknippat med livsstil, tradition, vanor, tröst, högtid, samvaro, ensamhet, belöning, omsorg, glädje, kärlek, arbete, medicin – kort sagt något oerhört sammansatt, komplext och känsloladdat.

**Anna-Karin Svensson**, familjeläkare i Sandviken och studierektor, talade vidare om Empowerment, resursmobilisering. Mänskligt liv är ett kontinuum mellan friskt och sjukt, man kan fokusera på det

friska eller på det sjuka. Den som upplever sig ha kontroll över sitt liv är friskare och lever längre. Alla människor är under livet utsatta för stressorer av olika slag och alla har någon form och olika grader av motståndsrresurser. Hälsa är ett aktivt tillstånd, inte bara frånvaro av sjukdom eller risk för sjukdom.

Antonovskys KASAM-begrepp kan ungefär översättas till Tilltro; att man uppfattar tillvaron begriplig, hanterbar och meningsfull. Det sistnämnda, upplevelse av meningsfullhet, är det viktigaste.

Anna-Karin Svensson nämnde vidare Michael Marmots bok "Statussyndromet" där han visar att hälsa är starkt förknippat till ekonomi och klasstillhörighet. Den som är rikare är friskare, den som är mer utbildad är friskare, de som – inom ett givet system/samhälle – är fattigast, minst utbildade, har lägst status, är de sjukaste. Fattigdom är i sig en orsak till sjukdom men för de som inte lever i absolut fattigdom är det viktigaste hur fattigdomen påverkar upplevelsen av värde och av kontroll över den egna situationen.

Med kunskap om detta kan man reflektera över vilken roll sjukvården spelar. Man kan fokusera på det sjuka och på människors beroende, man kan fokusera på hälsa och resurser. Två känsliga områden i detta sammanhang är medicinsk riskvärdering och livsstilsmedicinering. Att tala om medicinsk risk medför också en risk för konsultationen. Vad har vi för handlingsutrymme i konsultationen och vilken förmåga till handling inom det utrymmet har vi?

Anna-Karin talade om några viktiga punkter:

- Börja där patienten är!
- Ge kunskap, ge verktyg.
- Se tillsammans med patienten till att bedömning och eventuella åtgärder blir meningsfulla i patientens kontext

Kom ihåg Malteruds nyckelfrågor:

- Vad vill du helst att jag hjälper dig med idag?
- Vad har du själv för tankar kring detta?
- Vad skulle du önska att jag kunde göra?
- Finns det något du själv kan göra/har gjort?
- Vilka är dina starka sidor?

Det man själv formulerar går in bättre än om någon säger åt en vad man skall göra. Om man vill arbeta med empowerment har man hjälp av den goda konsultationen, av att ha ett patientcentrerat fokus på problemet, att vara kunskapsbaserad och inriktad på samarbete, sammanhang, hanterbarhet och flexibilitet.

Efter dessa ord av Anna-Karin Svensson följde en intressant diskussion mellan föreläsarna, där även Lars Jerdén, distriktsläkare, medicine doktor, Borlänge, ingick, och publiken. Bland annat betonades kontinuitet i patientläkarrelationen som något viktigt, liksom den patientcentrerade konsultationen. Som Lars Jerdén sade avslutningsvis: Min uppgift är inte att få patienten att sluta röka utan att föra ett samtal med patienten om rökning så att patienten själv eventuellt kan fatta sitt beslut.

**Tina Nyström Rönnås**

# Läkare och skrivande, varför och för vem? Blir man en bättre läkare av att skriva?

Här samlades fyra skrivande kollegor, Erland Svenson, Fjällbacka, Torsten Green-Petersen, Slite, Ingjerd Hansson, Eslöv och Inge Carlsson, Eslöv, kring seminarieledaren Lena Svidén.



Från vänster: Inge Carlsson, Torsten Green-Petersen, Lena Svidén, Ingjerd Hansson, Erland Svenson

**Lena Svidén** inledde med en liten historisk exposé om författande läkare och talade också om att skrivande ingår som en del i undervisningen på vissa läkarutbildningsorter och i läkares fortbildning. SFAM Skåne anordnar med regelbundenhet skrivarseminarier med författaren Merete Mazzarella, de är välbesökta och populära. Hon uppmanar till det personliga skrivandet och betonar att skrivande skall vara lustfyllt och berikande och att man inte ska skriva för att bli en duktigare eller bättre läkare.

**Erland Svenson** berättade att skrivande är ganska nytt för honom och att han fått inspiration från deltagande på ASK-seminarier och skrivarseminarier med Merete Mazzarella och från kollegan Inge Carlsson. Erlands första text, som han läste för oss, skildrade, liksom Elsie Johanssons text ur Glasfågeln, den respekt och vördnad människor kan känna inför doktors närvaro och vi fick oss till livs en finstämd historia om ett minnesvärt hembesök.

**Torsten Green-Petersen** fortsatte med en suggestiv, virvlande, fint ljudillustrerad text om allmänmedicin nu och framöver, om smygande kameler, detektiver och sensuella flodhästbad. Vi fick i kör ljuda oss fram till det vi kanske egentligen bör kalla oss: G-E-N-E-R-A-L-I-S-T i Torstens andra text. Ta del av den i detta nummer!

**Ingjerd Hansson** berättade att hon skriver för att det är roligt, för att komma ihåg, för att reda ut rörlighet. Kanske för att vilja vara levande för sina nära när man inte längre finns, men mest för att vara mer levande i livet. Vi fick sedan ta del av en text som fint beskrev en episod ur Ingjerd's allmänläkarvardag, auditoriet lyssnade andäktigt och säkert kunde många känna igen sig och hålla med Ingjerd i den sista meningen i texten; "Jag är glad att jag är distriktsläkare".

**Inge Carlsson** fick publiken att aktivera sig. Med en kort journaltext som grund fick vi alla fem minuter på oss att skriva

Haikudikter. Tre rader långa dikter, fem stavelser i första raden, sju i andra, fem i tredje, gärna en knorr på tredje raden. Aktivitetsnivån var hög och flera i publiken läste sina Haikudikter högt. Det verkar finnas ett sug av att skriva! Inge läste också upp några av sina egna dikter, både roliga och tankvärda. Avslutningsvis läste Erland för oss en text om vådan med ett alltför empatiskt lyssnande, det lockade till skratt och eftertänksamhet.

Tankar kring fortsatta skrivarseminarier på SFAMs höstmöten väcktes, kanske kunde skrivarverkstäder vara ett stående inslag?

Tina Nyström Rönnäs

# *Signerade reproduktioner av omslagsbilderna från Läkarmatrikeln*

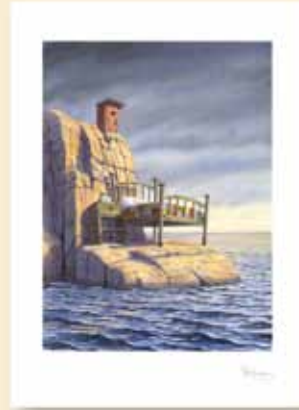
*Vårdval • 2009*



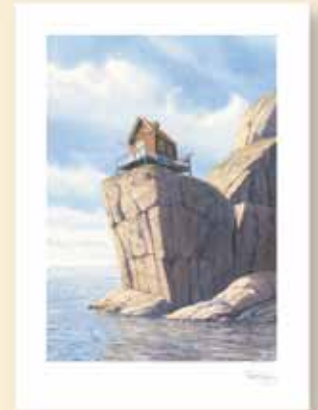
*Sjuktransport • 2008*



*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.

Isak Lindstedt



## Hemblodtrycksmätning – ett användbart verktyg

Hemblodtrycksmätning (HBT) är en lättillgänglig och relativt billig metod för utvärdering av diagnos, uppföljning och läkemedelseffekter vid hypertoni. HBT kan förutspå hypertoniorelaterade organskador och förbättrar riskvärderingen för kardiovaskulära sjukdomar. HBT rekommenderas nu av flera föreningar världen runt som ett komplement till mottagningsblodtryck (MBT) och ambulatorisk blodtrycksmätning (ABT). Speciellt vitrockshypertoni och maskerad hypertoni är lämpliga att diagnostisera med HBT jämfört med MBT. HBT kan även förbättra patientföljsamheten till blodtrycksbehandling.

Att mäta mottagningsblodtryck (MBT) har genom ett århundrade varit den rådande metoden för att fastställa diagnosen hypertoni och är så än idag. Sedan slutet av 1900-talet har dock intresset för att mäta blodtrycket utanför den traditionella mottagningsmiljön ökat. Med allt säkrare blodtrycksapparater kan man nu bättre lita på värden uppmätta även från helautomatiska blodtrycksmätare. Dessa kan, med lite träning, hanteras av patienterna själva. MBT taget enligt gällande riktlinjer [1] är fortfarande en mycket bra metod för att ställa diagnos, värdera risk och följa upp behandling, och ger möjlighet till blodtrycksdiagnostik på professionell nivå som ej kan överträffas av automatiska blodtrycksapparater [2]. Den generella rekommendationen är att diagnosen hypertoni, med få undantag, skall baseras på minst två MBT per besök och över minst två till tre besök [3].

Det finns dock vissa nackdelar med MBT. De viktigaste torde vara att det just gäller blodtryck uppmätta på mottagningen och att det totalt rör sig om ganska få mätningar. Dels blir reproducerbarheten lidande med så pass få värden, dels är det lätt att overse diagnoser, exempelvis vitrockshypertoni eller maskerad hypertoni, om man inte samtidigt kan jämföra med blodtrycksvärden utanför konsultationsrummet. Ett sätt att komma åt dessa problem är att utföra

24 timmars blodtrycksmätning, så kallad ambulatorisk blodtrycksmätning (ABT). ABT är en mycket väldokumenterad metod som har många användningsområden [4]. Metoden är dock tidskrävande och omständigt att utföra i praktiken. Då är hemblodtrycksmätning (HBT) tillsammans med MBT ett utmärkt alternativ och/eller komplement till ABT.

### Blodtrycksmätning i hemmet

HBT tillåter mätning av blodtrycket i en miljö som är bekant för patienten. Metoden är relativt billig, möjliggör att följa blodtrycket över lång tid och att mäta flera gånger om dagen [5]. Om man frågar patienter från primärvården vilket sätt att mäta blodtryck de tycker är mest godtagbart har de rankat HBT högre än andra metoder [6].

För att kunna ta kliniska beslut på basen av HBT ska patienten ta 2–3 blodtrycksmätningar på morgonen och lika så många på kvällen under loppet av 7 dagar. Sedan räknar man ut ett medelvärde baserat på minst 12 mätningar. Mätningarna från första dagen ignoreras då dessa ofta är felaktiga [7]. Ett bra tillvägagångssätt är att ta blodtrycket 2 gånger på morgonen innan frukost kl 06:00–10:00 och 2 gånger på kvällen kl 18:00–22:00 [8]. Patienten bör få skriftliga instruktioner och träning med blodtrycksmätaren innan han/hon genomför HBT [9,10, 11].

Patienterna skall utföra sina mätningar efter fem minuters vila sittande med båda benen på golvet, stöd för ryggen och armen i hjärtnivå. Rätt manschettstorlek är viktigt [12]. Patienten skall avstå från rökning, hård fysisk aktivitet, koffeindrycker eller liknande innan blodtrycksmätningen. Det kan vara värt att veta att de värden som patienter rapporterar ibland kan vara opålitliga [13]. Blodtrycket tenderar att vara högre under vintern än under sommaren.

### Blodtrycksmätare

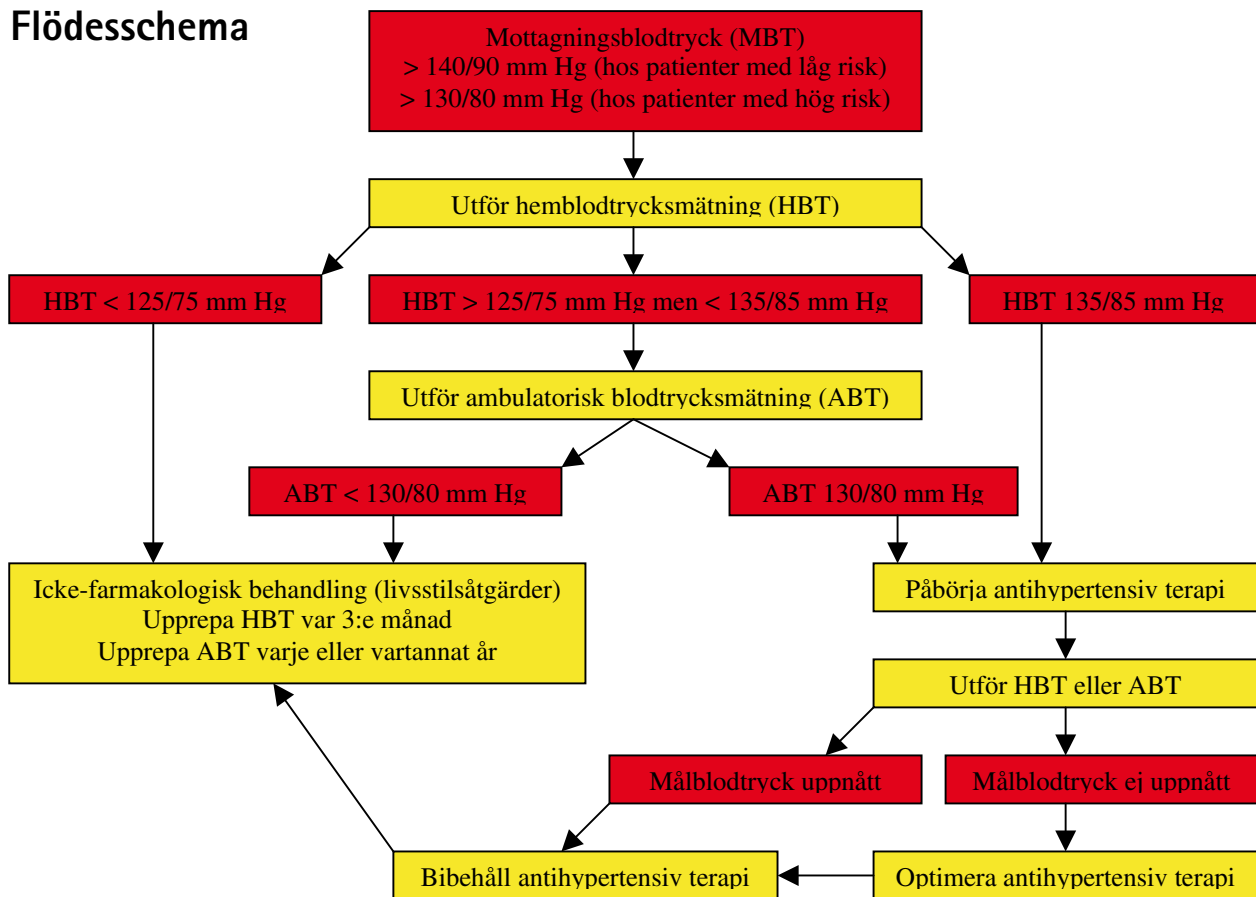
Det finns många blodtrycksmätare att välja mellan och det finns nu ett system för validering enligt protokoll för att öka tillförlitligheten. Generellt är blodtrycksapparater som mäter trycket på överarmsnivå att föredra. De har visats vara de mest pålitliga både inom den klinisk verksamheten såväl som i hypertoni studier.

Det finns några få handledsmätare som är validerade. Dessa har fortfarande den begränsningen att de måste hållas stilla på hjärtnivå och resultatet kan påverkas av flexion/extension av handleden. Sina begränsningar till trots är de mycket populära bland patienterna eftersom de inte behöver ta av sig något klädesplagg vid mätning. Hos patienter med mycket tjocka överarmar eller allodyni (till exempel fibromyalgipatienter) kan ibland handledsmätaren vara det bästa alternativet.





## Flödesschema



Fingermätare är inte att rekommendera. Mätningarna påverkas för mycket av den perifera vasokonstriktionen och mätarens distala placeringen på extremiteten [14].

Listor över validerade blodtrycksapparater inklusive dokumentation finns tillgängliga för allmänheten [15, 16]. Själv har jag valt *Omron M6 Comfort* [17].

### Diagnos och prognos

Diagnosen hypertoni kan fastställas vid upprepade värden på eller över 140/90 mm Hg via MBT. Gränserna för hypertoni diagnosen skiljer sig åt mellan MBT och HBT främst på grund av vitrockseffekten. Vid HBT gäller 130-135/85 mm Hg. Ännu lägre gränser gäller för ABT, 125-130/80 mm Hg, eftersom man här även inkluderar trycket på natten [1]. Det pågår för närvarande en studie vars mål är att finna den optimala blodtrycksnivån mätt med HBT [18].

HBT har visats kunna prediktera hypertensiv organskada bättre än MBT [19] och minst lika bra som ABT [20]. Ytterligare har det visats att HBT är lika bra [21] eller bättre på att prediktera kardiovaskulära händelser och mortalitet hos hypertoniker än MBT [22, 23].

### Hemblodtrycksmätning och behandling av hypertoni

HBT kan bidra på många olika sätt vid omhändertagandet av hypertoni patienter. Utöver säkrare diagnos och prognos kan mätningen även förbättra patientföljksamheten och därmed måluppfyllelse. Dessutom kan HBT användas för utvärdering av läkemedelseffekter över tid (Se faktaruta). En meta-analys visade att blodtrycket var lägre hos de patienter som utförde HBT jämfört med patienter som genomgick MBT och att fler i den förstnämnda gruppen nådde målblodtryck [24]. En annan studie visade att

om ändringar i blodtrycksmedicinering baserades på HBT istället för MBT ledde det till mindre intensiv blodtrycksmedicinering, dvs. fler HBT-patienter än MBT-patienter hade slutat den antihypertensiva behandlingen, dock på bekostnad av målblodtryck [25]. Författarna rekommenderar en stegvis strategi för blodtrycksbedömning där HBT och ABT skall komplettera MBT.

Jag har tecknat en förenklad modell för en sådan strategi som skulle kunna vara vägledande vid utvärdering av förhöjt blodtryck för primärvården i Sverige (Se flödesschema) [9]. HBT kan också användas för att värdera hur bra ett läkemedel sänker blodtrycket under dygnet. Då man bedömer morgonvärden och kvällsvärden får man i princip en utvärdering av läkemedlets effekt precis innan nästa tablett skall tas (morgonblodtrycket) och cirka mitt emellan tablettintagen (kvällsblodtrycket) [26, 27]. Information

av detta slag kan vara värdefull då det gäller att fördela dosen över dygnet. Då hypertoni-patienterna ofta har 2–3 läkemedel kan HBT vid läkemedelsbedömning varieras på basen av varje enskild frågeställning. Dessutom kan man ibland finna orsaken till patientens yrsel om denna sammanfaller med dysreglering av blodtrycket över dygnet.

### Hemblodtrycksmätning och särskilda populationer

Ofta kan HBT vara till särskild hjälp när man värderar blodtryck hos äldre. Vitrockseffekten är mera utbredd hos äldre och en blodtrycksbehandling på basen av MBT kan leda till övermedicinering och ortostatism. Å andra sidan kan HBT ibland vara svårt att genomföra hos gamla på grund av både fysiska och intellektuella besvär.

Även vid behandling av barn och gravida måste man tänka på vitrockseffekten. Under graviditeten kan HBT möjliggöra tidig upptäckt av hypertoni-relaterade graviditetskomplikationer. Det är viktigt för diabetiker att nå sina blodtrycksmål och HBT kan vara ett sätt att komma hela vägen fram. Vid resistent hypertoni, där inga organskador hittats, kan HBT vara ett utmärkt första utredningssteg. Man kan sedan gå vidare med ABT om det behövs [28].

### Rekommendationer

Flera hälsoorganisationer och föreningar runt omkring i världen rekommenderar nu HBT som ett komplement till MBT (World Health Organisation; The International Society of Hypertension; The European Society of Hypertension; The British Hypertension Society; The American Society of Hypertension; The American Heart Association; The Japanese Hypertension Society). Vad gäller Sverige utkommer våren 2010 en SBU-rapport om *Hemblodtrycksmätning* [29].

**Isak Lindstedt**  
specialistläkare internmedicin  
Hjortens vårdcentral, Trollhättan

### Hemblodtrycksmätning

#### Fördelar med hemblodtrycksmätning

- Låg kostnad
- Lättillgänglig metod
- Många blodtrycksmätningar
- God reproducerbarhet
- Ingen vitrockseffekt
- Tillåter detektion av vitrockshypertoni och maskerad hypertoni
- Ökad patientföljsamhet
- Predikterar hypertensiv organskada och kardiovaskulära händelser
- Kan värdera läkemedelseffekter inkl varaktighet av läkemedelsverkan

#### Nackdelar med hemblodtrycksmätning

- Stör till viss del patientens dagliga aktiviteter
- Ett beroende av automatiska blodtrycksmätare
- Selektionsbias
- Mindre pålitlig vid arytmier
- Nattblodtrycksmätning endast i ett begränsat omfång
- Begränsad möjlighet att detektera paroxysmal hypertoni
- Kan öka patientens oro för blodtrycket

### Referenser

Fullständig referenslista kan fås från författaren. Viktigast är följande:

5. Mallick S, Kanthety R, Rahman M. Home blood pressure monitoring in clinical practice: a review. *Am J Med* 2009; 122: 803-810.
9. Pickering TG, White WB. ASH position paper: Home and ambulatory blood pressure monitoring. When and how to use self (home) and ambulatory blood pressure monitoring. *J Am Soc Hypertens* 2008; 2:119-124.
11. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, et al. European society of hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003; 21: 821-848.
14. O'Brien E, Weaber B, Parati G, et al. European society of hypertension recommendation on blood pressure measuring devices. *BMJ* 2001; 322: 532-536.
18. Inoue R, Nakayama M, Shibuya A, et al. Large Scale Intervention Study to Hypertension with Information Technology: Hypertension Objective treatment based on Measurement by Electrical Devices of Blood Pressure (HOMED-BP) Study. *AMIA Annu Symp Proc* 2008 Nov 6: 986.
22. Fagard RH, Van Den Broeke C, De Cort P. Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice. *J Hum Hypertens* 2005; 19: 801-807.
24. Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2004; 329: 145.
27. Verberk WJ, Kroon AA, Jongen-Vancraybex HA, et al. The applicability of home blood pressure measurement in clinical practice: a review of literature. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3: 959-66.

# Att verka på osäkerhetens fält

## Om Wonca-dagarna i Basel

Den 15:e–19:e september besökte jag och ungefär 4000 andra ST- och allmänläkare Wonca Europe i Basel. Namnet på konferensen var "The fascination of complexity – Dealing with individuals in a field of uncertainty". Under en och en halv dag innan konferensen hade några av oss också förmånen att få delta i en förkonferens som Vasco da Gama movement, VdGm arrangerade (Se faktaruta).

Jag hade aldrig tidigare besökt en så stor konferens och visste inte vad jag hade att vänta mig. När jag sedan fick programkatalogen i ena handen och abstraktkatalogen i den andra, kändes det som en utmaning att kryssa sig fram mellan allt innehåll. Man kanske borde ha gått en kurs i hur man besöker sådana stora tillställningar. Många intressanta ämnen onekligen, men hur ska man sälla? Nedan följer mitt högst subjektiva urval från dagarna i Basel.

### Vasco da Gama movement

Innan huvudkonferensen började fick 76 ST-läkare i allmänmedicin och nyfärdiga specialister från 26 olika länder arbeta i små grupper med frågor om allmänmedicin, utbildning och utmaningar och avsluta med en presentation och diskussion med alla deltagare. Det blev tydligt att det finns klara gemensamma önskemål om hur man vill att en optimal utbildning för ST-läkare ska se ut och vilka egenskaper man anser att en färdig specialist, en "5-stjärnig allmänläkare", ska ha.

Lika tydligt framkommer att förutsättningarna för ST-läkarna i de olika europeiska länderna skiljer sig åt. I Österrike, för att nämna ett exempel, får man under sin tre-åriga ST-tjänstgöring själv bestämma om man ska göra någon placering på vårdcentral och i så fall får man själv leta upp en läkarstation som tar emot. Samtidigt får man sämre betalt jämfört med om man väljer att göra placeringar/sidoutbildningar på sjukhuset. Det krävs

både god privat ekonomi och vilja för att lära sig allmänmedicin.

Mest givande dessa två dagar var just samtalen med kollegorna från övriga Europa och att se hur relativt lika syn många av oss har på vårt arbete trots att förutsättningarna skiljer sig. Resultaten från grupparbetena finns på VdGMs hemsida [www.vdgm.eu](http://www.vdgm.eu).



### Wonca

De inledande gruppföreläsningarna försökte belysa vidden av vår komplexa tillvaro. I fysikprofessor Hans-Joachim Güntherodts föreläsning om nanovetenskap fick vi först en inblick i de absolut minsta byggstenarna och i Trisha Greenhalghs "Komplexitetsteori och allmänmedicin" ett större perspektiv och ett smakprov på hennes försök att skapa teorier och sammanhang utifrån de komplexa medicinska och sociala problem vi ställs inför. Det var inte helt begripligt

att se nanotekniken tillämpad på mottagningen, även om vi fick smakprov på tänkbara produkter i framtiden.

I Iona Heaths workshop, "Disease-mongering", som kan översättas till sjukdoms-reklam/promotion beskrev hon hur läkemedelsföretagen sponsrar och främjar tillkomst av nya *behandlingsbara* diagnoser. En artikel i Journal of Medical Marketing beskriver behovet av förbättringar av vissa diagnoser<sup>1</sup>. I abstraktet går att läsa: "With blockbuster brands such as Pfizer's Lipitor, GlaxoSmithKline's Advair, AstraZeneca's Nexium and many others, the pharmaceutical industry has demonstrated its expertise in building strong product brands". Man fortsätter: "Pharmaceutical marketers should build strong condition brands, in much the same way as they build strong product brands". En alltför kort konsultationstid kan innebära ett hinder för läkarna att hinna ställa vissa diagnoser och ur industrins synvinkel ett potentiellt underförskrivande av ett visst läkemedel.

På ett sätt är vi nog medvetna om att detta verkligen pågår, men när det står på pränt, helt ogenerat, blir det tydligt vilka krafter vi har att möta. Avslutningsvis i Heaths workshop fick vi agera uppfinningsrika läkemedelsföretag och gruppvis skapa nya diagnoser under förutsättningarna att de ska vara tilltalande och kunna vara potentiellt farliga. Många fantasifulla diagnoser kom fram, exempelvis Premature Ageing Symptoms Syndrome med såväl håravfall som flatulens.

<sup>1</sup> Journal of Medical Marketing 2007; 7:341 – 351.

**De två svenska bidragen** jag noterade var välbesökta. Dels en muntlig presentation av ST-läkare Björn Ericsson från Gävle där han visade sin studie om 24 timmars blodtrycksmätning, dels en workshop med bland andra psykiater Henry Jablonski och allmänläkare Dorte Kjeldmand. Henry är ordförande i Internationella Balintsällskapet och handledare sedan många år. Dorte har skrivit en avhandling på Balintgruppens effekter på allmänläkare och har visat att ett deltagande i Balintgrupp ökar doktors professionella självförtroende och tillfredsställelse i arbetet. För mig, tidigare utbildad i Linköping och väl inkörd i Balintgrupperande, var det intressant att se hur ett par kollegor i auditoriet hade svårt att förstå behovet av Balintgrupp. De tyckte att man i det dagliga arbetet finner tillräckligt med tid för reflexion. Metoden kanske inte passar alla. Det måste finnas ett intresse att delta och en professionell handledare rekommenderades.

Scweiziske Dr Litschgi med flera hade genomfört en modig deskriptiv studie av 12 allmänläkarkollegor. De ville belysa att allmänläkare arbetar med väldigt olika personliga stilar. Detta visade de genom att spela in 127 patientkonversationer och därefter analysera inspelningarna. De delade in samtalet i den tid doktorn talade, patienten talade och i dialog. Tiden för doktorsmonolog varierade mellan fem och 80 procent av konsultationstiden. De betonade att det finns många arbetssätt som fungerar. Det hade varit intressant att se om det även fanns något mönster i vilka patienter som sökte sig till en viss typ av doktor, vilket de ännu inte hade undersökt.

Dr Rothenbhüeler med flera från Berns medicinska fakultet beskrev hur man lagt upp kursen i allmänmedicin för medicinstudenterna i Bern. Där hade man lyckats

Vasco da Gama movement, VdGm är en arbetsgrupp för unga och framtida allmänläkare.

Bildades 2004, inför Wonca Europé-mötet i Amsterdam och har sedan dess årliga konferenser i anslutning till de europeiska Wonca-mötena.

Arbetar bland annat för att skapa nätverk mellan ST-läkare och nyfärdiga specialister och för att förbättra kvaliteten på utbildningarna i Europa.

Varje år kan en eller två svenska ST-läkare besöka och delta i konferensen.

med att rekrytera 500 allmänpraktiserande läkare (allmänläkare, pediatriker och internmedicinare) för 500 studenter till en-till-en undervisning. Studenterna fick själva välja sin handledare. Under de tre första åren av utbildningen besökte de sin handledare en halv dag åtta gånger per år och ett tre-veckors block fjärde året. Sista året av utbildningen hade de sedan en sammanhängande placering hos sin handledare under tre månader. Man ville med detta införa tidig klinisk kontakt för studenterna och skapa en långvarig relation mellan handledaren och studenten samt skapa intresse och motivation för allmänmedicin. För handledarna innebar det dels ekonomisk ersättning och dels medicinska utbildningspoäng (CME). I Sverige är vi långt framme vad gäller tidig introduktion till kliniken men det sker inte alltid via allmänläkare. Intressant att se vilka resurser som fanns i Schweiz. Sammanlagt kostade hanteringen av de 500 allmänpraktiserande läkarna och studenterna i detta program 1,2 miljoner Euro årligen!

Holländske Dr Stolpers med kollegor presenterade sina resultat om magkänslan som ett verktyg i diagnostiken, vilket förde tankarna till Malin Andrés arbete om tumregler. De visade på intressanta försök att dra nytta av doktors intuition

i kliniken. Auditoriet blev också utsatt för ett pedagogiskt experiment där de ville undersöka hur användbart skriftliga patientfall kan vara för att bedöma hur magkänslan väcks.

**Det var givande dagar** och framförallt intressanta möten med kollegor. För mig var det överraskande att så få svenskar deltog. På ett sätt kan jag förstå om man prioriterar de nordiska mötena, där innehållet mer överensstämmer med de svenska förhållandena. Men det tycks finnas ett stort intresse i Europa för den svenska modellen (vilken den nu är i tider av vårdval). Borde vi inte marknadsföra och lyfta fram den? I alla fall när det gäller ST-utbildningen. Vår långa ST-utbildning på fem år fyller en funktion. Det tar tid att lära sig arbetet som allmänläkare. I England arbetar Royal College of General Practitioners för att förlänga allmänläkarnas utbildning till fem år. Inte ska vi korta ner vår!

Ta chansen att någon gång besöka en Wonca konferens! För ST-läkarna vill jag slå ett slag för VdGm och deras förkonferens.



**Daniel Bäck**  
ST-läkare Vc Strandbjörket, Växjö  
[daniel.back@ltkronoberg.se](mailto:daniel.back@ltkronoberg.se)



# "None of us is as smart as all of us"

Den kollegiala gruppen är en stor möjlighet i fortbildningssammanhang. Inom SFAM finns en mångårig tradition av egenstyrt lärande, baserat på kollegiala grupper. Men antalet grupper har minskat och entusiasmen varit i dalande. SFAMs Fortbildningsråd ville göra något åt detta. Den 7–8 oktober hölls därför en kurs för FQ-gruppsledare på Sjövillan i Rotebro. Här kommer ett referat från kursen, som hölls med stöd från Riskbruksprojektet och i samarbete med SBU.

Att vara på Sjövillans konferensgård har vissa likheter med att vara i en FQ-grupp. Gården ligger vid Norrviken, och när man sitter i konferensrummet och tittar ut genom de stora perspektivfönstren, så känns det som om man befinner sig mitt ute i naturen. I själva verket ligger gården bara ett stenkast från E4:an, med flera stora industribyggnader i närheten. Man är alltså mitt i arbetslivet och vardagen, men har ändå en oas och en möjlighet att samla tankarna – precis så som det kan fungera i FQ-gruppen.

Fortbildningsrådet hade via lokalordföranden, fortbildningssamordnarnätverk och Studierektorsnätverk inbjudit till kurs för ledare i kollegiala grupper – eller FQ-grupper som vi väl oftast säger. Tolv personer hade anmält sig, varav flera ST-läkare. Några hade lång erfarenhet av att delta i eller leda FQ-grupp, för andra var detta något helt nytt. Det var roligt att kunna erbjuda ett rutinerat och uppskattat lärarpar; Cecilia Ryding och Hjördis Nilsson-Ahlin. Cecilia är distriktsläkare i Stockholm och var med för snart tjugo år sedan när FQ-grupperna introducerades. Hon har lång erfarenhet, både av att själv leda FQ-grupp och att vägleda andra att starta och vidmakthålla grupper. Hjördis är psykoterapeut med stor kunskap om gruppdynamik, och var också med i starten. De båda lärarna har samarbetat många gånger. I två dagar delade de med sig av erfarenheter, och ledde oss i planerandet för att starta nya grupper på hemmaplan.



Vi började, precis som i en god patientkonsultation, med att gå igenom gruppens föreställningar, farhågor och förväntningar. Vi hoppas att struktur och långsiktighet är ett kännetecken, och att det ska vara uppiggande att ingå i en grupp, få möta kolleger, utbyta erfarenheter, ha en trygg plats för sina funderingar. Men är det inte svårt att vara ledare i en grupp? Och måste en ledare finnas? Är det inte stor risk att entusiasmen är stor i början och sedan dalar? Vårdval ses som en farhåga, men också som en möjlighet. Det här är ju en billig form av fortbildning, den borde väl arbetsgivaren gilla – bara de törs överlåta ansvaret för innehållet i fortbildningen till läkarna själva.

**Första dagen** ägnade vi åt att tala om ramarna för vad en FQ-grupp är, utifrån våra föreställningar och förväntningar. Vi gjorde flera praktiska övningar, och lade upp program för en gruppens första termin. Efter lunch gästades vi av Agneta Petterson, projektchef på SBU, som talade om Kritisk granskning, och övade oss i att läsa artiklar med öppna ögon, för att kunna avgöra en studies kvalitet. Hon utgick från några viktiga frågor att ställa sig: Är studien relevant för mig/för svenska förhållanden/primärvården? Vågar jag lita på resultaten? Är resultaten möjliga att förstå (transparens)? Sedan gick Agneta igenom hur SBU arbetar med kritisk granskning, och vi fick prova deras checklista (som kan laddas ner från

www.sbu.se) på en artikel. Ragnar Levi, också han projektchef på SBU, deltog med oss hela första dagen, och delade i samtalen och gruppuppgifterna med sig av sin erfarenhet.

**Dag två** ägnades åt *Gruppen* och dess möjligheter, samt de fallgropar man som gruppledare behöver vara uppmärksam på. Hjördis betonade det viktiga i att gruppen har en uppgift och är överens om den. "En grupp utan uppgift är en folksamling." Men alla grupper glider ibland iväg "som om" uppgiften var en annan, och kan utsätta sig själva och sin ledare för påfrestningar. Är det inte egentligen roligare att planera personalfesten, eller att bara få prata strunt en stund? Behöver vi inte det i vår stressade tillvaro? Vi rollspelade och kände på olika situationer. Hjördis betonade att alla "utflykter" som grupper gör till mindre effektiva och fokuserade tillstånd, inte alls behöver vara av ondo – bara man vet vad uppgiften är och hela tiden styr tillbaka

till den. En kollegial grupp fyller många funktioner och ska vara lustfylld. Om gruppen är överens om vad man vill som huvuduppgift, så är små "slalomsvängar" snarast en kraftkälla.

Och, som sagt, Sjövillan är som en bra FQ-grupp – en återhämtningsplats, mitt i vardagen. God mat och bastu gör inte en kurs sämre!

Fortbildningsrådet hoppas kunna genomföra denna kurs fler gånger, och hoppas kunna locka fler att våga vara ledare. Det är förresten inte fel att gå kursen även om man inte blir ledare. Att veta mer om gruppens möjligheter och om olika arbetssätt och praktiska möjligheter att ordna gruppens fortbildning på, det har alla glädje av.

**Anna-Karin Svensson och Jana Risk**  
Medlemmar i Fortbildningsrådet och deltagare på kursen  
anna-karin.svensson@sfam.a.se  
jana.risk@jll.se



*Hjälp WWF  
att rädda mig!*

Postgiro 90 1974-6

Världsnaturfonden WWF  
www.wwf.se 08-624 74 00





# Glimtar från amerikansk familjemedicin

Vid ett besök i staden Tucson i södra Arizona träffade jag familjeläkaren Rachel Rubin-Foles. Rachel är en något småväxt, livlig kvinna i 40-årsåldern. Hon är klädd i praktiska vardagskläder och ger ett raskt och energiskt intryck. Jag besöker henne efter lunch en onsdag då hon har fri eftermiddag.

”Primary care for women och children” står på Rachels klinik. Hon jobbar som ensam läkare och har endast ett sjukvårdsbiträde till hjälp på receptionen och mottagningen. Hon hör därmed till en minoritet. De flesta familjeläkare och primärvårdsläkare jobbar på grupp-mottagningar och en del är anställda av delstaten på governmental clinics.

– Vad är det nu för skillnad mellan familjemedicin och primärvård?

– Jo, familjeläkarna jobbar både med barn och vuxna medan primärvårdsläkarna har endast vuxna patienter.

**För att bli familjeläkare** har man tre års utbildning som resident (ST-läkare) efter grundutbildningen. Största delen av utbildningen sker på olika sjukhus-kliniker men man kan få delar av utbildningen på familjeläkarmottagningar med handledare. Rachel är nöjd med sin utbildning utom det att arbetstiderna som resident var orimliga, ibland mer än 100 timmar per vecka. Hon var ständigt trött och familjelivet blev uselt. Särskilt har residents till tunga specialiteter hårda arbetsvillkor. Själv hade Rachel tankar på att bli kirurg men avstod när hon fick klart för sig villkoren på sjukhusen. Nu trivs hon bra med att vara familjeläkare och anser att det borde vara fler familjeläkare i relation till specialister. Sedan hon fick tillfälle att köpa sin mottagning kan hon utforma arbetet som hon önskar. Mottagningen har stort utrymme. Det



Rachel Rubin-Foles, Familjeläkare i Tucson, Arizona.

finns plats för fler läkare, men hittills har hon föredragit att arbeta ensam.

– Hur kommer det sig att villkoren för residents inte ändras? Att de går med på dessa arbetsförhållanden?

– Det finns ingen motkraft. Läkarna har ingen fackförening. Amerikaner är mot fackföreningar.

**Rachel jobbar mycket med barn.** De utgör minst hälften av patienterna. För småbarnen följer hon ett strukturerat health care program med kontroller och vaccinationer. Programmet innebär tolv besök barnets första levnadsår. Det finns ingen BVC med sköterskor. Hon har också hälsoansvar för barnen under skolåren. Särskild skolhälsovård finns normalt inte. Barnhälsovården betalas av föräldrarnas sjukförsäkring. Om föräldrar saknar sjukförsäkring betalar staten vaccinationerna efter särskild ansökan.

I övrigt möter Rachel ett spektrum av medicinska problem. Psykiska problem och kronisk värk är en stor andel. Hon

tycker hon fick tillräcklig utbildning för att handlägga sådana problem under sin utbildningstid.

## Ersättning per besök

Rachel finansierar sin verksamhet helt genom besöksavgifter. Hon har möjlighet till kapitation men avstår eftersom hon ser risken att patienter med kapitation gör många besök utan att hon får någon extra inkomst av dem. Patienterna betalar för konsultationen på mottagningen och tar sedan ut ersättning från sitt försäkringsbolag. Hon måste hålla reda på vilket försäkringsbolag patienten anlitar – det finns sex – åtta stora bolag – så att hon vid behov kan remittera till en specialist eller fysioterapeut som är ansluten till försäkringsbolaget. Till mottagningen kommer både HMO-patienter och PPO-patienter. Varje HMO (health maintenance organisation) har ett nätverk av läkare, laboratorier, sjukhus och andra vårdgivare som det har kontrakt med. En HMO-ansluten per-



## Allmänt tycker Rachel att flertalet amerikaner inte bryr sig om vad deras levnadsvanor betyder för deras hälsa.

son är "listad" hos en särskild läkare och skall få sin vård inom nätverket. För vård hos vårdgivare utanför nätverket måste hon skaffa ett särskilt godkännande. En PPO (preferred provider organisation) är en "managed care organisation" som har en lösare överenskommelse med olika vårdgivare och sjukvårdsförsäkringar. En PPO-patient kan därför växla läkare. Många amerikaner saknar sjukförsäkring. Enligt Time Magazine den 25 mars 2009 är 45 miljoner medborgare oförsäkrade. Då räknas inte pensionärer eftersom de omfattas av Medicare.

När Rachel skriver en remiss för specialistbedömning eller behandling tar patienten hand om remissen och ordnar själv tid hos specialisten. Men rättegångar har visat att domstolarna ändå anser att den remitterande läkaren har ett ansvar för att patienten kommer till specialistvård. Rachel är därför mycket noga med att bokföra och följa upp de patienter hon remitterar. Om inte remitteringen fungerar riskerar hon skadestånd. Särskilt gäller detta patienter med tumörer. Hon betalar 18 000 dollar per år för sin ansvarsförsäkring.

### Fortbildning – CME

– Deltar du i någon form av reglerad fortbildning och certifiering?

Rachel skrattar och säger att den minsann är reglerad i detalj. För att inneha ett "board certificate" måste läkarna delta i godkänd utbildning och låta certificera sig av en godkänd board. Rachel, liksom de flesta familjeläkare, deltar i AAFP's (American Academy of Family Physicians) CME Center för vilket hon betalar 500 dollar per år. Olika CME-aktiviteter ger CME-credits beroende på innehåll och omfattning. I Tucson anordnas de flesta föreläsningar och seminarier av universitetet. Kongresser,

exempelvis AAFP's årliga femdagarskongress ger också credits. Några kollegiala, självstyrande utbildningsgrupper känner Rachel inte till.

CME Center omfattar en tidscykel på fem år och under den perioden genomgår Rachel undan för undan examinationer i olika medicinska kunskapsråden. En examination består av 200 frågor som administreras via Internet. Flertalet frågor är teoretiska kunskapsfrågor men en del utgörs av konstruerade patientfall med ett interaktivt svarsprogram. Tillräckligt många credits för utbildning samt godkända examinationer ger ett *board certificate*. Ett sådant är inte obligatoriskt, men försäkringsbolag och sjukhus kräver det för att samarbeta med läkaren.

### Synen på hälsa och sjukvård

Allmänt tycker Rachel att flertalet amerikaner inte bryr sig om vad deras levnadsvanor betyder för deras hälsa. De föreställer sig att sjukvården reder upp och behandlar de problem som uppkommer. Många kvinnor köper dyrbara kosmetiska operationer men anser sig inte har råd med nödvändiga mediciner. Hon anser också att den avancerade sjukvården driver försök till kurativ behandling alldeles för långt när det gäller gamla personer och patienter med avancerad sjukdom. Detta medför stora kostnader med blygsam eller negativ effekt.

Dessa åsikter delas av en av vår värdinnas grannar, Brenda Hurrington, sjuksköterska med master's degree som arbetar på universitetssjukhusets hjärt- och kärlkirurgiska klinik.

– Stora pengar satsas på avancerade operationer och intensivvård medan det inte finns resurser till enklare procedurer och hjälpmedel som kan betyda mycket för människors liv, säger hon.

### Sjukförsäkringar

Vår värdinna vid besöket i Arizona, Barbara, har nyligen fyllt 65 och har därmed inträtt i Medicare. Medicare är en federal försäkring som omfattar sjukvård för personer 65 år och äldre. Regelverket är invecklat. Den enskilda medborgaren kan välja om hon vill att försäkringen skall omfatta enbart basal öppen sjukvård eller om sjukhusvård skall ingå. Försäkringsavgiften beror dels på vilket typ av försäkringsskydd man väljer, dels på ens tidigare inkomster. Barbara betalar 89 dollar per månad. Detta gäller för basal sjukvård men inte mediciner och inte sjukhusvård. Försäkring för sjukhusvård har betydligt högre avgifter.

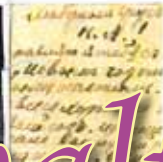
Den nya Obamaregeringen förbereder en reformering av försäkringssystemet för folk i arbetsför ålder. Förslaget bygger på de redan existerande försäkringsbolagen, som får utökade skyldigheter i och med att sjukvårdsförsäkring blir obligatorisk för alla medborgare samtidigt som personlig riskvärdering och högre avgifter för personer med större sjuklighet inte längre blir tillåtet. Ännu har förslaget inte behandlats i representanthuset.

### Olika värderingar

Det amerikanska samhället och den amerikanska sjukvården skiljer sig i hög grad från svenska förhållanden. Även om innehållet i familjeläkarens arbete är ganska likt en svensk allmänläkare, är de organisatoriska, ekonomiska och politiska förutsättningarna för arbetet annorlunda. Skillnaderna tydliggör att sjukvård kan bedrivas på olika sätt. Traditioner och politiska värderingar utgör de viktigaste orsakerna till olikheterna.

Stig Andersson





Illustrationer: Katarina Liliequist

# Kultur-spalten

## Bland mina böcker...

Bokhyllan där hemma svämmar över av ständigt nya böcker. En gång lästa, påbörjade, en del olästa. Där finns två som alltmer faller i lösa blad, sönderlästa: *Gunnar Edman: "Den skingrade mosaikens bild"* och den lilla tunna *"Folkliga koraler"*.

*Folkliga koraler*. Vad hände egentligen där, 1985 i Skinnskattebergs kyrka, denna sommar då boken kom i tryck? Den som skildrar de som vägrade följa orgel och psalmodikon i proklamerade taktfasta tonföljder stadfästa i Wallins psalmbok från 1819 med tillhörande korallbok. De som genom växlande tempo, svävande kvartstoner och drillar kunde uttrycka sinnesstämning av glädje eller sorg. Lena Willemark lärde ut. I kyrkan var hon försångare och vi körsångare. Då upplöstes tiden. Jag blev ett med dessa fattiga och strävsamma förfäder, främst kvinnor, som trots armod förmedlar innerlighet, förtröstan och hopp. Ett med alla människor, i alla länder, bakåt och framåt i tiden. Det var detta som hände 1985 i Skinnskattebergs kyrka. Ögonblick av evighet.

Tjugo år senare är jag på pilgrimsresa i Benedictus, Franciscus och Padre Pius fotspår. Under, stigmatiserade, icke läkande sår, relikier. Vad gör jag här? Vad lockar? Padre Piu, det senaste helgonet, helgonförklarad på rekordtid. Ständigt i bön. Tillät sig högst en och en halv timmes nattsömn mellan midnattsbön och bön i vargtimma. Hade under större delen av sitt liv sår på sina händer, sår som inte läkte och som lär ha utsöndrat en kraftig doft av helighetens parfym. Idag kommer miljoner till hans grav i San Giovanni Rotondo med önskan att böner och relikier skall befria från sjukdom och lidande.

Och den helige Franciscus, också han med icke läkande sår. Som betonade det enkla, uppoffrande och tog avstånd från lust, från kroppsliga behov. Efter hans död blev det fejd mellan hans efterföljare, en tävlan om vem som var mest fattig, uppoffrande och lidande. Ju mer lidande ju närmare Gud. Men behövs fler offer? Behövs sår som aldrig läks?

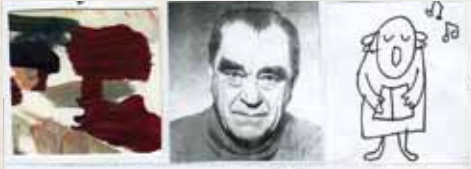
Söndagskväll i Assisi. Samtal om tro, men framför allt om förundran. Karins berättelse om sin sjukdom och om att kunna bli återställd. Att sår kan läka, att det finns botande krafter i våra kroppar. Förundran över hur allt kan fungera, våra celler, våra ben, hjärtat som pumpar och slår, kalium in och ut ur sitt cellmembran, ATP, citronsyrecykeln.

Detta vardagens mysterium är väl ett större under än det som gör helgon till helgon.

*Den skingrade mosaikens bild*, Gunnar Edmans förtäta text, kommer åter till mig denna kväll:

### *Ecce Homo - Se människan*

*elektromagnetiska vågor  
ström av fotoner  
genom ögats medier sammanbrutna  
till nätthinnas tappar och stavar  
tvingande synpurpurns a-aldehyd  
Från bågig cis till spänstigt rät trans  
jonernas rituella dans  
kalium och natrium i sirliga turer  
när budet ilar längs bipolära celler  
till gangliocellskiktet  
och vidare  
ut ur ögats sfär  
genom synnerven  
till hjärnstammens laterala knäkropp  
höjer sig i nya neuron  
i graciösa bågar  
mot nacklobens primära synbark  
dansar jublande upp mot dess fjärde sikt  
mot enkla  
komplexa  
hyperkomplexa hjärnceller  
hierarkiskt ordnade  
i vertikala kolonnader  
stiger och faller  
i lousång  
sammanflätas och upplöses  
som stämmornas rörelser i en fuga  
mellan katedralens valvbågar  
och någonstans  
sker undret  
det ofattbara:  
jag ser dig!*



Jag dras till klostrets kapell. Återuppbyggt efter jordskalvet. Vilka valv. Vilken återklang. Min flöjt och spålpipa kommer fram. Toner flyter samman, skapas i ett ögonblick, dör i nästa, fångas upp av varandra, vävs ihop, sprids från altare via korset till Maria och de övriga kvinnohelgon som bekläder väggarna. Är det inte kvinnors röster, genom sekler? En innerlighet och skörhet men också styrka och seghet som övervinner världen, makten, Herrars makt. Men Maria, de italienska mödrarna, ja alla våra mödrar. Böjda helt visst men ändå inte.

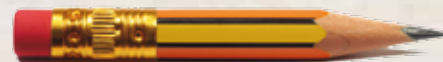
Kvar blir gårdagens franska sångerska. Ljus som tänds, ett blir två blir fyra, blir femton, blir hundra, blir tusen. Stilla procession, lyktor, sången, rosenkransen, upprepande fram och tillbaka, nästan samma men aldrig detsamma. Sång och gång, tidevarv komma, tidevarv försvinna, slakten följa slaktens gång...

Jag förslår att Ingierd Hansson, Distriktsläkare Eslöv, bär stafettpipen vidare. Jag njuter av hennes texter och hon har skrivit en så vacker psalm och dessutom vet hon mycket om humlornas hemliga liv.



Erland Svenson

## Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis Skrivarpris 2008 – resultat



I AllmänMedicin 3/2008 utlyste Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi ett skivarpis. Det kom in inte mindre än 25 bidrag från 22 författare och ytterligare fem bidrag till en skrivartävling för studenter.

Vi i tävlingsjuryn gläds åt det stora intresset och uppfattar att bidragen vittnar om att svensk sjukvård har många kloka och engagerade medarbetare. Bidragen har goda litterära/poetiska kvaliteter och har spämt över ett brett fält; filosofiska såväl som vetenskapliga diskussioner; kliniska möten alltifrån intensivvård till hemsjukvård; känslor av utsatthet, maktlöshet, meningslöshet men också glädje, återvunnen stryka och värdighet har beskrivits. Gå in på föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se) och ta del av de sju prisbelönda bidragen!

Tävlingen riktade sig till alla yrkesgrupper i sjukvården och jag vill i detta sammanhang lyfta fram ett bidrag från kollegan Erland Svensson, som är distriktsläkare i Fjällbacka och som fått sitt pris med följande motivering:

*”En värmande beskrivning av en distriktsläkares möte med sina patienter. Denne har en självklar kännedom om det samhälle han verkar i och ett arbete som möjliggör improvisation, nytänkande, gränsöverskridande och mycket omtanke. Det är en bild av den allmänmedicinska vardagen när den är som allra bäst.”*

Bidraget publiceras på sidan 28.



För skivarpisjuryn,  
Lena Svidén  
allmänläkare, Bromma

# Annons



# Av alla våra uppdragsgivare är patienten den viktigaste

(Denna artikel har tidigare publicerats i Dagens Medicin)

Vem är min uppdragsgivare egentligen? Eftersom jag arbetar på en landstingsdriven vårdcentral verkar nog frågan lätt att besvara. Självklart är det landstinget, och i sista hand landstingets politiska ledning som gett mig och mina kollegor på Örnässets vårdcentral i Luleå uppdraget att ta hand om de patienter som kommer till oss. Officiellt råder sedan flera år valfrihet mellan vårdcentralerna i Norrbotten, men i praktiken kan man nog säga att vi har ett upptagningsområde på cirka 10 000 invånare. Uppdraget att ta hand om sjukvården för denna dryga promille av Sveriges befolkning har vi alltså fått av Norrbottens läns landsting, och uppdraget har förmedlats till oss via de tjänstemän som landstinget anställt i sin sjukvårdsadministration.

Men är det verkligen så? När en patient söker upp mig eller någon av mina kollegor med sina sjukdomar och sin oro är det ju faktiskt från patienten vi får ett förtroende och ett uppdrag.

Patienten väljer att komma till just oss. Och som doktor eller sjuksköterska är vi just då bara patientens uppdragstagare. Om det uppstår en konflikt mellan vår lojalitet gentemot patienten å ena sidan och tjänstemän eller landstingspolitiker å andra sidan, så måste lojaliteten gentemot den patient vi har framför oss väga tyngre, anser jag. Patienten måste nämligen kunna lita på att de ordinationer vi ger honom är med just hans bästa som ledstjärna. Inte grundade på några allmänna direktiv ifrån den administrativa hierarkin vars förverkligande kräver att lydnad uppåt går före patientens väl.

**Men frågan om vem som är uppdragsgivare** åt vem inom sjukvårdens organisation är än mer komplicerad. Om vi för ett ögonblick ställer saker och ting på huvudet kan man mycket väl tänka sig att sjukvårdsorganisationen kan ses tvärtom. Att landstingets politiska ledning gett oss som arbetar med sjukvård uppdraget att göra detta är ju klart. Men varifrån kommer i sin tur deras uppdrag? Jo, faktiskt från de människor som har valt dem. Och det är ju egentligen just dessa människor som kommer till oss på vårdcentralen när de är sjuka! Väljarna har gett sjukvårdshuvudmannen uppdraget att se till så att vi som arbetar med sjukvård kan göra vårt jobb för patienterna när det behövs.

Landstingets anställda tjänstemän då? Är det riktigt att se dem som överordnade uppdragsgivare till oss? Jag tror inte



det. Staber och divisioner med tillhörande chefer i de centrala landstingsorganisationerna har till uppdrag att möjliggöra för dem som arbetar praktiskt i sjukvården att göra sitt jobb bra. Sjukvårdsadministratörernas uppgift borde vara att se till att lagar och avtal följs och att hålla reda på ekonomin. Kort sagt att avlasta oss på vårdgolvet sådana uppgifter som inte vi är skolade för.

Ganska ofta får jag en känsla av att det perspektivet tappas bort. I stället åläggs vi allt fler administrativa rutinuppgifter ute i verksamheten. Ekonomiavdelningarnas excelblad och enkäter blir allt viktigare verktyg i det dagliga sjukvårdsarbetet, medan stetoskopet, reflexhammaren och den med patienten samtalande vårdarbetaren blir allt mindre viktiga. Och det blir viktigare att läsa mer eller mindre obegripliga styrdokument och verksamhetsplaner än att delta i medicinsk forskning eller i fortbildning.

Tänk om vi plötsligt fick en sjukvårdsorganisation som utgick från att dess grundläggande uppdrag var att tillgodose de enskilda patienternas behov av evidensbaserad högkvalitativ sjukvård. Och tänk om centrala tjänste män i landstingen förstod att kompetensen för detta finns ute i sjukvårdsorganisationen, på kliniker och vårdcentraler. Inte i landstingskansliernas korridorer.

Björn Olsson

[bjorn.olsson@bredband.net](mailto:bjorn.olsson@bredband.net)



# Trons väg och doktors

av Erland Svensson

## Scen 1

Inte så att Filadelfia varit så stora i det lilla samhället men de hade en vacker och rymlig bönesal, eller snarare ett kapell, visserligen inte lika ståtligt belägen som den riktiga kyrkan högst uppe på berget, men ändå. Församlingsmedlemmarna blev allt äldre, och allt färre. Kapellet fick säljas. Först flyttade posten in men inte så länge, de behövde inte denna stora lokal. Flyttade vidare till en mindre bredvid Konsum, för att snart omvandlas till Svensk kassatjänst på Q8-macken. Kapellet omvandlat till sommarbutik ”Tång och flärd” eller någon tillfällig sommar-boutique.

Till slut bestod församlingen av Gunborg 84 och Daga 93. Båda kända söndagsskollärare. Fortfarande lite sångstunder på servicehuset med gitarrhjälp från grannförsamlingen

De kom alltid tillsammans. Gunborg hade som vanligt bokad tid. Daga klagade åter över sina onda knän. Hon hade fått rullator, en av de nya modellerna. Men det brukade vara Gunborg som körde den. Daga började bli glömsk, och såg konstiga figurer på nätterna. Dåligt med sömn och värkande knän. ”Å, om jag bara fick komma till min frälsare, jag längtar så, till Jesus.”

– Ja, ja, ja, väser Gunborg vänligt leende. Du får vänta. Vänta, det är inte dags än!

– Men jag vill inte vänta, å jag längtar så.

Det blir som tidigare en spruta i vardera knäet. Å så lite medicin för sömn och de skrämmande nattliga gestalterna. ”Tack, å tack doktorn, jag är så tacksam så. Tack tack.”

Så vandrar de iväg, snart ser han dem ute på gångstigen. Som alltid med stövlarna på. Fort går det, med rullatorn minst en meter före.

## Scen 2

Hon hade fått tid för axeln. Han tog in henne på rummet.

– Jag vill ha bort den där, den stör mig.

– Vilken?

– Den här på kinden

Han märker den knappt.

– Jaha, sa han, men var det inte axeln?

– Inte längre, det har skett ett under.

Nog hade jag ont, ja rent förfärligt. Men jag fick plötsligt se texten ”Herren skall ständigt leda dig” och det onda försvann.

– Va bra, fantastiskt, sa han.

– Nej, inte alls, sa hon. Jag tror vår Herre gör under.

Han noterade på britspappret: ”Herren skall ständigt leda dig”

– Var finner man denna text?

– I Jesaja.

– Men var exakt?

– Jesaja, jag minns inte.

Märket på kinden tas bort. Hon plåst-ras om.

Han går till sitt rum. Googlar texten på datorn och på 0,03 sekunder kommer svaret: ”Jesaja 58:9”

Han skriver brev till henne. Han lägger det i A-postkuvert.

På väg ut i korridoren frågar hon sköterskan: ”Han är visserligen snäll, ja han verkade intresserad, han skrev. Men är han religiös?”

Hon fick brevet nästa dag:

Bästa Gunborg, jag har hittat det: Jesaja 58:9: ”... Herren skall ständigt leda dig. Han skall mätta dig mitt i ödemarken och ge styrka åt benen i din kropp. Och du skall vara lik en vattenrik trädgård och likna ett källsprång vars vatten aldrig tryter...”

## Scen 3

Daga är död och fick äntligen möta sina frälsare. Gunborg har ärvt rullatorn. Springer in med den på läkarexpeditionen.

”Problem med blodcirkulationen” stod det på bokningen.

– Jag har problem med blodcirkulationen. Och ser han inte att det är svullet?

Hon visar anklarna. Han trycker och känner inget, ser inget.

– Jag har provat några ormsalvor men det gör ingen nytta. Jag har läst att Eucalyptos skall vara så bra för cirkulationen. Läs här vad det står. Jag vill att Svensson skriver ut det till mig.

– Nej, det känner jag inte till.

– Det skall vara liniment med Eucalyptos!

– Har du frågat på apoteket?

– Ja, men dom hade inget.

Han funderar.

Frågar datorn: E-u-k-a-l-y-p-t... nej, det stavas nog Eucalyptos + liniment.

– Se här vad jag hittat. Men det är för hästar. Tror du det kan fungera för dig?

– Nej, det tror jag bestämt inte, det blir nog för starkt.

Han ringer till Ringblommans hälso-kost uppe i centralorten.

Jo visst, de har liniment som innehåller Eucalyptos.

– Men hur skall jag ta mig dit, det är lång väg.

– Men jag skall dit nästa vecka, jag kan köpa åt dig.

– Men Svensson, det får inte dröja länge, jag har ont i knän, i höfterna i ryggen, jag har inte tid, det skall grävas och planteras, det är bråttom.

– Jag hör av mig på torsdag.

På vägen ut får han se att rullatorns korg är full av sättpotatis.

– Det finns väl ingen trädgård bland era hyreshus?”

– Jo då, inga problem. Det finns planteringar. Men jag måste bli frisk för det är tung lerjord.

Onsdag eftermiddag. ”Jag skulle köpa eukalyptus- liniment.”

– Är det Dr Svensson... som ringde? Ja, vi har denna utmärkta liniment/muskelsalva som innehåller eukalyptus. 110 kronor.

Då han på torsdagens förmiddag ännu inte ringt henne kommer hon rusande i korridoren med sin rullator, ingen sätpotatis denna gång. Glad överlämnar han tuben till henne. ”Extra djupverkande. Används av professionella terapeuter för behandling, på muskler, leder och ligament.” Och eucalyptos.

– Det borde väl passa dig.

Misstänksamt granskar hon. ”Aloe Vera, nej det tål jag absolut inte, det ger stora sår.” Hon lämnar tillbaka.

– Förresten skall jag säga Svensson det att han har fel. Det var inte ”Herren skall leda dig” som fick bort värken utan det var ”han skall ge styrka åt benen i din kropp”.

”Ja, ja, ja” tänker han, ”jag får försöka leta vidare.”

Hon springer iväg.

In på nätet igen: ”Eukalyptus liniment.” Jo, men där fanns att köpa: ”Sportringen, liniment med menthol, Eucalyptos, lämplig för idrottare.” Stor flaska 69 kr. Fyller i en beställning och lägger i varukorgen. Det börjar bli dyrt det här, 169 kr med frakt och faktureringskostnad.

Efter några dagar kommer ett SMS. Paket finns att hämta på Q8-macken. Han öppnar. Jodå, det var en tämligen stor flaska: ”Neosp. Liniment Classic 500 ml.”

På måndagen sitter hon ute i väntrummet och kräver att få tala med Svensson.

Han tar inne henne på sitt rum överlämnar flaskan. Hon tar tacksamt emot, tar upp plånboken.

– Nej, nej ingen betalning, jag bjuder.

Det öppnas och luktas, mentol och eucalyptos.

Fyra veckor, sedan dagas för avstämning. ”Den gjorde underverk, det gjorde den verkligen. Tack skall han ha.”

## Infektionssjukdomar och bråd död för 100 år sedan

Dagens problem i vårt överflödssamhälle bleknar när de speglas mot livsberingelserna som ligger bara två generationer bakom oss. Låt mig få berätta om en familjs levnadsöde som tillhör min barndomskuliss.

På en gravsten på Mattmars kyrkogård i Västjämtland står denna sten strax intill ingången i kyrkan. Den berättar om en familj som gradvis decimerades av den tidens sjukdomar.



Foto: Hans-Olof Nylén

Gravsten från Mattmars kyrkogård

**Brita Henriksdotter från Offne** gifte sig i juni 1890 med bonden Jon Larsson-Öström från Hästö. Hon var 30 år fyllda och han 26 år. När man betraktar deras bröllopsfoto har de blicken riktad inte mot kameran utan något åt sidan mot den framtid de hade tänkt sig.

Paret fick fyra barn. Pojken Lasse föddes 1891. 1893 kom dottern Kerstin som dog påföljande år. Lasse avled i juni 1895 knappt fyra år gammal i hjärnhinneinflammation. Tidigare samma år i juni

hade Brita fått sitt tredje barn, en son. Hans liv blev också kort, han gick bort vid jultiden samma år. Kyrkboken ger ingen uppgift om dödsorsaken.

**När år 1896 gick in hade paret förlorat alla sina tre barn.** Brita blev på nytt gravid men i juni samma år blev hon änka. Maken Jon dog i tuberkulos. Han fick inte uppleva det fjärde barnets födelse. Det blev en flicka som föddes i november och fick namnet Johnny.

Som ensamstående mor tog Brita hand om sin flicka och kunde glädja sig åt att Johnny hittat en bra karl, en ingenjör. Det unga paret gifte sig och fick i maj 1916 dottern Inger. Livet syntes bli tillrättalagt för den nya familjen intill Spanska sjukans ankomst. I november 1918 dog Jonny i den fruktade epidemin.

Brita hade fått uppleva hur hennes familj vittrade sönder i den tidens infektionssjukdomar och stod nu ensam med ett två år gammalt flickebarn. Brita avled 1946 i en ålder av 86 år. Barnbarnet Inger överlevde henne med drygt 28 år.

En djup familjetradegi som en tyst gravsten kan förmedla. Den bär också på ett medicin-historiskt budskap. Det var tiden före vaccinationer och antibiotika. Även våra läkemedel har bidragit till ett bättre liv i Sverige.

2009-03-26  
Hans-Olof Nylén  
hansolof.nylen@iatrik.se

## 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

Ulla-Britt Andersson  
ullaba@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

## Kalendarium

### 2010

#### Januari

##### AllmänläkarDagarna, en mötesplats för professionen,

27-29 jan. First Hotel Billingehus, Skövde. Program och anmälan - se [www.kursdoktorn.se](http://www.kursdoktorn.se)

#### Mars

##### Värmöte i Jokkmokk

24-26 mars.  
SFAM Norbotten arrangerar

#### April

##### ST-dagar i Göteborg 2010

21-23 apr.

#### September

##### EACH International Conference on Communication in Healthcare 2010

7-10 sept. Verona, Italien



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

Senaste granskning genomfördes 090106. För närmare presentation av aktuella kurser var god se [www.kursdoktorn.nu](http://www.kursdoktorn.nu)

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

##### 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 & 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.

#### 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

#### SFAMs kansli

Heléne Swärd  
[helene.sward@sfam.a.se](mailto:helene.sward@sfam.a.se)  
Post och besöksadress:  
Box 503  
Grev Turegatan 10 E  
114 11 Stockholm  
Tel: 08-23 24 05  
Fax: 08-20 03 35  
Hemsida: [www.sfam.se](http://www.sfam.se)

#### 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](mailto: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 redaktör, 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, redaktionssekreterare, 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

Åkessons Tryckeri 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



Åkessons Tryckeri, Emmaboda



## Specialist? – Nej tack, jag kör.

Med aningen rödsprängda ögonvitor sitter han så framför mig med benen i kors. Och begär att få komma till en specialist. Eller glider den paranta knappt 40-åriga affärskvinnan förbi med sin lealöse ständigt snuvige allmänt ointresserade tonårsgrabb och kräver en grundlig undersökning. Eftersom något måste vara fel på honom. Så här snuvigt och till synes utan mål och mening kan livet bara inte få vara utan en diagnos ur specialisternas avsevärt tjockare blå register. För att inte tala om den yngre mannen på väg till Berlin Maraton. Såvida han nu får träffa en specialist som kan bota den ständigt återkommande irritationen som utgör hans blåhalskörtels enda sätt att kommunicera med omvärlden.

Ja. Så många gånger har jag hört blivande eller alldeles färdiga – kanske i flera bemärkelser – allmänläkare försvara sin heder och bildning med ett klämkäckt ”– Jag är minsann också SPECIALIST!”.

Men nu önskar jag verkligen ett skifte på tronen.

Jag har helt enkelt fått nog av salvelser och kringgående manövrar som mest påminner om försvarstaktik från trettioåriga kriget. Låt oss – kamrater – få slut på tramset och subordinationen. Låt oss ta vårt yrkesliv i våra alldeles egna allmänläkarnävar. Vi kan också spotta. Och svära. Om det nu skulle behövas. Tiden är nämligen mogen. Det har den varit länge. Övermogen. Ett av alla gråpäron som trillat till den blöta kalla marken under novemberträden. Till glädje för taltrastar och rödvingar på flykt söderut. Eller för härdiga koltrastar som föredrar att vänta in våren i hägnet av Visbys murar och buskage.

Följ så Ariadnes långa vackert spunna och min egen tunna spretiga tråd till slutet där vi väl framme vid monstret döper om vårt eget skrä för gott. Låt praktiken besegra semantiken. Vi är generalister.

Med allt vad det innebär. I grunden egentligen ingen skillnad i vardagen kanske. Men språkligt sett ett tungt spett att sätta under innebördens mossiga flyttblock. Där skriet efter specialister ekar tomt och innehållslöst. Och hur skulle det låta? Generalistremiss. Generalistexamen. Generalistutbildning. Etcetera.

Pröva att sätta din fuktiga allmänläkartunga till mjuka gommen och spänn emot. Ringla fram som en orm på ske-ljudet, nynna och njut på n, rulla ut r som en nattskärras spinnrock i sommarnatten, bred ut a-ljudets djupt erotiska klang över bröstkorgens spänstiga resonansbotten, låt l-ljudet hänga med hela tungan över gommen och vara lärjungarnas sista måltid.

Vässa din Morakniv mot vårt vassa i. Förnim sedan att sista stavelsens pust kan vara en löftesrik vårvind.

G-E-N-E-R-A-L-I-S-T.

Jämför så med att uttala ordet specialist. Och förmodligen känner du detsamma som jag. Det sladdriga intetsägande anslaget. Förmodligen tuggar du, som jag, hellre på en väl använd Wettexduk som ändå bara ligger och glor dig stint i ögonen från diskbänken.

Nej. Slut på förödmjukelse och förvirring. Nya djärva tag och luft under vårt yrkes stolta vingar. Och alltsammans liknar i förstone en skrivbordsprodukt. Tänk så märkligt. Ett streck över ordet eller en språklig skiftning i allmänmedicinens gryning över det småländska höglandet eller Kebnekajises sönderblåsta sydtopp.

Ordets makt är större än vi tror. Och jag har aldrig förstått varför vi skall försöka slåss på samma arena som våra sjukhuskollegor. Istället för att inför såväl oss själva som omvärlden proklamera oss lyckligt egensinniga med versaler över natthimlen. Utmaningen kan formuleras som en tävling – vem formar och sprayar den läckraste ”taggen” för generalisterna? Överallt. Över ladugårdsväggar och tunnelbanebetong.



Torsten Green-Petersen