

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 5 2009 ÅRGÅNG 30



Mätetal i vårdval/sid 4

Sjukdomsmotiv i skönlitteraturen/sid 11 • Nyhet! Kulturspalten/sid 21

## Skriv i AllmänMedicin!

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

### 3 Ledare

Dags för recertifiering och obligatorisk specialistexamen?  
*Staffan Olsson*

### 4 Vetenskap & Utveckling

Mätetal i vårdval  
*Sven Engström*

### 7 Praktik

Förmiddag med förunderligt flyt  
*Gunilla Byström*

### 8 Debatt

Tveksamt "patientfokus"! Riktlinjer har gått vilse  
*Peter Olsson*

### 11 Reportage/Porträtt

Sjukdomsmotiv i skönlitteraturen  
*Michaël Ossenkamp*

### 14 Klinisk Praxis

Tillgänglighet till primärvård är mer än väntetider  
*Kjell Lindström*

### 17 Debatt

Vad gör Svenska Läkaresällskapet? – eller varför alla läkare borde vara medlemmar!  
*Margareta Troein Töllborn*

### 18 Disputation

Vad händer egentligen när patienten går ut genom dörren? Ny avhandling om resultat av allmänläkares konsultationer  
*Annika Andén*

### 20 Recension

Joost Lakmaker – överlevare från Auschwitz  
*Stig Andersson*

### 21 Kulturspalten

Flodhästens erinran  
*Torsten Green-Petersen*

### 22 Vetenskap & Utveckling

Svensk Informationsdatabas för Läkemedel – SIL – satsar på kvalitetsarbete  
*Lucienne Fredriksson*

### 24 Referat

Skapar vården ohälsa?  
*Lars Jerdén*

### 26 Debatt

Allmänmedicinare! Det är dags att göra upp med gamla utbildningstraditioner!  
*Bertil Hagström, Anna-Karin Svensson, Börje Svensson*

### 30 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

### 32 Krönika

Nya begrepp i konsultationsbranschen  
*Inge Carlsson*



Sven Engström ger en kort sammanfattning av SFAMs rekommendationer kring Mätetal i vårdval  
Sid 4

## Kulturspalten



Redaktionen presenterar här stolt Kulturspalten, ett nytt stående inlägg i AllmänMedicin.  
Sid 20

*Allmänmedicinare!  
Det är dags att göra upp med gamla utbildningstraditioner!*

Vårdval i olika former sjösätts i rasande fart. Ett experimenterande med en sedan decennier eftersatt primärvård. Kanske blir det bättre... eller så blir det inte det.

En debattartikel av Bertil Hagström, Anna-Karin Svensson, Börje Svensson  
Sid 26

Annons

# Dags för recertifiering och obligatorisk specialistexamen?

**H**ur kan man mäta allmänläkares kunskap och färdigheter? I detta nummer av Allmänmedicin kan vi läsa om SFAM-styrelsens viktiga arbete kring Mätetal i vårdval där det handlar om vandan att mäta kvalitet på enhetsnivå. Går man ännu ett steg längre och försöker mäta på individnivå blir det ännu mer osäkert och riskabelt. Att det infinner sig ett obehag över av att bli granskad och kanske till och med betygsatt är minst sagt lätt att förstå. Ändå finns det legitimt intresse för uppdragsgivare och patienter att ställa frågor kring vår kompetens: vad innebär det att vara specialist i Allmänmedicin – och håller den kompetensen ett helt återstående arbetsliv? Och ännu mer dunkelt – vad innebär det för skillnad i praktiken att man har genomgått specialistexamen eller andra processer för certifiering?

Svaret kanske är ett system för recertifiering liknande det våra skandinaviska grannländer har. En bra början skulle vara en obligatorisk specialistexamen eller motsvarande. Att tala om recertifiering innan fler än en bråkdel genomgår examen blir allt annat än logiskt. Och när en del vårdvalssystem inte ens kräver en enda specialist i allmänmedicin för ackreditering blir det kanske att sikta mot stjärnorna. Samtidigt, om vi inte har visioner – vem skall ha det då?

**Riskerna med obligatorium** är värda att uppmärksamma – viktigast tycker jag är risken att examen tunnast ut till en miniminivå snarare än som nu en inspirerande utmaning. De logistiska utmaningarna skall man inte heller förakta, men går nog att lösa om viljan finns. Överbyråkratisering när det börjar likna myndighetsutövning är också en potentiell risk.

Recertifiering innebär också sin be-

skärda del av potentiella problem. Om man skissar på ett system där man kräver ett visst mått av deltagande i fortbildningsaktiviteter är risken densamma som för examen – det kan bli ett tak snarare än ett golv för aktivitetsgraden. Arbetsgivare kan ta det som intäkt för att begränsa aktiviteter utöver vad som är stadgat. Till det kommer risken att arbetsgivare och andra beslutsfattare endast godkänner och ackrediterar fortbildningsaktiviteter som uppenbart är till praktisk, uppenbar och kortsiktig nytta för verksamheten. Personlig utveckling, konsultationsteknik och annat för icke invigda svårgripbara ämnen kan få stryka på foten. Andra yrkesgrupper inom vården med eftersatta fortbildningsbehov kan använda det som hävstång för akademisera sina insatser – ett problem för arbetsgivaren mer än för oss som kollektiv. Det senare är kanske inte ens ett problem, våra arbetskamrater inom distriktssköterskekåren behöver också morska upp sig. Ett ökat samarbete yrkesgrupperna emellan har förutsättningar att vara fruktbara.

För att spetsa till det kunde man till och med tänka sig ersättningssystem till viss del baserade på kompetensvärdering och recertifiering. Tanken är inte riktigt så djärv som den kan verka, det finns redan i Fastlegeordningen där man får lägre ersättning om man inte recertifieras var 5:e år. Att använda det rakt av i vårdvalssystem blir svårt – här har vi ett fokus på enheten istället för på den enskilde läkaren.

**En del minimikrav** på fortbildningsaktiviteterna borde man kunna ställa. Det mest uppenbara är strikt industrioberoende, där IPULS är ett varnande exempel på motsatsen. Ett annat är tung förankring i allmänmedicinen – fortbildning

som utgår från sjukhusspecialisternas behov och världsbild borde aldrig prydas med ett godkännande från SFAM. Samtidigt skall vi naturligtvis utnyttja den korsbefruktning som kan komma till stånd genom utbyte med andra specialistföreningar. Ett enkelt sätt att garantera det allmänmedicinska perspektivet är ett minimikrav på en allmänmedicinare i kursledning eller motsvarande styrgrupp.

**Till slut det jag ser som förebilder** när det gäller högkvalitativ fortbildning – jag har precis kommit hem från konsultationskurs på Kalymnos i sällskap med trevliga kollegor. Trygg stämning och ett fokus på kärnan i vår dagliga verksamhet borgar för mycket valuta för pengar och nedlagd tid. Annat som är värt att lyfta fram är FQ- och Balintgrupper, och det jag själv kan minst om ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog.

I detta nummer av Allmänmedicin kan ni också läsa en debattartikel om delvis samma ämne på sidan 26. Denna ledare och debattartikeln har tillkommit helt oberoende av varandra – kanske ett tecken att det är dags att det händer något i frågan.



Staffan Olsson

# Mätetal i vårdval

Kort sammanfattning av SFAMs rekommendationer kring Mätetal i vårdval.

Att mäta, mäta, mäta, mäta, mäta, mäta – är grunden i allt förbättringsarbete.  
 Men – allt är inte mätbart och måtten är ofta ganska grova!  
 I vårdvalet införs ett stort antal mätetal som anses avspegla kvaliteten i enheternas verksamhet. Många huvudmän baserar ersättningar på sådana mått.  
 En mångfacetterad verksamhet som primärvård kan svårligen fångas i ett rimligt antal mått.  
 Måtten blir osäkra på grund av små tal och varierande socioekonomi.  
 Mätandet kan skada konsultationen och arbetsmotivationen.  
 Kraven på deltagande i olika kvalitetsregister är inte rimliga.

Av Sven Engström

I vårdvalet kräver de flesta landsting in ett antal mått som anses avspegla kvaliteten på Enheternas arbete. När stora datamängder av evidensbaserade kvalitetsindikatorer presenteras i tabeller och figurer ger de ett vederhäftigt intryck. Bland läkare, sjukvårdspersonal, administratörer, politiker och allmänhet har många fått uppfattningen att vårdkvalitet kan mätas och betygsättas via kvalitetsindikatorer.

De flesta av huvudmännen har i enlighet med detta beslutat att fördela en viss del av ersättningen till enheterna efter kvalitetsresultat. Vidare önskar ledande politiker: ”sammanställa några få mått som speglar vårdkvaliteten på vårdcentralerna och presentera dessa öppet så att invånarna får ett bättre underlag i sitt vårdval”.

SFAMs kvalitetsråd som med oro iakttagit denna utveckling tog i våras initiativ till ett möte med styrelsen med syftet att skapa ett dokument med evidensbaserade rekommendationer kring uppföljning av enheter i vårdval. Dokumentet utformades i maj–juni och har varit ute på remiss under sommaren och en omarbetad version antogs av SFAMs styrelse 090906.

Jag skall här kommentera några grunddrag i detta dokument. Hela dokumentet finns tillgängligt på SFAMs hemsida.

Att mäta och jämföra med sig själv och andra är grunden i allt förbättringsarbete och bör uppmuntras och underlättas. Kvalitetsregister innehåller bra kvalitetsindikatorer och registren ger goda möjligheter till jämförelser med andra.

Men – kvalitetsindikatorer avspeglar skärvor av verkligheten.

Primärvården har ett mycket brett åtagande och många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården tillhör områden som svårligen är mätbara.

## Det icke mätbara

Det är sällan möjligt att sätta poäng på läkekonst, etik och humanism i patientmöten och prioriteringar i vardagen (se faktaruta 1).

## Faktaruta 1. Det icke mätbara

Verklig kvalitet för patienten och organisationen är:

- att patientens egen förmåga att hantera sjukdom, vardag och hälsa stärks (empowerment)
- att läkaren har tid att uppfatta patientens föreställningar och farhågor kring sitt hälsotillstånd samt patientens förväntningar på vården
- att det inte görs överflödiga utredningar och skapas oro i onödan, men att det inte heller görs för lite
- att patient och läkare tillsammans diskuterar och överenskommer om vård och behandling
- att patienten får tid och empati efter behov
- att patienten får värdig vård i livets slutskede
- att även anhöriga har möjlighet att få stöd i svåra situationer
- att det finns ett genomtänkt och fungerande stöd till, och handledning av, alla slags vårdyrkeslever

## Mätetalens begränsningar

I primärvård hanteras av olika professioner ett mycket brett spektrum av besvär, sjukdomar och problem. Patienter söker tidigt i sjukdomsförloppet och inte sällan är symtombilden oklar. På en normal vårdcentral använder till exempel läkarna på ett år 500–600 olika diagnoskoder.

Många av de äldre patienter som har någon av de stora folksjukdomarna behandlas samtidigt för ett flertal andra sjukdomar. Detta gör att grupperna av likartade patienter blir små och slumpens inverkan på resultaten stor. Enstaka patienters resultat kan helt förvrida enhetens resultat (se faktaruta 2).

Detta betyder att även evidensbaserade och kliniskt väl förankrade mått oftast inte kan användas för rangordning på vårdcentralnivå, och framförallt inte utgöra grund för ekonomisk ersättning.

## Faktaruta 2. Osäkerhet på grund av små tal

**Exempel:** Det gjordes en kvalitetsjämförelse år 2007 av hur de 32 vårdcentralerna i Jönköpings landsting behandlade för-  
maksflimmer hos patienter mellan 60 och 84 år.

Vid förmaksflimmer rekommenderas enligt gällande riktlinjer Waran för att förebygga blodproppar. På en av vårdcentralerna med 8300 invånare var det "bara" 50% som hade Waran. Det visade sig att materialet bestod av 18 patienter, varav nio saknade Waranbehandling. Vid en noggrann journalgenomgång hittade man kontraindikationer, eller att patienten aktivt valt att avstå från Waranbehandling, hos alla utom en av dessa nio patienter. Det som såg ut att vara diskutabelt var i själva verket god kvalitet.

### Skillnader i socioekonomi

Skillnader i socioekonomi mellan olika enheters listade patienter kan vara mycket stora. Det innebär betydande variationer i bland annat kunskapsnivå, ekonomiska möjligheter och levnadsvanor. Detta i sin tur påverkar motivationen för livsstilsförändringar, möjlighet att betala för dyra mediciner mm. Rättvisande jämförelser mellan vårdcentraler vars listade har skilda socioekonomiska förutsättningar skulle kräva mycket komplicerade system för korrigerings för dessa skillnader.

### Mäta rätt sak

Det vardagliga handlandet styrs i viss mån av vad som mäts och i hög grad av vad som ersätts. Mäter man bara enbart lätt specificerbara variabler så riskerar man att sammansatta medicinska problem, multisjuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan. Det enkla tas om hand, det komplicerade får vänta eller utförs inte alls.

### Att inte skada motivation och verksamhet

I primärvården finns en kunnig personal med ett personligt engagemang att ge en bra vård till sina patienter. Om vård-  
enhetens ekonomiska ersättning baseras på mått som mer avspeglar socioekonomi och slumpvariation än de egna insatserna minskar det motivation och lojalitet med huvudmannens mål.

Fokusering på vissa rapporterade specifika mått kan avledda uppmärksamheten från det som patienten önskar och behöver hjälp med. Mått och ersättning får inte leda till att värden börjar göra onödiga saker eller avstår från att göra viktiga saker i syfte att nå ekonomiska fördelar.

Ekonomisk ersättning för kvalitetsresultat riskerar att skapa incitament till att dölja de egna svagheterna i stället för att efterforska dem.

### Kvalitetsregister

Evidens saknas för att enbart deltagande i kvalitetsregister leder till bättre kvalitet i vården.

Att använda resultat i kvalitetsregister för att bedöma/rangordna vårdens kvalitet ger opålitliga resultat även med stora patientunderlag som på landstingsnivå (se faktaruta 3).

## Faktaruta 3. Nationella Diabetesregistrets resultat i Öppna Jämförelser

**A.** Ett antal kvalitetsmått används i **NDR:s** så kallade **landstingsindex** för att jämföra diabetesvården i de olika landstingen. Poängen baseras på andel uppnådda mål i respektive landsting i jämförelse med riket för sex indikatorer: fyra riskfaktorer (HbA1c  $\leq$ 6,0%, blodtryck  $\leq$ 130/80mmHg, total-kolesterol  $\leq$ 4,5 mmol/l, icke-rökare), ett processmått (kontroll av fotstatus sista året) och en komplikation (makroalbuminuri).

Jönköpings Landsting med ca 9000 rapporterade patienter hamnade år 2005 sämst i denna mätning och år 2007 bäst. Och detta utan att någon särskild insats genomfördes för att förbättra diabetesvården!

**B. Andel som nått målet BT < 130/80.** 2007 rankades Halland som 1:a med högst andel och Kalmar som 3:a av 21 landsting.

Samtidigt visar en utsökning via Socialstyrelsens Läkemedelsregister av andelen patienter med diabetesläkemedel som också fått blodtrycksänkande att Kalmar och Halland är de landsting där lägst andel får blodtrycksänkande behandling!

En förklaring är troligen de stora bortfallen (30–75%) och att data troligen inte är helt pålitliga.

Kvalitetsregister kan inte alls användas för rangordning/betygsättning av vårdcentraler på grund av för små tal, olikheter i diagnosättning, varierande patientmaterial och en låg och varierande täckningsgrad med stora och okontrollerade bortfall. Kvalitetsregister lämpar sig däremot väl för forskningsändamål, för att följa trender och behandlingsutfall under lång tid samt för att definiera områden där praxis behöver förbättras. Utdata kan användas som stöd för det lokala förbättringsarbetet.

### Förutsättning för ett meningsfullt deltagande av primärvården i kvalitetsregister är att.

1. Registret är anpassat för primärvården, både avseende val av patientgrupp och av indikatorer
2. Resultaten enkelt kan användas aktivt i förbättringsarbetet på enheterna.
3. Resultaten inte används för att bedöma vårdkvalitet eller som underlag för resursfördelning.
4. Registreringen (datafångsten) kräver rimlig arbetsinsats. Även automatisk datafångst kräver att de tre första villkoren är uppfyllda.

Innan nya register accepteras i primärvården måste det visas att de leder till förbättringar. Det bör ske genom att ett antal pilotvårdcentraler testar registret och att dess lämplighet och förbättringsnytta utvärderas innan registret införs i stor skala.

*forts.*

#### Vad kan då mätas?

Fem väsentliga områden anser vi har särskild tyngd i en kvalitetsuppföljning

1. Kontinuitet
2. Utbildning och kompetens
3. Telefontillgänglighet
4. Tillgänglighet till besök
5. Kallelsesystem för personer med kroniska sjukdomar.

I dokumentet redovisas förslag till mätetal inom dessa områden där vi försökt välja mått som inte är känsliga för olika sätt att göra samma arbete (manipulerbara) och som är statistiskt tillförlitliga även på så små enheter som vårdcentraler.

Som övergripande kvalitetskontroll rekommenderas en revision i linje med Medicinska kvalitetsrådets (MKR:s) medicinska kvalitetsrevision.

Primärvårdsenheter är ofta små och saknar ofta medarbetare som är meriterade inom vetenskap och förbättringskunskap. I varje sjukvårdsområde behövs därför stödresurser som stimulerar och underlättar enheternas eget förbättringsarbete.



**Sven Engström**  
distriktsläkare Gräna  
ordförande i SFAMs Kvalitetsråd

# Annons

Ur min kliniska vardag

# Förmiddag med förunderligt flyt

**D**enna onsdag förmiddag har jag planerat telefon-tid klockan 8–9, planerad tid för patientbesök 09.30–10.00 och därefter rond på sjukhemmet till klockan 12.00. Under min telefontid kommer syster Karin in:

– Maken till din patient som skulle vara här klockan 09.30 ringer till mig och säger att hon inte kan komma. Vill du tala med honom?

”Hej, det är Göran. Vi kan inte komma till dig, Vera vill inte, vi har inte råd till taxi och bussen vill hon inte ta. Men det är eländigt med henne.”

Jag har känt paret Frisk sedan några år. De har diabetes båda två, är i 60-årsåldern, sjukpensionerade. På något sätt hade de kommit på kant med sin förra vårdcentral, alkoholmissbruk finns i bakgrunden, men inte den sista tiden. Vera har också en bröstcancer, inkontinens och är nervöst lagd. Hon kan tillhöra de misshandlades skara, men inte i nuvarande äktenskap vad jag uppfattat. När jag lärde känna Vera hade hon en anseglig konsumtion av Sobril, som vi har lyckats få ned till bara 5–10 mg per dag. Vid ett par tillfällen har hon fått anfall som tolkats som epilepsi, slagit sig i ansiktet och på kroppen i fallet. Sjukhusläkaren satte in karbamazepin, som hon inte gillar att ta.

I journalen dyker det upp en anteckning från jourcentralen för två dagar sedan. Där framkommer att Vera hade kommit in med polis, hittad förvirrad på stan något alkoholpåverkad. Hon sade sig ha blivit ovän med sin man och sin bror och därför tänkt gå hem men sedan inte hittat vägen. Hon hade fått åka hem med polisen.

I går talade jag med henne i telefon.

”Det är så mycket hemskt här, så doktorn kan inte tro. Alla vet allt om mig. De kommer in genom balkongen och säger fula saker. Och Han försöker komma åt mig. Jag har en kniv, ifall...”

Det var då vi bestämde att hon skulle komma in i dag kl 09.30. Och nu vill hon inte.

Sköterskan och jag kollar möjligheterna. Vi har en bil ledig. Jag kan göra hembesök i stället för att de kommer hit.

09.25 parkerar jag på hyreshusets asfaltplan. Solskenet är mildt och fågelsång från trädgården uppmuntrar mig på vägen in. Huset har loftgång, få se om jag hittar rätt? Dörren är brun, Göran öppnar genast, hallen är murrig och luktar rök. Var är Vera? I köket står två använda kaffekoppar mittemot varandra på det lilla bordet. Jag sitter bredvid Vera, som röker, och mitt emot Göran. Vera tittar genom ögonvrån på mig, ser orolig ut, ger inte riktigt den vanliga kontakten. Hon är ovårdad men påklädd och nykter.

”Det händer så mycket otrevligt här, alla vet allt om mig. Hon som går förbi nu vet varför jag sitter här. Och han vill komma åt mig (blänger på sin man). Jag har en kniv under kudden ifall. Och inne på toaletten där har dom slagit mig, dom kom in genom balkongen. Och hela tiden väsnas dom.”

– Vera, känner du dig otrygg?

– Ja

– Vill du att jag ska hjälpa dig?

– Ja

– Hjälpen finns på sjukhuset, där du kan få hjälp med det du känner dig hotad av. Det är på psyket. Känner du till det?

– Ja, har varit där en gång.

– Vill du att jag ska hjälpa dig att få komma dit?

– Ja

– Vi kan åka med detsamma, jag har bil.

Jag känner att hon vill, att Göran blir lättad. Medan de packar en mycket liten väska ringer jag psyk. De tar emot genast.

Vi går över den soliga asfaltplanen i fågelsången och de stiger in i bilen. Hon vill inte att han ska sitta bredvid henne bak, så hon får sitta fram. Snart rullar vi in framför psykiatriska klinikkens entré. Jag följer med in. Vera håller mig under armen

Vi hittar läkaren som skulle ta emot oss. En stund sitter vi alla tre hos honom och jag gör en muntlig remiss. Jag känner att det är rätt, när jag en stund senare kan lämna Vera och Göran där i det ljusgula rummet hos den välvillige underläkaren.

10.25 är jag tillbaka på vårdcentralen och kan diktera in hembesöket och remissen till psyket. Jag är inte stressad när jag tar rondan på sjukhemmet. Klockan 12 kan jag gå på lunch med kollegorna.

Känslan att ha sett min patient bli sjuk i en paranoid psykos är sorg. Att trots allt ha fått henne att vilja ta emot hjälp, att få vara med och ge henne hjälpen ger känslan av glädje och en sorts tacksamhet. Jag känner mig som en del av ett större sammanhang, en liten kugge i ett stort maskineri, som fått göra nytta idag.



**Gunilla Byström**  
Vårdcentralen Viken, Örnsköldsvik



# Tveksamt "patientfokus"!

## Riktlinjer har gått vilse

Det är lovvärt med försök att få med patienternas synpunkter vid värdering av vårdens kvalitet. Socialstyrelsen följer i sitt riktlinjearbete helt diabetologernas patientenkät i NDR. Försöken att mäta och kvantifiera komplicerade begrepp måste dock ifrågasättas av begreppsliga och vetenskapliga skäl. Här väljer vi begreppet TRYGGHET som exempel, är en femgradig ordningsskala meningsfull och rimlig att hantera parametriskt? Risken är stor att "kvalitetsregistren" och dess uttolkare alltmer fjärrar sig från en komplicerad verklighet.

Först måste slås fast att det är bra att man försöker och provar metoder för att integrera patientens perspektiv i värderingen av given vård. Kritiken har under lång tid framförts mot nationella diabetesregistret NDR för bristande patientperspektiv. Jag menar att kritiken inte förstår den naturliga begränsningen i "kvalitetsregistret".

Internationellt används förkortningen PROM som uttolkas: Patient related outcome that matters. Montori diskuterar detta och drar några följdriktiga slutsatser av senare tiders stora studier och klinisk förnuftig erfarenhet i en viktig *Perspective* artikel i *Annals of Internal Medicine* (1). Där föreslås ett evidensbaserat skifte i synen på glykemisk kontroll.

För forskningsändamål används ofta ett frågebatteri kallat EQ 5D för att till exempel i läkemedelsstudier få med patientens upplevelse.

Frågorna är vad vetenskapsmännen kallar "validerade", att de mäter vad de avser att mäta. Frågorna är inte lätt tillgängliga på Internet av affärsmässiga sekretess-skäl (2).

### Hållbar diabetes hälsa enligt NDR (Sustainable health)

I årsberättelsen från NDR 2008 beskrivs kortfattat en enkät som testats vid 23 diabetesmottagningar och knappt 5000 patienter. Redovisningen är ännu mycket fragmentarisk och därför svårvärderad (3).

Metoden ska presenteras och kommenteras i läkartidningen (enligt registerhållare Soffia Gudbjörnsdottir, pers medd). Jag väljer att citera direkt ur årsberättelsen:

"Viktigt att notera är att det handlar om att få information om hur patienter upplever den diabetesvård, bemötande, råd och stöd, patientutbildning och tillgänglighet, som han/hon erbjuds och hur han/hon uppfattar sin livssituation."

"Totalt ingår knappt 30 frågor i enkäten där varje fråga har 5 svarsalternativ, rangordnade från vad som kännetecknar en bra situation till en dålig. Fem aspekter ingår: Information, trygghet, bemötande, egenvård och aktiviteter." "Istället för jämförelser med riksnitt kan man tänka sig att i framtiden införa 'riktlinjer' även för aspekter som visar hållbar hälsa."

"I studien ingår också att visa på hälsoekonomisk användbarhet. I framtiden borde det vara möjligt att beräkna kostnad per patient också inom primärvården. När så är möjligt, vissa försök pågår, kan kostnadseffektivitet beräknas med utgångspunkt i hållbar hälsa. Med hjälp av moderna ekonomiska analysmetoder kan aspekterna på hållbar hälsa, tillsammans med demografiska faktorer och kostnader, ingå i beräkningarna av kostnadseffektivitet. Effektiviteten kan beräknas för varje patient och för grupper av patienter. Kvalitetsregister, utbyggda med information om hållbar

hälsa, utgör en fantastisk källa för framtida hälsoekonomiska utvärderingar, baserade på individuella förhållanden istället för makroekonomiska medelvärden" (3).

**Socialstyrelsen** har redovisat en preliminär version av sitt riktlinjearbete (4). I bilagan kring "kvalitetsindikatorer" följer man helt okritiskt specialistföreningen och NDR. Detta motiveras inte i dokumenten! Arbetsättet med Delphi-grupper kunde möjligen ha fångat upp invändningar? Var finns evidensen och reflektionen?

I Läkartidningen framförde Rolfsson (5) avgörande kritik mot det vetenskapliga i användande av visuella analogskalan VAS för värdering av smärta. Subjektiva fenomen som smärta (eller trygghet) måste förstås i sina komplicerade sammanhang. Den biomedicinska reduktionismen försöker mäta med en metod som visserligen genererar siffror men dessa blir meningslösa. Ett endimensionellt så kallat "konstrukt" operationaliseras till en mätbar skala och på resultatet används parametriska metoder som inte är tillämpliga. De slutsatser som dras har inget vetenskapligt värde. Rolfsson föreslår andra metoder som visat större validitet och reliabilitet. Då blir det dessutom helt klart vad det är som försiggår, det vill säga vi frågar patienterna hur ont de har. Vi mäter ingenting.

Kritiken är tillämplig även på försö-

ken att kvantifiera ”trygghet” på en femgradig skala. Det börjar med ett (eller noll?) men otrygghet är väl negativ? Man verkar inte tänkt över vilken typ av data det är man hanterar. Är fyra dubbelt så tryggt som två?

Rolfsson jämför detta med tonåringens fråga ”Hur sur är du på en skala 0-10?”

År 2008 presenterade Diabetessköterskorna i en ”debattartikel” en av ett läkemedelsbolag helsponsrad enkätundersökning under rubriken ”Tala klarspråk om diabetes” (6). Jag väljer ett kort citat: ”Så många som 88 procent av de tillfrågade diabetikerna vet inte att diabetes ökar risken att drabbas av stroke. Studier visar att sjukdomen ökar risken för en stroke med tre till fyra gånger jämfört med risken för en person som inte har diabetes.”

Hur skulle tryggheten påverkas om intentionen i förslaget förverkligades? Den kliniska verkligheten är inte enkel. Ska äldre patienter med diabetes upplysas om risken för stroke?

### Trygghet

Begreppet smärta har i vår kultur en utpräglat negativ konnotation. Trygghet däremot en tidstypisk positiv. I konsultationen är dock begreppen mera komplicerade.

Information om exempelvis diabetes innehåller både positiva, hoppfulla uppgifter men även negativa. I kontakten med patienter menar jag att det är viktigt att vara sakligt korrekt och ärlig. Tolkningen av detta berör själva kärnan i patient-läkarrelationen.

Att verka för en ökad otrygghet har inget egenvärde men ibland måste man faktiskt lämna uppgifter som inte ökar tryggheten (i ”trygghetsnarkomanernas land”). Att sådan information ges kan vara en kvalitet i sig, och tvärtom kan undvikande att ge rimlig information vara uttryck för bristande vård.

Informationen bör ju vara korrekt och myter, även ”vetenskapliga”, undvikas. Nya fakta kan vara hoppfulla. Enligt Folkhälsorapport år 2005 går det

numera inte säkert att skilja på förväntad livslängd för kvinnor med och utan diabetes.

I socialstyrelsens genomgång av kvalitetsindikatorer (4) anges som felkälla att patienten inte vill svara på frågan om upplevelse av trygghet. För klinikern är den uppgiften tvärtom viktig kvalitativ information.

## ”Att en bristfällig och felaktig metod har spridd användning gör den ju inte bättre”

**Vilken metod ska användas** för att fastställa ett ”riktvärde” som bör uppnås? Ska NDR fastställa en lämplig trygghetsnivå?

Patientenkätens förenklade endimensionella tolkning fjärrar sig från en komplicerad verklighet, resultaten blir nonsens och ovetenskap.

Än värre blir det när dessa riktvärden ska relateras till andra surrogatmått. HbA1c har visat sig tveeggat. Patienter som pressas alltför mycket får bära tunga biverkningar och till och med ökad mortalitetsrisk.(1). Vetenskapsmännen som propagerar för de nya, dyra och otestade preparaten verkar inte bry sig om hur sänkningen av surrogatvariabeln åstadkoms.

Riktigt illa blir det när man betänker visionen om koppling till hälsoekonomi och styrmekanismer.

Det bör också påpekas att NDRs datagrupp ännu inte uppfyllt löftet om att redovisa jäv och intressekonflikter.

Användningen av EQ 5D bör begränsas till det som det kan vara avsett för. Möjligen fungerar det för forskningsändamål och jämförande läkemedelsstudier.

Att en bristfällig och felaktig metod har spridd användning gör den ju inte bättre.

E. Svensson har beskrivit statistiska metoder för analys av parade ordinaldata. För att dessa ska kunna användas krävs dock att svaren i enkät verkligen har en meningsfull ordningsstruktur. Har variabeln eller svaren på enkätfrågan om trygghet en sådan?

Det faktum att vissa aspekter lättare låter sig fångas i siffror än andra innebär att det finns en klar risk att man låter »svansen vifta på hunden« – i betydelsen att data får styra utvärderingen (7).

Jag vill avsluta med ett citat från E. Svensson i Läkartidningen ”Vad är behandlingseffekten om patienten blev bättre men ingen vet hur mycket” (7).

”Att välja rätt metod är en moralisk, etisk fråga. Är det forskningsetiskt att tilldela ett datamaterial egenskaper som det inte har och utifrån dessa antaganden välja statistiska metoder för analys? Är det medicinskt etiskt att tilldela patienten symptom som han eller hon inte har och behandla därefter? Vad är då värdet av evidensbaserade beslut?”

Hur hållbart (sustainable) är det – på en skala?

Peter Olsson

### Referenser:

1. Montori VM, Fernandez-Balsells M Glycemic Control in Type 2 Diabetes: Time for an Evidence-Based About-Face? Ann Intern Med. 2009;150:803-808.
2. <http://www.euroqol.org/> om EQ 5D
3. [https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport\\_NDR\\_2009.pdf](https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2009.pdf)
4. [http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella\\_riktlinjer/specnavigation/lasbestall/Diabetes/index.htm](http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/lasbestall/Diabetes/index.htm)
5. Rolfsson H. Fallgropar vid mätning av smärta. Visuella analogskalan som smärtskattningsmetod ifrågasatt. Läkartidningen 2009;106:591-3.
6. <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Svensk-forening-for-sjukskoterskor-i-Diabetesvard/Nyheter-och-debatt/Debatt/Tala-klarsprak-om-diabetes/>
7. Svensson E. Vad är behandlingseffekten om patienten blev bättre men ingen vet hur mycket? Statistisk metod för parade ordinaldata. Läkartidningen. 2007;104(8):596-601.

Annons

# Sjukdomsmotiv i skönlitteraturen

I tacksamhet till överläkare Eva Mrazek, onkolog, Centralsjukhuset Karlstad

Läkaren influerade mycket tidigt tankarnas värld. Homeros (ca 800 f.Kr.), diktaren och föregångaren för allehanda vetenskap, konst och kulturella framsteg, fördjupade sig i medicinska frågor, speciellt i krigstraumatologin. I Iliadens XI:e bok applicerades Eurypylos en ”besk, smärstillande rot” som blodstillande medel på sitt sår. Här är Homeros inte längre magiker utan en praktiker.

Herakleitos, den dunkle från Ephesos, (ca 550–480 f.Kr.) iakttar: *Läkarna som skär, bränner och på alla sätt illa pinar de sjuka klagar över att de inte erhåller en skälig ersättning från sjuka då de åstadkommer dessa ting* (Fragment 58). Denna observation om den girige, efter vinst och profit jagande läkaren förekommer inte bara i den tidiga satiriska litteraturen utan fortlever aktivt i våra dagars debatt om hyrläkarsystemet.

Trots att sjukdomar alltid haft en vardaglig närvaro förblev de ett marginaliserat tema i litteraturen fram till början av 1500-talet. Då gjorde sig också tvivel beträffande den hittills förmedlade medicinkunskapen gällande. Läkarna, som anslöt sig till Paracelsus, misstrodde den Aristoteliska – Galenosiska humoralpatologin och införde farmakologisk terapi. I denna epok mellan Galenos’ tradition och Paracelsus lokaliserar den medicinhistoriska vändpunkten till den nyare tidens medicin. Renässansen medförde en andlig förvandling. Nu gjordes också en rad med nya upptäckter. Vid denna tid blev läkaren en lärd person, liksom juristen och apotekaren. I och med denna statushöjning kunde läkare och lärda män blir karaktärer i den narrativa litteraturen. Av denna statusändring följde att den sjuke kände sig i underläge och förfördelad. Därmed finns en perfekt utgångspunkt för att göra sig lustig över läkarnas jargon och deras terapeutiska vanmakt. Molières *Den inbillade sjuke* 1673 tecknar ett paradexempel på läkarnas uppblåsta okunskap. Komedin spelar med kontrasten mellan läkarens pompösa disussion och hans terapeutiska armod. I andra pjäser lustiggör sig författare över det överdrivna analyserandet av urin. Vid denna tid var uringlasen en vitt synlig statusymbol i likhet med dagens kring halsen hängande stetoskop.



Först under 1800-talet blev läkaren i litteraturen en klok person och kom att gälla för att vara en ”realitetsexpert”.

Folkmedicinen har självklart påverkat litteraturen. Ett exempel är Carl Michael Bellmans *Aftonkväde* (Fredmans sånger N:o 32) med raden ...*at döden liksom käns hvar droppa blod förstela, i sjelfva helsans sköt...* Bellman tycks ha tänkt, att så snart man sover leverar sig blodet.

## Kärlek och vansinne

I kärleksdiktens kärleksdikt, *Höga visan*, klagar bruden två gånger över att hon är sjuk av kärlek. Den elegiske Sextus Propertius (ca. 50 –16 f.Kr.) hävdar att det är utsiktslös att läka *kärlek som sjukdom. Varje smärta, som besvärar människor, är läkning given; kärlek allene förmår den sjukdom helande läkaren.* I den antika kärleksdikningen är själsliga åkommor orsakade av kärlek ofta återgivna teman.

Kärlek som ”insania” och ”dementia”, alltså som psykiatrisk sjukdom och andlig ruin, emaneras ur svartsjukan. Det är inga skönlitterära metaforer utan är litterär text som beskriver själsliga avvikelser. Ariostos (1474–1533) skildrar i *Orlando furioso* hur Roland drabbas av en furios galenskap på grund av en rasande svartsjuka. Vi kan följa detta psykiska lidandet också i romanen *Don Quijote* av Miguel de Cervantes (1547–1616). Don Quijote blir andligen omtöcknad av att läsa alltför många riddarromaner – hans hjärna torkar ut. Men i hans fall är det anmärkningsvärt hur rationellt han uppträder inom sin sinnessjukdom jämfört med Orlandos okontrollerade förstörelsemani, där denne slår ihjäl djur och ryckar upp trån med rötterna.

Och i dag kan närmast varje psykiater räkna upp fall av tvångsneuroser förorsakade av patologisk kärlek. Många psykologer kan vittna om beteendestörningar à la tvångstillstånd med irrationala aggressioner och hämningsförluster hos älskande som icke förmår hålla sin hängivenhet i styr.

Kärlekssjukan läks med kärlek – renaste homeopati. Galenos (ca 130–201 e.Kr.) rekommenderar en terapi som leder bort från passionen, gärna genom att ingjuta fruktan och ångest.

En liten avstickare till den islamska litteraturen visar att även i islams klassiska diktning hittas kärleksjukdomen och kärleksdöden som ämnen. Jag tänker nu på *Tusen och en natt* och på den gammalpersiska diktningen *Wis och Ramin* från 1100-talet. I båda verken innehar kvinnan en mycket stark ställning. Hon är självständig och handlande, en situation som hon de facto inte intar eller förverkligar i det reella livet. Denna klyfta har ingen enkel förklaring men kan tydas med olika förklaringsmodeller utgående dels från de strikta, till despoten knytta samhällsnormerna, dels utifrån vardagliga religiösa implikationer. För oss västerländska läsare är den islamske mannens beredskap att lida så oerhört för sin kärlek – ett förhållande som är ännu mera utpräglat i de persiska ghaselerna än i den arabiska kärleksdiktningen – förunderlig och nästan obegriplig när vi vet att han tvingar kvinnan att leva i en underkuven ställning. I den manliga underkastelsen ruvar något betvingande tvetydigt.

### Pesten och syfilis

En ytterligare tyngdpunkt i utvecklingen om hur sjukdomen blev ett motiv i skönlitteraturen är epidemierna som ännu i våra dagar är aktuella. Boccaccios *Decamerone* är knuten till pesten, som härjade 1348 i Florens. Pesten är namnet på en fruktansvärd och obegriplig massdöd, en mardröm knuten till en vanmakt som är djupare än den apokalyptiska traditionen kan beskriva. I våra dagar är konsekvenserna av en dylik katastrof knappast möjliga att föreställa sig. Hur radikal och utrotande svarta döden var skildrar Boccaccio i sitt oförglömliga förord, en skildring av hur pesten ödelägger hela samhällets ordning och åstadkommer en fullständig upplösning av skrivna och oskrivna lagar, hur människorna deserterar från allt vad de äger och har, hur de i sin skräck inför dödens ansikte helt släpper skamkänsla och socialt ansvar, hur solidaritet och gemenskap faller isär, hur fobier blomstrar.

B  
O  
C  
C  
A  
C  
C  
I  
O



Boccaccio bemöts av Francesco Berni med en makaber burlesk diktning *"Pestens lov"*. Berni beklagar icke den samhälleliga upplösningen. Tvärtom firar han den som en premis för en anarkistisk frihet:

*Det spelar ingen roll vem som tigger eller ockrar:*

*Tigg bara och låna så mycket du kan;*

*Ty ingen fordringsägare besvärar dig.*

[...]

*Du är din egen herre och herre över de andra;*

*du iakttar hur människorna kring dig visar de konstigaste reaktioner;*

*du gör dig rolig över deras ångest.*

*Alla vackra saker är tillåtna;*

*Det är människorna nästan tillåtet att vara narraktiga.*

*Det här är den höga frihetens tid,*

*för var och en så kostbar.*

(Min översättning från tyskan)

**Edgar Allan Poes novell *Konung Pesten* (1835)** är en skräckberättelse om ett av mardröm framkallat delirium, "en icke oallegorisk berättelse" som Poe säger i undertiteln. Novellen tar sitt avstamp i 1300-talets pest i London och behandlar sedan dödens hotelse och den mänskliga friheten på ett burleskt sätt. Nobelpristagaren Albert Camus mest framgångsrika prosaverk är *Pesten* från 1947 där han framställer pesten som en *conditio humana*. Pesten är ett ofrånkomligt öde, den utgör ett icke analyserbart fenomen. Pestbakterien dör aldrig ut eller försvinner... "och kanske kommer dagen då pesten åter väcker och utsänder råttorna till olyckan och till människans undervisning..."

1990 utkom Stephen King med romanen *Pestens tid*, där militären framställer ett biologiskt stridsmedel, ett virus, som sprider sin dödlighet över hela världen.

Syfilis är den andra stora sjukdomen genom tiderna som berör fundamentala frågor om den sociala organisationen. Samtidigt avspeglar synen på syfilis de olika tidernas ideologier. Till syfilis är knutet skuld och skam, moraliska felsteg och Guds straff. Syfilis kan vara ett offer eller ett utifrån kommande öde.

I historien började den nya tiden med upptäckten av en gåtfull kontinent och samtidigt ett utbrott av en gåtfull sjukdom. Över sjukdomens ursprung är vi fram till våra dagar inte helt eniga. Knappast någon sjukdom har gett upphov till så många metaforer som syfilis. Initalt gör man sig lustig över sjukdomen samtidigt som man gäckas med läkarna. Ett beprövat sätt att kunna avvärja kollektivt ångesten och det fasansfulla.

Analogt till *"pestens lov"* finns dikten *"Syfilisens lov"* från Giovanni Francesco Bini. Här sägs syfilis oanat förfina bäraren, både moraliskt och kroppsligt:

”

## Nästa ämne för skönlitterär bearbetning blir demens, vår tids åkomma.

”

*Ty ser ni inte hur sjukdomen förfinar ansiktena;  
hur den spänner de grova lemmar,  
stärker de tunna, och minskar de tjocka?*

*Hur den (som konstens höjdpunkt)  
Låter framträda leder, nerver och ben*

*så behagfullt depilerar, rengör och skalar,  
att vem som helst ser ut som femtio, fast han är hundra.  
(Min tolkning från tyskan)*

I Henrik Ibsens samhällskritiska och av sarkastiska dialoger uppbyggda drama ”Gengångare” (1881) utgör syfilis axeln. Mellan fyra ögon förklarar Oswald för modern att han ådrog sig syfilis i Paris. Eftersom Oswald fruktade det med syfilis följande andliga förfallet skaffade han sig morfin, med vilken modern skulle befria honom från lidandet när det erfordras. När Oswald vid en soluppgång får ett anfall, måste modern avgöra om hon vill uppfylla sonens önskan. Skådespelet är 130 år gammalt men vi står idag fortfarande inför samma ställningstagande: skall vi följa patientens sista vilja eller inte?

### Cancer, AIDS, demens

Efterföljare till syfilis blev på 1980-talet AIDS. Litteratur om AIDS är ännu fragmentarisk. Det finns – till exempel på webben – hänvisningar till själv-outing och till litterära texter om denna veneriska sjukdom som sannolik startade i homosexuella kretsar. Detta ledde till en debatt om offentlighet kontra privatliv. Man läser om de drabbades rådlöshet och ångest. Sjukdomens långa inkubationstid gjorde åter differensen mellan sjuk och frisk flytande AIDS öppnar kroppen för en rad sjukdomar och oförutsedda transformationer, som ifrågasätter identiteten och får individen att tappa fotfästet.

På 1960-talet blev cancer sjukdomen par excellence. Den fick ett stort genomslag i den berättande litteraturen. Cancer blev ett signum för vår tid och därmed en av de viktigaste meningsbärarna. Liksom i ”AIDS-litteraturen” bearbetas i ”cancerlitteraturen” kroppsliga och sociala identitetsproblem utifrån både yttre och inre synvinklar. Cancerns ångestpotential är föremål för litterära analyser. I *Arvika Nyheter*, en lokaltidning,

beskrev nyligen en kirurg vilken djup dramatik det uppstår i teamet när det skall ge en patient cancerdiagnos. Susan Sontag metaforiserade cancer. Hon överförde bilden av cancer till samhället i form av symptom på en sjuk social kropp. Det är cancerens sätt att angripa den friska kroppen likt ett rovdjur, aggressivt och destruktivt, som gör den så väl ägnad till en metafor för farliga individer eller grupper, som vill upplösa samhällets ordning. Jämför Paulus (2. Tim. 2, 17):... *och deras tal skall fräta omkring sig såsom ett kräftisår*. Hård behandling med cytostatika, strålning eller operation inbjuder till att skapa modeller för hårda åtgärder mot sociala problem.

Canceren kräver att den sjuke skapar klarhet i sina relationer till människor och Gud. Kräften lägger en slöja över de sista tingen. Trots att canceren är lömsk och illistig och förorsakar hjälplöshet och ångest hos både den friske och sjuke får den ej ta makten över det personliga livet och bör inte heller blir föremål för sensationsbetonade framställningar i medierna. Berättelser från cancersjuka som har ”besegrat” sin kräfta är ytterst tvivelaktiga, eftersom en regress av canceren inte utgör en personlig prestation utan är främst ett resultat av högpres-tationsmedicin och ofantligt mycket tur.

Följer vi den gamla myten att kreativitet stimuleras av lidandet och dekadens, kan vi säga att varje tidevarv har använt sin periods sjukdom. Susan Sontag har argumenterat emot denna romantiska föreställning i sin bok ”Sjukdom som metafor”. Hon lyckas dock inte ändra litteratur- och konsthistorien.

Nästa ämne för skönlitterär bearbetning blir demens, vår tids åkomma. Demensen, först otydbar, kommer så småningom med sitt oroande minnesförfall som kan ge upphov till konspiratoriska känslor. Sedan kommer den förskräckliga vissheten att världen oåterkalleligen störtar samman och upphäver alla samtalsmöjligheter. Anhöriga antar att medvetandet är försvunnet, men får likväl svåra reaktioner när den dementsjuka skall till ett vårdhem. Ifrån den administrativ-politiska sidan ligger ett undanskuffande av de sjuka nära till hands, medan medicinen famlar efter en övertygande terapi för detta liv i ingenmansland.

Michaël Ossenkamp

# Tillgänglighet till primärvård är mer än väntetider

SKL genomför två gånger varje år mätningen *Väntetider i Vården* för att värdera hur primärvården klarar vårdgarantin det vill säga att patienterna får tid till läkare inom sju dagar. Det är en omfattande och arbetskrävande mätning. 947 vårdcentraler rapporterade över 134 000 besök vid mätningen våren (31 mars – 4 april) 2008. I *Öppna Jämförelser 2008* [1] redovisas utfallet (figur 1) och man konstaterar: ”Mätningen visar att i genomsnitt för riket fick 91 procent av de patienter som omfattas av vårdgarantin träffa en läkare inom föreskriven tid”. Landstinget i Jönköpings län ligger bra till i mätningen.

Mätmetoden har debatterats i *Dagens Medicin* [2–4] där företrädare för vården framhållit ”att mätsystemet inte ger någon vettig grund för jämförelser av tillgänglighet mellan vårdcentraler”. Ellen Hyttsten lovade i november 2005: ”Vi påbörjar nu ett arbete för att i nära samarbete med vårdens företrädare utveckla väntetidsmätningarna”.

**Tillgänglighet till primärvård** är ett komplext och svårfångat begrepp som beror på patientens behov och organisatoriska faktorer. Vissa patienter behöver komma till läkare inom någon dag, andra kan behöva en telefonkontakt och åter andra kan med fördel vänta ett par veckor för att få träffa rätt läkare. Hög kontinuitet som ger en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet [5] är ibland svårt att förena med korta väntetider. En vårdcentral kan vara organiserad så att man bara har tidboken öppen till exempel en vecka, man kan då aldrig boka en läkartid med mer än en veckas väntetid. Samtidigt uppstår ofta situationen att tiderna tar slut. När tiderna är slut kan man till exempel be patienten återkomma, hänvisa till jourcentral (jc) eller erbjuda patienten att bli kallad till sin doktor så fort det uppstår en tid.

Vecka 12 2009 genomfördes en tillgänglighetsmätning av sjuksköterskorna i telefonrådgivningen/tidbokningen på

de tolv vårdcentralerna i Jönköpings sjukvårdsområde. Man registrerade alla patienter som ansågs vara i behov av ett läkarbesök. I figur 2 framgår att andelen patienter som bokades för ett läkarbesök varierade avsevärt, liksom andelen som fick råd att ringa igen. Vårdcentralerna 1 och 2 var de enda där över 90 % av patienterna kunde få en läkartid.

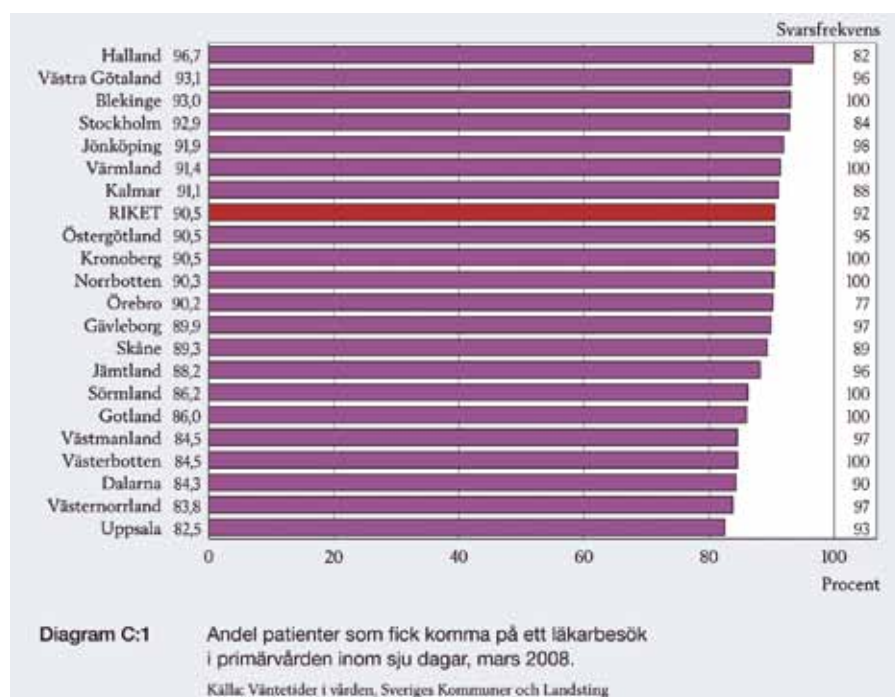
**I figur 3 framgår väntetiderna** för de patienter som fick en läkartid. De vårdcentraler som har de kortaste väntetiderna (våc 10, 12, 9) tycks ha sämst tillgänglighet enligt figur 2, det vill säga tvingas de flest patienter att ringa igen! Våc 2 klarar inte vårdgarantin men är den vårdcentral som i en annan mätning visat sig ha bäst kontinuitet.

Man kan konstatera att tillgängligheten till läkartider på en vårdcentral varierar och är ett svårfångat begrepp. Vår studie visar att väntetider inte alls speglar tillgängligheten till läkartider, det vill säga i vilken mån vårdgarantin uppfylls på vårdcentralerna i Jönköping.

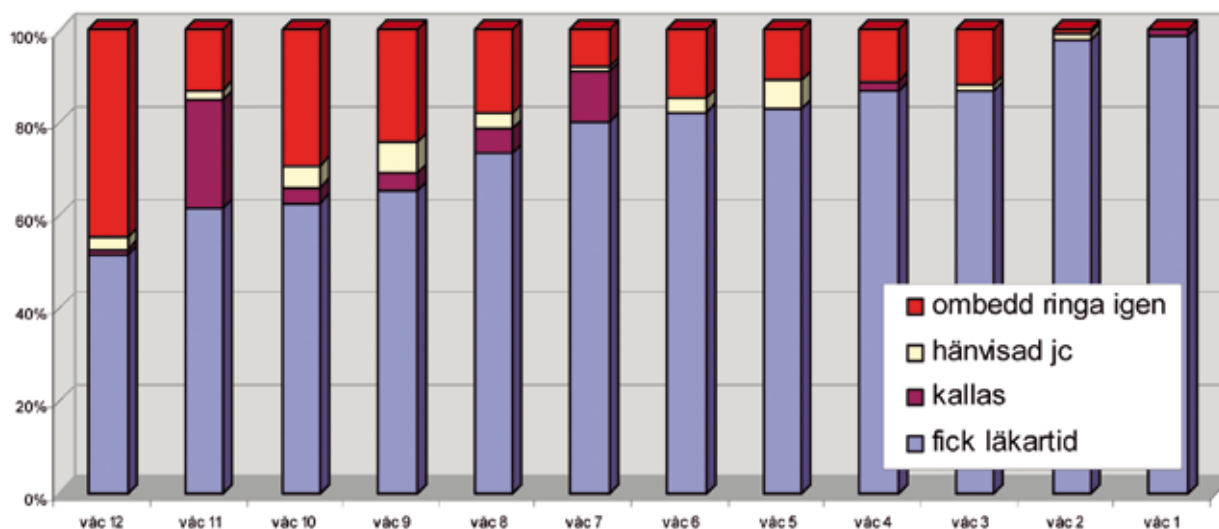
Sannolikt finns samma metodfel vid mätning i andra landsting. Kanske borde SKL utveckla sin mätmetod ytterligare? Det är inte rimligt att kräva att vården skall lägga ner så mycket arbete (registrering av cirka 250 000 läkarbesök v 13 + 14 2009) på en tveksam mätning!

Man behöver också fundera över hur man skall redovisa resultaten av årets mätningar i *Öppna Jämförelser*. Att påstå att väntetider speglar tillgängligheten fullt ut är inte trovärdigt!

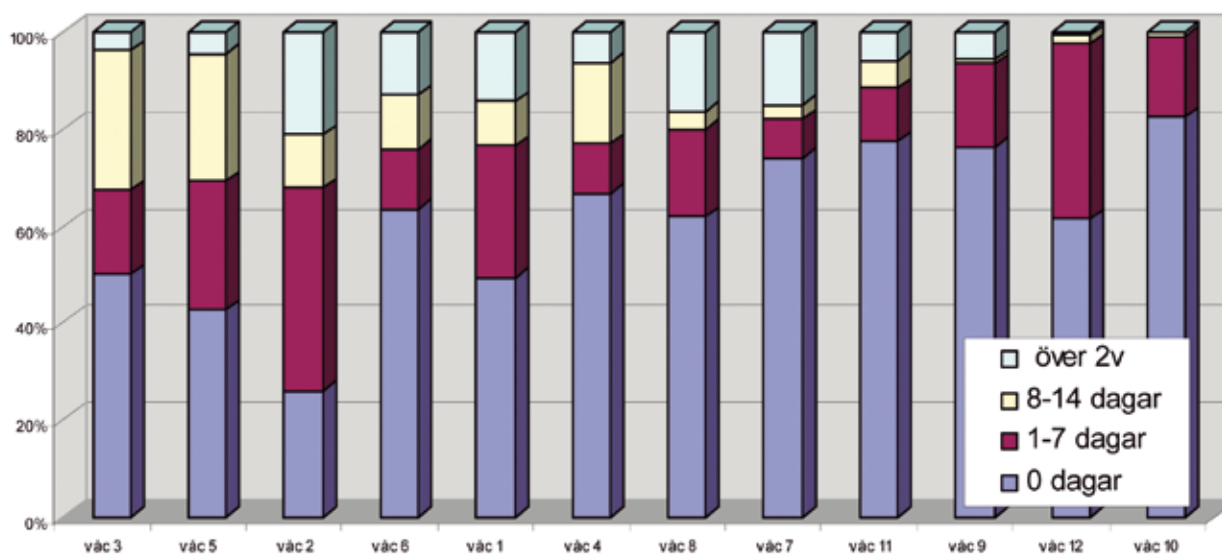
Kjell Lindström  
Kjell.Lindstrom@lj.se



**Figur 2. Tillgänglighet till läkarbesök v12 2009**  
(Patienter som ringde och av ssk bedömdes behöva läkartid)



**Figur 3. Väntetid till bokade läkarbesök för de som fick en läkartid**  
v12 2009 (väntetidsmätning enl. SKL)



#### Referenser

1. Öppna Jämförelser 2008. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Stockholm 2008.
2. Spång L, Flygt C, Eriksson T, Zethson M. Mätningarna av väntetider är rena stolligheter. Dagens Medicin 2005-11-02.
3. Hyttsten E. Jämförelser av resultat är bra för vården. Dagens Medicin 2005-11-16.
4. Spång L, Flygt C, Eriksson T, Zethson M. Väntetider är inget bra kvalitetsmått. Dagens Medicin 2005-11-30.
5. Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is the site of care equivalent to a primary clinician? Am J Public Health. 1998;88:1539-41.



Annons

# Vad gör Svenska Läkaresällskapet

## – eller varför alla läkare borde vara medlemmar!

**Under snart fyra år** har jag haft förmånen av få sitta i Svenska Läkaresällskapets nämnd, det vill säga dess styrelse. Det är mycket givande och stimulerande. I Läkaresällskapets nämnd företräder ledamöterna hela organisationen och sitter inte som representant för något specialitetsintresse, men det finns en medveten strävan efter en jämn könsfördelning, geografisk spridning och spridning över specialiteterna. Allmänmedicin är en stor sektion och numera är man angelägen om att det ska finnas allmänmedicinare i nämnden. Det är roligt att se vilken respekt vår sektion åtnjuter för allt nydanande arbete kring utbildningsfrågor, forskning, kvalitet, läkemedel mm.

Att Svenska Läkaresällskapet fyllde 200 år förra året har nog de flesta uppmärksammat och förhoppningsvis har jubileumsåret visat att det är en vital förening som nu går in i sitt tredje århundrade. Trots det hörs ibland funderingar över varför vi behöver en samlande organisation – räcker inte SFAM? – och vad skiljer egentligen Svenska Läkaresällskapet från Sveriges Läkarförbund? Jag ska därför kort beskriva något av Läkaresällskapets arbete.

**Svenska Läkaresällskapet** är läkarnas vetenskapliga organisation och är en obunden ideell förening, med omkring 18 000 medlemmar, och arbetar med frågor som rör medicinsk vetenskap, utbildning och kvalitet. I detta ingår läkares specialistutbildning och fortbildning, klinisk forskning, kvalitet och etik i vården med mera med mera.

Idag verkar Läkaresällskapet genom 66 vetenskapliga sektioner, nio lokala läkarsällskap, tolv associerade föreningar samt ett tiotal delegationer och kommittéer. Läkaresällskapet arrangerar den Medicinska riksstämman, webbsända tisdagssammankomster från Sällskapets hus i Stockholm, Berzelius-symposier, debatter och seminarier i aktuella ämnen, delar ut forskningsanslag, skapar och för dialog med maktbärare i särskilt angelägna frågor, föreslår experter till utredningar och kommittéer samt besvarar remisser från olika instanser. All denna aktivitet syftar förstås till att utveckla sjukvården, för patientens bästa. Det är naturligtvis samma sak som SFAM och andra sektioner också verkar för, men i tider av alltmer specialisering är det angeläget att det också finns ett organ som kan föra den medicinska professionens talan i viktiga sjukvårdsfrågor.

Läkaresällskapet har flera samarbetspartners, och en är Sveriges Läkarförbund, vår fackliga organisation. Vi har en gemensam syn i många frågor och flera gemensamma samarbetsorgan. Våra uppdrag skiljer sig dock åt. Läkaresällskapet kan som opartiskt organ i samhället driva de frågor vi själva beslutar om genom vårt fullmäktigemöte som är det högsta beslutande

organet. Där företräds sektionerna av ett antal fullmäktigemedlemmar som beräknas på hur många medlemmar i sektionen som också är det i Svenska Läkaresällskapet. Och synpunkter från fullmäktige spelar roll: efter förra årets fullmäktige kom Karin Lindhagen med konstruktiva synpunkter på hur fullmäktigemötet ska genomföras på ett bättre sätt och de synpunkterna har fått genomslag. I år är en av frågorna på fullmäktige frågan om stadgerevision, så att stadgarna kan vara praktiskt användbara i fråga om *vad* SLS ska göra och *hur* det får göras.

**Läkaresällskapets flaggskepp** är förstås den medicinska Riksstämman. Riksstämman är fortfarande Sveriges största medicinska möte och ger tusentals läkare från olika specialiteter och olika delar av landet möjlighet att ta del av de senaste rönen i olika ämnen via föredrag, seminarier och debatter. Den är också ett fantastiskt tillfälle att diskutera och debattera aktuella och viktiga sjukvårdsfrågor med kolleger från andra specialiteter, andra yrkesgrupper, politiker, tjänsteman och allmänhet. Riksstämman erbjuder också mycket bra utbildningstillfällen, även inom ledarskap, kommunikation, professionell utveckling, etik, vetenskap och kvalitetsutveckling. Formerna är under utveckling, bland annat efter förslag av kloka allmänmedicinare, som föreslagit mer interaktiva moment. Yngre läkare välkomnas särskilt – kom och lär!

I år äger Riksstämman rum i Stockholm den 25–27 november och har ett fullmatat program med mycket av intresse för allmänmedicin. På torsdagskvällen blir det en stor subventionerad fest på Münchenbryggeriet, som en uppföljning till den fantastiska jubileumsfesten för medlemmar i Göteborg förra året. Inträde på Riksstämman kostar inget för medlemmar.

Mer information om Läkaresällskapet och Riksstämman finns på [www.sls.se](http://www.sls.se). Där hittar du också information om de webbsända fortbildningsseminarierna, tisdagssammankomsterna.

Väl mött på Riksstämman, Fullmäktige, via webbsändningarna, SLS Aktuellt eller någon annan av våra aktiviteter! Jag hoppas på att vi blir många allmänmedicinare i SLS!



Svenska  
Läkaresällskapet



**Margareta Troein Töllborn**  
Vice ordförande  
(och förhoppningsvis ordförande  
från den 1 januari)

# Vad händer egentligen när patienten går ut genom dörren?

## Ny avhandling om resultat av allmänläkares konsultationer

Titel: **Outcomes from GPs' consultations**

Datum: **Disputation 4 juni 2009-07-03**

Plats: **Linköpings universitet**

Doktorand: **Annika Andén, allmänläkare Luleå**

Handledare: **Professor Carl-Edvard Rudebeck, Tromsø universitet, MD, allmänläkare Sven-Olof Andersson,**

**Umeå, docent Mats Foldevi, Linköpings universitet**

Opponent: **Professor Niels Bentzen, Köpenhamn**

Elektronisk adress till avhandlingen: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-18483>

E-post: [annika.anden@telia.com](mailto:annika.anden@telia.com); [annika.anden@nll.se](mailto:annika.anden@nll.se)

Avhandlingen kom till för att undersöka resultat av allmänläkares konsultationer i ett brett perspektiv och inte bara de som går lätt att mäta. Efter 25 års praktik som allmänläkare med en växande visshet om att konsultationer leder till resultat som inte benämns eller uppmärksammas var det dags att studera fakta.

Patienters besök hos allmänläkare kan handla om det mesta mellan födelse och död. Det är svårt att finna bra sätt att mäta resultat av en så bred verksamhet som allmänmedicin. Det är lättare att mäta och värdera hur vården utförs. I takt med att vård allt mer betraktas som en vara har industrins metoder att värdera resultat överförts till vård. I kvalitetsmått som används för att mäta och värdera allmänmedicin ligger tyngdpunkten på att mäta vårdens omständigheter och hur den utförs, inte på vad vården leder till.

I motsats till kvalitetsmätning handlar avhandlingen om resultatet av allmänläkares arbete. Vilka begrepp används av patienter och av allmänläkare för att beskriva resultat av konsultationer? Upplever allmänläkare och patienter resultat på samma sätt? Hur vanligt är det att patienter respektive allmänläkare upplever olika resultat?

### Vad har betraktats som resultat hittills?

Att patienten blivit nöjd är det resultat som oftast uppmärksammats i vetenskaplig litteratur. Sjukdomskontroll kan ibland mätas med olika prover, men tyvärr är det då så att även om provet kan mätas exakt med decimaler kan det ändå vara osäkert vad det har för betydelse för den enskilde patienten. Symtomlindring, patienters allmänna hälsa, följsamhet till råd och ordinationer och effektivitet avseende fortsatt vårdkonsumtion är begrepp som används för att beskriva resultat av allmänläkarvård. Enablement är ett begrepp som konstruerats för att beskriva om patienten fortsättningsvis bättre kan ta hand om sitt problem och sin hälsa.

Denna avhandling kom till för att söka efter resultat som inte uppmärksammats eller benämnts och att förstå om de resultat som beskrivs i studier eller utvärderingar faktiskt också upplevs av patienter och allmänläkare.

Först intervjuades patienter och allmänläkare om resultaten av nyligen genomgångna konsultationer. Därefter gjordes enkätfrågor med hjälp av de begrepp som framkommit. Patienter och allmänläkare fick besvara dessa enkäter avseende samma

konsultation. Slutligen användes läkarenkätens frågor tillsammans med frågor om hur allmänläkare uppfattade den kliniska situationen och fattade beslut.

### Vilka resultat beskrivs av patienter?

Patienter intervjuades inom en vecka efter en konsultation hos en allmänläkare om vad de fått ut av den. De använde begreppen bot/lindring, lugnande, bekräftelse, ökad förståelse, förändrad självbild och om de var nöjda för att beskriva resultat.

Att patienten kan få en förändrad självbild finns inte tidigare beskrivet som resultat av konsultationer hos allmänläkare. Fenomenet har studerats då det gäller hur människor anpassar sig till handikapp eller kronisk sjukdom. Här kunde det handla om både små och stora saker ”nu är jag en sådan som behöver äta medicin” eller ”det handlar om hela livet – hur mitt liv kan bli i fortsättningen?”

Nästan alla patienter tyckte att ”det viktigaste var att jag fått reda på vad jag har”. De var missnöjda om de inte fått reda på vad de hade – även om de blivit botade.

Patienter beskrev också att ett resultat kunde vara att de fick en bekräftelse, att det som de trodde själva var rätt eller att de inte missade något viktigt.

Patienterna beskrev aldrig en sjukskrivning eller ett recept som ett resultat av en konsultation. Ur patientens synvinkel är resultatet en förändring i ett sammanhang som handlar om personen, kroppen och förståelsen av vad som händer i den egna kroppen. Resultat handlar för patienten till stor del om att hantera livsförändringar som förorsakas av åldrande, ohälsa eller sjukdom. I första hand sker detta genom att man förstår vad som händer, i andra hand genom bot eller lindring och i tredje hand finna strategier för att anpassa sig till förändringen.

### Hur ser allmänläkare på resultaten av sina konsultationer?

Allmänläkare intervjuades om hur de uppfattade och tänkte sig resultat av sina senaste konsultationer och de beskrev fyra olika typer av resultat: Målet för konsultationen var patientens resultat. Ett annat resultat var att det byggdes en relation till patienten som en bas för framtida konsultationer. Ytterligare ett resultat var då de upptäckte att mottagningens rutiner behövde förändras. Efter nästan alla konsultationer gjorde de en värdering av sin

egen insats. Denna självvärdering gjordes i relation till vad som uppfattades som ett slags kollegialt konsensus om rätt och fel. Ibland var de tvungna att handla på ett annat sätt än i enlighet med den kollegiala normen, och då var det ofta med en känsla av misslyckande.

Allmänläkarnas uppfattning av vad deras patienter fick för resultat av konsultationerna beskrevs med begreppen bot/lindring, lugnande, ökad förståelse, förmåga att klara sig, kontroll av sjukdom/riskfaktor samt om patienten var nöjd.

När de beskrev att de kontrollerat patientens sjukdom beskrev de sällan vad detta kunde tänkas betyda för patienten som person utan de nöjde sig med att beskriva labprover och om dessa var tillfredställande eller inte.

Ett resultat som de beskrev var att de gav stöd åt patienten, så att han/hon skulle kunna klara sig. Detta kunde vara praktiskt genom en sjukskrivning men också genom att de helt enkelt fanns till för patienten. ”Han vet var jag finns och att han alltid kan höra av sig”.

### **Hur vanliga var resultaten och hur skilde sig allmänläkarnas och patienternas uppfattning om resultaten?**

En enkätstudie gjordes för att förstå mer om hur vanligt förekommande de olika resultaten var och hur de kunde tänkas hänga ihop. Läkare och patient besvarade varsin enkät rörande samma konsultation. Frågorna var utformade efter de resultat som framkommit i intervjuerna med patienter respektive allmänläkare. Patienter och allmänläkare besvarade alltså delvis samma och delvis olika frågor. Både patienter och läkare var nöjda i hög utsträckning. Läkarna var nöjda både med sin egen insats och att de trodde att patienterna var nöjda. Över 90% av patienterna var lugnade och kände sig bekräftade av konsultationen. För patienterna var en ökad förståelse det viktigaste och den hade uppnåtts i 75% av besöken, men bara i drygt hälften av besöken trodde läkaren att patienten förstått mer när så verkligen var fallet. Patienterna trodde på bot/lindring betydligt oftare än vad läkarna gjorde. Patienterna upplevde att de fått en förändrad bild av sig själva och sitt sätt att fungera efter hälften av besöken, det var alltså ett mycket vanligare resultat än förväntat.

Skillnader mellan allmänläkares och patienters uppfattning om konsultationens resultat kunde vara av tre slag. Dels upplevde de ibland resultatet från den faktiska konsultationen på olika sätt som beskrivits ovan. Dels uppfattade de konsultations resultat med delvis olika begrepp. Dels kunde de lägga något olika innebörd i samma begrepp, till exempel nöjd. Det beror bland annat på att de värderade med olika förutsättningar. För patienterna är resultatet något som hänt med dem själva medan läkarna gör en värdering i första hand i förhållande till vad som anses rätt i den kollegiala gruppen. Allmänläkare har nytta av att känna till dessa möjliga skillnader då de möter patienter.

### **Kliniska strategier**

Slutligen länkades kliniska strategier till hur läkare uppfattade resultatet av konsultationen. Omedelbar problemlösning användes i ungefär hälften av konsultationerna. Patienterna antogs ha blivit lugnade, nöjda och kunna klara sig bättre i högre utsträckning

då omedelbara beslut fattats än då besluten varit mer gradvisa. Ju mer psykosocialt innehåll konsultationen hade, desto mindre angav läkarna att de var nöjda och att de trodde att patienterna var nöjda.

### **Slutsatser**

Några begrepp har alltså framkommit som inte tidigare angetts som resultat av konsultationer hos allmänläkare. Patienten kan som ett resultat få en förändrad självbild. Fenomenet har studerats då det gäller hur människor anpassar sig till handikapp eller kronisk sjukdom, men finns inte tidigare beskrivet som resultat av konsultationer hos allmänläkare. En sådan förändring är värdefull att känna till så att den kan underlättas då patienten kan tänkas ha nytta av den, men även undvikas då den kan vara till förfång för patienten.

Att allmänläkare gör en värdering av sin insats i konsultationen i relation till vad som upplevs som kollegialt konsensus om rätt och fel har tidigare inte uppmärksamats som konsultationsresultat. En sådan värdering förklarar varför patienter och läkare inte alltid är nöjda med samma konsultationer.

Allmänläkarna angav att de förbättrade eller byggde en relation till sin patient. Detta är grunden för en patientcentrerad vård. De höll också ett öga på strukturen runt konsultationen och agerade då de tyckte att mottagningsrutiner behövde förändras.

Eftersom begreppen här framsprungit ur verkliga konsultationssituationer har avhandlingen även bekräftat begrepp som redan används för att beskriva konsultationens resultat. Några av dessa får här en lite annan betydelse än tidigare. I patientintervjuerna framkom att patienterna lägger stor vikt vid att få bekräftelse på huruvida deras egna föreställningar och idéer om vad som händer i kroppen är riktiga eller inte, bekräftelse var alltså något utöver att patienten blir lyssnad på och sedd som person.

Avhandlingen visar att det är viktigt att ta ställning till varför man vill värdera resultat av allmänläkarvård när man bestämmer hur det ska göras. Värderingsinstrument som utförs för att mäta kvalitet på vården ska inte förväxlas med resultat av vården.

### **Disputationen**

Disputationen genomfördes i en öppen och diskuterande anda där allmänläkares dagliga arbete öga mot öga med patienten stod i centrum. Frågorna som belyses i avhandlingen har också ett allmänt intresse vilket tydligt märktes i auditoriets uppmärksamhet och kommentarer. Niels Bentzen gratulerade Annika Andén för att hon åstadkommit viktig allmänmedicinsk grundforskning och hoppades att resultaten snabbt ska omsättas i utbildningen på olika nivåer och i fortsatt forskning.

Kommunicerande författare;

**Carl-Edvard Rudebeck,**

professor vid avdelningen för samhällsmedicin, Tromsø Universitet, Tromsø, Norge samt FOU-enheten vid Kalmar läns landsting.

**Annika Andén**

Bergnäsets Vårdcentral

# STIG ANDERSSON:

## Joost Lakmaker – överlevare från Auschwitz

Allmänläkaren Stig Andersson i Säffle, tillika medarbetare i AM, kom på 80-talet i kontakt med en överlevare från Auschwitz, Joost Lakmaker. Denne hade flyttat till Värmland från Stockholm dit han efter kriget emigrerat från Holland.

Det är nu en minskande skara som fortfarande lever med det blåtatuerade numret kvar på armen, allt suddigare och blekare med åren som flytt. Vi som sett dessa ödesmättade sifferrader på patienter och andra har väl ofta nog ryggat för deras fasansfulla innebörd, ofta nog har vi väjrt oss för ett närmande.

Det tog också Stig lång tid innan han tog Gud i hågen och beslöt genomföra levnadsberättelsen om Joost – som ju också länge stretade en del emot. Desto mer glädjande att projektet roddes i hamn.

**Resultatet:** en utomordentligt spännande, välskriven, fasansfull men ändå med ljusinsläpp försedd minnestekning över det mörkaste mörka i europeisk nutidshistoria.

Jag sträckläste boken på några timmar, besatt av spänningen hur detta skulle sluta. Hur kunde detta överlevas, hur kunde sedan en fortsättning gestalta sig?

Joosts livsöde är förvisso exceptionellt. Man förundras över hur mycken erfarenhet, hur många intryck och trauman som ett människoliv kan hinna med, ge plats, orka. Och det är ju först distansen och tillbakablicksen som kan visa denna spännvidd och

mångfald. Men det är här ingen otyglad memoar från egna kamraren, ej heller har forskarinsats eller källstudier varit i fokus. Här är det en berättelse som växt fram i dialog, som inspirerats av personliga möten.

I vårt arbete som allmänläkare tangerar vi ofta dessa berättelser. Vi märker att just dialogen förlöser glädjen att minnas. Stig har visat hur en fördjupad kontakt lyfter upp i ljuset det som bortom är, ger konturerna skarpa och konkretion, intresserar sig för detaljen som dolts i minnets gravsänka. I dialogen vässas hågkomsten.

Vi får på köpet utifrån det individuella perspektivet inte bara en europeisk historielektion. Jämväl får vi uppleva det gryende svenska välfärdssamhällets framväxt och möjligheter för en överlevare, berövad hela sin familj men inte sin egen livskraft och kreativitet.

Stig Anderssons anspråkslösa, vackert inbundna bok, har räddat oss ett livsöde. Numret må plånas ut men inte den totalitära maktens brännmärken på en människa. Berättelsen inspirerar allmänläkaren att fördjupa och utforska de historier som passerar oss.

Boken inhandlas via internet (Bokus, Adlibris) eller via författaren.

Inge Carlsson  
Eslöv

## Nyhet! Kulturspalten



Vi har ett privilegerat arbete. Det kan talas om att samhället blir mer kommersialiserat, ytligt och andefattigt, men de existentiella frågorna försvinner aldrig. Det blir vi varse på våra mottagningsrum. Vi arbetar och umgås med stora livsfrågor. Varje dag är en påminnelse om tillvarons skönhet och bräcklighet, om kamp och kaos. Men livskloka nog blir vi inte genom att bara arbeta. Det krävs att vi lever våra egna liv och att vi söker efter kunskap och inspiration – kanske inom konsten och i kulturens värld.

Vilka upplevelser inom konst och kultur har varit betydelsefulla för dig? Vilka ögonblick har skakat om? Vilken bild berört? Vilka ord, vilka diktstrofer? Vilket romanstycke? Vilka färger, former? Vilken filmscen?

Redaktionen presenterar här stolt Kulturspalten, ett nytt stående inslag i AllmänMedicin.

Vi tackar Torsten Green-Petersen som gav oss förslaget och som också blir den förste att bära och överlämna stafettspinnen. Vi tackar också AllmänMedicins norska motsvarighet Utposten som vi lånar idén av. Utposten har sin Lyrikkspalten där våra norska kollegor turas om att delge läsarna sina diktupplevelser.

Redaktionen



Illustrationer: Katarina Liliequist

## Flodhästens erinran

Förmodligen var det fortfarande vinter. Det var nämligen i regel fortfarande vinter i februari ett år på sjuttioalet. Då jag var 19 år och levde i en rusig överdos av Gunnar Ekelöf, flyttfåglar och Albert Camus. Visst fanns andra både svenska och utländska författare med nerv och komplikation. Naturligtvis var det så. Det anar vi. Men han som bar mitt namn ansåg i alla fall att det litterära landskapet just då var tämligen avlövadt eller tomhänt. Särskilt inrikes. Långt från Majakovskij och Allen Ginsburg som han befann sig. Historiskt respektive geografiskt. Även om båda förelåg nyöversatta till vårt lilla språkområde. Och nog är väl en revolutionär med målat ansikte och gul kostym eller en amerikansk hippie väl så uppfordrande förebilder för en tonåring.

Det var ändå överrumplande. En dag där i Kopparhusets bokhandel då realisationen brutit ut och Lars Noréns nya samling låg i en slarvig hög längst in med sitt anspråkslöst bruna yttre. Bara prydd av en tuschteckning signerad Carl Fredrik Hill. Ni vet han den visionära dären.

Detta var på den tiden då kampen hårdnade mellan fantasins och proletariats litteratur. Och Lars Norén hade tidigare varit en ganska ointressant författare höljd i experiment och dimmor.

Sen den dagen har dessa två strofer ur Lars Noréns "Kung Mej och andra dikter" följt mig såväl dagar som nätter. Och hela denna samling mer eller mindre emblematiskt utgjort mitt insteg till den poetiska världen.

Och inte är jag människa att förstå eller ännu mindre att förklara varför. Och om jag ändå försöker? Ja då blir svaret just ikväll såhär. Att jag plötsligt känner att texten griper om mitt röda hjärta och dess varma näve följer mina kammars slag och takt. Höger – vänster, höger – vänster. Visst kände jag mig redan då vilse i världen. Men aldrig hade jag sett utsattheten formulerad så exakt. Vilket innebar en möjligen ny och helt personlig litterär erfarenhet. Långt från Fatumeh. Ljusår från demonstrationen mot Francofascismen då vi klättrade över polisens kravallstaket framför Spanska ambassaden på Djurgården. Vilket nog var en handling präglad, också den, av lika delar politik och poesi.

Kanske att det inte betyder just mycket mer. Men i detta vilar, som en mätt och belåten flodhäst i Zambesifloden, ett slags bekräftelse. Fråga mig bara inte på vad.

*"Jag har gått vilse  
som två underbara hjortar*

*Likt en hjort  
skulle jag vilja gestalta mig inifrån  
men tystnaden är förfärlig*

*Likt en människa  
skulle jag vilja förbereda mig  
på den största ensamhet  
eftersom ensamheten tillhör henne  
Men tystnaden är förfärlig  
och tillhör inte längre det levande*

*Som om den  
fullbordade människan"*



Och med detta lämnar jag budkavlen eller den svettiga stafett-pinnen vidare till Erland Svensson. Fjällbackas provinsialläkare. Han är nog klok och komplicerad som en bok. Och outgrundlig som den arabiska natten. Hur som helst tycker jag mycket om honom trots att vi knappt känner varandra.

Torsten Green-Petersen  
Visby

# Svensk Informationsdatabas för Läkemedel – SIL – satsar på kvalitetsarbete

Det som är kännetecknande för Svensk Informationsdatabas för Läkemedel – SIL – är den kvalitetsgranskning som de medicinska källorna genomgår för att ge förskrivaren en så enhetlig och uppdaterad information som möjligt. – Som läkare måste man fatta snabba beslut. SIL ger mig en kvalitetssäkrad läkemedelsinformation som gör att jag kan känna mig trygg i de bedömningar jag gör, säger Anders Nilsson, specialist i allmänmedicin och ordförande i SILs medicinska referensgrupp.

SIL är sedan årsskiftet en del av Sjukvårdsrådgivningen SVR AB efter att ha drivits som ett landstingsgemensamt projekt sedan 2004. Dessutom förstärks SILs nya etablerade position genom ett nytt regeringsbeslut med ett direktiv om att SIL ska vara integrerat i alla journalsystem till årsskiftet.

**Syftet med SIL** är att alla förskrivare i Sverige ska få samma gemensamma läkemedelsinformation – oberoende av var de arbetar och vilket journalsystem de använder. En sådan genomgripande och heltäckande information har vi saknat, berättar Anders Nilsson.

– Det har tidigare funnits en allmän uppfattning att den befintliga läkemedelsinformationen är korrekt. Man har hämtat läkemedelsinformation separat från till exempel Apoteket och LIF utan att kvalitetssäkra den. Genom SILs kvalitetskontroll kan vi minimera riskerna för felaktig information, även om vi självklart inte kan garantera att den är helt felfri.

SIL innehåller bland annat medicinska källor från Läkemedelsverket, Läkemedelsindustriföreningen (LIF), Landstingens läkemedelskommittéer, Apoteket samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Interaktioner, utbytbarhet, förmånsbegränsningar och landstingens lokala rekommendationer utgör den betydande delen av SILs medicinska innehåll som dock är under ständig utveckling genom det arbete som görs inom SILs medicinska referensgrupp.

## Databasen uppdateras en gång i veckan

SIL-databasen produceras nu en gång i veckan. För de olika källorna varierar den grundläggande uppdateringen från daglig till årsvis. Susanne Haraldsson arbetar med kvalitetssäkringsprocessen som fungerar enligt ett visst schema.

–Vi importerar vår huvudkälla NPL<sup>1</sup> samt övriga källor på måndagar. Källorna kontrolleras var för sig och gentemot varandra. Vi gör ett hundratal automatiska och manuella kontroller och då avvikelser registreras åtgärdas dessa och avvikelserapporter skickas till källägarna. Vissa har beroendeförhållanden som innebär att en inbördes avstämning och uppdatering måste ske innan den sammanställda databasen presenteras utåt. Det är en fråga om kvalitet kontra snabbhet, en bra kvalitetskon-

troll begränsar uppdateringsfrekvensen. Kvalitetssäkringen av informationen i SIL-databasen tar vanligtvis ett par dagar och produktionen avslutas på torsdagar då databasen också görs tillgänglig via SILs ftp-server.

## Utrymme för förbättringar

Arbetet med att utveckla kvalitetskontrollen är en ständigt pågående process med utrymme för förbättringar. Att informationen presenteras enhetligt – exempelvis att likartade läkemedel presenteras på ett liknande sätt – underlättar arbetet för förskrivaren. Det finns ett behov av standardisering för att kunna presentera läkemedelsinformationen på ett enhetligt sätt så att det blir tydligt för förskrivaren. Ett sådant arbete har påbörjats, berättar Eva Pentakota som arbetar som kvalitetsgranskare.

– Om informationen är standardiserad blir det också lättare för journalsystemen att presentera den rätt och ge förskrivaren möjlighet att sortera informationen, förtydligar hon.

## Så hanteras avvikelser

En avvikelse i SIL-produktionen definieras som en inkonsistens i informationen inom en källa eller mellan olika källor. Samtliga avvikelser som korrigeras vid databasproduktionen rapporteras automatiskt till ansvariga källägare för att ge dem möjlighet att ge respons på utförda rättningar och att eventuellt korrigera i sina egna källor.

## Patientsäkerheten ökar genom SIL

SIL har vuxit fram ur en analys av dagens problem kring patientsäkerhet, där det har visat sig att ett flertal källor visar innehållsmässigt och tekniskt varierande sammansättning. Om förskrivaren i ordinationsögonblicket inte har tillgång till kvalitetssäkrad information kan detta leda till risker för patienten.

### Se SIL i ljud och bild

I Sjukvårdrådgivningens digitala presentation "Smarta stöd för säker vård" presenteras i ljud och bild ett flertal av de nationella IT-tjänsterna inom vård och omsorg. Där finns en presentation av SIL och en intervju med Anders Nilsson.

Du når presentationen via  
<http://smartastod.sjukvardsradgivningen.se/>

**"Enligt det nya avtalet som löper på två år ska SIL vara integrerat i landstingens datajournaler vid årsskiftet 2009/2010."**

### Nytt avtal stärker SILs ställning

Enligt ett nytt avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ska SIL vara integrerat i landstingens datajournaler vid årsskiftet.

– Att vi får detta, för oss så viktiga, breda stöd innebär att SIL blir snabbare tillgängligt för samtliga förskrivare. Framför allt är detta en viktig fråga för patientsäkerheten, säger Ulf Öhman, ordförande i SILs styrgrupp.

Det nya avtalet innebär att staten och SKL ska ta ett gemensamt ansvar för läkemedelsförmånerna där läkemedelskostnaderna ska finnas med i landstingens samlade prioriteringar. Inom avtalet lyfter man upp två sakfrågor, av vilka SIL är en. Enligt det nya avtalet som löper på två år ska SIL vara integrerat i landstingens datajournaler vid årsskiftet 2009/2010.

### Allt fler landsting har påbörjat arbetet

Alla landsting med Medidoc journal är uppkopplade mot SIL med Landstinget i Jönköpings län som pionjär år 2006. Därefter har Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och Region Skåne börjat använda SIL databas. SIL körs nu även i skarp drift i landstingen Västernorrland, Sörmland, Örebro och Blekinge via journalsystemet System Cross. Även MO och Infomedix är i drift med SIL integrerat. Allt fler journalsystem förbereder nu för SIL-integration parallellt med att det pågår ett arbete hos landstingen för att införa SIL i vården.

### Förmånsbegränsningar och landstingens rekommendationer viktiga

TLVs förmånsbegränsningar ingår i SIL men måste infogas i journalsystemen så att de blir tillgängliga för förskrivarna i ordinationsögonblicket.

Även landstingens rekommenderade läkemedel blir tillgängliga via SIL och kan anges som indikationer, som första-, andra- eller tredjehandsval samt som icke-rekommendation. Alla rekommendationer kan kompletteras med en kommentar.

**Lucienne Fredriksson**  
Informatör SIL

Tfn: 08-452 71 53, Mob 073-942 07 72  
[Lucienne.Fredriksson@sjukvardsradgivningen.se](mailto:Lucienne.Fredriksson@sjukvardsradgivningen.se)  
[www.silinfo.se](http://www.silinfo.se)



<sup>1</sup>Nationellt Produktregister för Läkemedel (NPL) är en databas som utvecklats och förvaltas av Läkemedelsverket i samarbete med Läkemedelsindustriföreningen, Apoteket och Läkemedelsförmånsnämnden.

## Vi kan lova lönsamhet på långsiktiga investeringar.

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

BLI FADDERFÖRETAG PÅ [WWW.SOS-BARNBYAR.SE/FORETAG](http://WWW.SOS-BARNBYAR.SE/FORETAG)



SOS-BARNBYAR



# "Skapar vården ohälsa?"

## – läs, reflektera och diskutera!

*Skapar vården ohälsa?  
Allmänmedicinska reflektioner*  
John Brodersen, Birgitta Hovelius,  
Lotte Hvas (red.)  
Lund: Studentlitteratur, 2009.  
Cirkapris 320:

I **våras utkom boken** "Skapar vården ohälsa?", en antologi med Birgitta Hovelius, professor emerita i allmänmedicin i Lund, samt danskarna John Brodersen och Lotte Hvas som redaktörer. Det är en bok med imponerande bredd och djup, skriven av ett stort antal nordiska allmänläkare. Läs den, och köp in den till mottagningen! Texterna tar ett brett grepp över många av sjukvårdens "avigsidor" och de krafter som stödjer medikalisering och överbehandling. Den sammanfattar en vital diskussion som funnits inom nordisk allmänmedicin i minst tio år, men kanske varit livligare i Danmark och Norge än hos oss.

Läsningen är stimulerande och ger upphov till många tankar hos en kliniskt aktiv allmänläkare. Är den utveckling som boken beskriver bestämd av krafter som vi inte rör på, som en del av det moderna samhällets framväxt, eller kan den påverkas? Kan en allmänläkare göra något i sin vardag? Vilken roll har allmänmedicinen i att utveckla teorier och påverka opinionen? Det behövs en bred diskussion om dessa frågor i svensk allmänmedicin, och jag tänkte försöka bidra med några personliga reflektioner.

**Jag uppfattar bokens kärna** som en kritik av den vidgning av begreppet sjukdom som skett i rask takt, en utveckling som dessutom förefaller att accelerera. Författarna ger många illustrativa exempel: hypertoni, hyperkolesterolemi, depression, menopausen, benskörhet och premenstruell dysfori. Man kan inte annat än instämma i författarnas kritik av denna utveckling, och frågan är vad allmänmedicinen kan göra. En försvarslinje borde vara att strida för en striktare definition av sjukdom. Det gäller både normala livsprocesser som görs till sjukdom (exempelvis menopausen),

och de riskfaktorer som omdefinieras till sjukdom (exempelvis måttligt högt blodtryck), varefter gränserna kontinuerligt ändras så att fler individer definieras som sjuka. Vår allmänmedicinska varningsklocka borde ringa när mer än 2,5 procent i en åldersgrupp definieras som sjuka. När så sker har ett tillstånd som statistiskt sett är normalt förklarats vara onormalt. Det kan kanske vara lämpligt i det enskilda fallet att sätta en sådan vid sjukdomsstämpel (som oftast leder till medicinering av stora delar av befolkningen). Men som allmänläkare bör vi granska argumenten för dessa vidare sjukdomsdefinitioner på ett mycket mer kritiskt sätt än vi gjort hittills.

**En annan försvarslinje kan vara** att försöka lämna motsatsparet sjuk – frisk litet oftare under våra konsultationer. Lotte Hvas skriver under rubriken "Medicin till friska" att friska människor är de som inte har symtom eller tecken på sjukdom. Hon fångar där att man både kan "känna sig frisk" och "vara frisk". I vårt samhälle har vi och andra läkare den yttersta definitionsrätten av vad som är en sjukdom och därmed vem som är frisk. Den enskilda patienten eller olika patientgrupper kan ha en annan uppfattning, men får nästan alltid stryka på foten när frågan ställs på sin spets. Sjukdomar som inte får läkarkårens godkännande har i regel ingen större framtid, ett exempel kan vara elallergi. Vi kan väl alla minnas improduktiva samtal med patienter som känt sig sjuka, medan vi förklarar att de inte är sjuka enligt vår (och Socialstyrelsens) medicinska bedömning.

Jag vill föreslå att vi istället för att fokusera på sjukdom i ökad utsträckning försöker samtala med våra patienter kring motsatsparet hälsa – ohälsa. Jag

ser två fördelar. För det första lämnar vi (så långt det går) diskussionerna om sjukdom, vilket i sig kan minska risken för medikalisering. För det andra är hälsobegreppet knutet till en känsla hos patienten ("fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande" enligt Socialstyrelsens termbank). Hälsobegreppet är därmed patientcentrerat, och passar utmärkt in i allmänmedicinska teorier för konsultationen. I boken finns en fin sammanställning av det arbete som framför allt Hanne Hollnagel och Kirsti Malterud gjort för att lyfta fram patientens eget hälsobegrepp och egna resurser i konsultationen. Det handlar inte minst om att utgå från hälsotankar istället för riskfaktorer. En allmänmedicinsk hållning är att i Hollnagels och Malteruds anda inta en salutogen hållning i samtalet, och betona patientens positiva sidor och utvecklingsmöjligheter. Ett sådant hälsoorienterat, salutogent och på empowerment inriktat förhållningssätt tror jag är allmänläkarens bästa försvarslinje mot medikaliseringen.

**Ett centralt tema i boken** är riskbegreppet. En grundlig genomgång görs av olika problem som finns kring begreppet. Om jag utgår från de patienter som söker mig menar jag att de oftast både är påverkade av ett salutogent hälsotänkande och av ett risktänkande. Kunskap om sambanden mellan många faktorer i förhållande till hälsa och sjukdom finns redan hos de allra flesta patienter. Oftast finns det känslor av stolthet över egna resurser och aktiviteter, känslor som man ibland vill dela med sig till mig som läkare och förhoppningsvis få stöd för. Samtidigt finns det ofta skamkänslor kring exempelvis övervikt, eller levnadsvanor som man inte är nöjd med. Inte minst finns en större eller mindre oro

över om olika signaler från kroppen är tecken på sjukdom, och om övervikten och bristen på motion kommer att leda till ohälsa. Denna oro har ofta spänts på av att någon anhörig eller vän fått en allvarlig sjukdom. Patientens oro över sin hälsa är också ofta berättigad. En låg självvärderad hälsa är som bekant en kraftfull prediktor för framtida sjukdom och död.

Redan när patienten kommer till min mottagning finns alltså hos henne ett komplicerat samspel av kunskap och känslor kring hälsa, symtom, sjukdom, social situation, riskfaktorer och hälsofaktorer. Jag menar att allmänläkaren är den idealiske samtalspartnern för patienten i dessa frågor. Ja, faktiskt den ende i samhället idag som har förutsättningar att hjälpa patienten att bringa ordning i denna oreda. Jämfört med andra tänkbara aktörer har vi många fördelar. Vi har förhoppningsvis den breda kunskap som krävs för detta samtal. Vi kan föra samtalet kring hälsa och ohälsa med utgångspunkt från de besvär patienten söker för. Vi behöver inte avsluta samtalet inom någon viss tidsperiod, utan kan föra det i lugn och ro över en längre tid, flera år. Vid behov kan vi komplettera den allt djupare kunskap vi får från samtalet med de mätvärden som är lämpliga i det enskilda fallet.

Jag menar att detta samtal över tid kring hälsa och sjukdom, kring hur hälsan ska förbättras eller en god hälsa bibehållas, är en huvuduppgift för allmänläkaren. Det är också en uppgift som vi redan idag ägnar stor uppmärksamhet. Riskbruksprojektets enkät till alla svenska allmänläkare 2009 visar höga andelar som ofta eller alltid talar med sina patienter om ämnen som rökning (93 procent), stress (60 procent) och fysisk aktivitet (85 procent). Olika svenska studier visar också att sådana samtal efterfrågas av en stor majoritet av våra patienter. Våra patienter upplever dessutom att läkare ofta ger information om hur man ska sköta sin hälsa respektive hålla sig frisk. När östgötar fick frågan om vem som ger sådan information så hamnade läkare något förvånande som god tvåa, strax

efter den egna familjen (1). Anledningen till att man vill samtala med oss läkare är säkert att vi har det största förtroendet som informationskälla om hälsa, sjukdomar och behandlingsformer av alla informationsgivare i samhället (1).

Det finns också hög evidens för att dessa samtal kring hälsa gör en skillnad för patienten på kort sikt, åtminstone upp till ett år. Efter att ha arbetat på två vårdcentraler i nio respektive sexton år menar jag att samtalet över tid har ännu bättre effekt, även om designproblem har gjort det svårt att studera den frågan på ett vetenskapligt sätt. Dessa samtal över tid är dessutom positiva, roliga, och energigivande för mig som allmänläkare. Den viktigaste frågan som boken väcker hos mig är hur vi kan utveckla detta samtal kring patientens hälsa, och undvika olika fallgropar.

**En viktig allmänmedicinsk hållning** är ha en bred syn på de faktorer som har med hälsa och sjukdom att göra. Framför allt tycker jag att vi ska lyfta fram sociala faktorer samband med hälsa och ohälsa mycket tydligare än vi har gjort. Detta gäller inte minst idag, när samhällets budskap ofta är att fokusera brist på fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och alkoholkonsumtion, utan att sätta dessa levnadsvanor i samband med de sociala miljöer där de skapats. "Blame the victim", eller "var och en sin egen hälsolyckas smed". Både i det enskilda samtalet, och i samhällsdebatten, borde vi sprida vår kunskap om samspelet mellan social situation, levnadsvanor och hälsa. Inte minst gäller det när vi diskuterar sambandet mellan olika faktorer och sjukdom. Ett exempel som boken diskuterar är riskdiagrammet SCORE. Man kan fråga sig om det är ett allmänmedicinskt synsätt att endast ta hänsyn till två biomedicinska mätvärden och ett riskbeteende när vi diskuterar hjärtsjukdomar med våra patienter? Denna fråga har dessutom ställts på sin spets efter Interheart-studiens publicering 2004, där ju nio faktorer kunde förklara 90 procent av insjuknandet i hjärtinfarkt (2). Studien citeras i ett intressant kapitel i boken, där Jan Håkansson och

Anders Hernborg ger förslag på hur allmänläkaren ska hantera prevention av hjärtkärlsjukdom.

Överhuvudtaget presenterar boken sådana fakta att allmänmedicinen bör fortsätta att diskutera hur ordet "risk" ska användas i patientsamtalet. I ett kapitel presenterar Peder Halvorsen studier som visar att "number needed to treat" påverkar patientens behandlingsvilja med läkemedel högst obetydligt. Ordet "risk" ligger nära "riskera". En vanlig reaktion bland mina patienter är att man inte vill riskera att få en allvarlig sjukdom som hjärtinfarkt. I det sammanhanget blir både den relativa och den absoluta risken ganska ointressanta för patienten. Jag tror att allmänmedicinen bör ta täten i den grannliga uppgiften att överföra den strida strömmen av forskningsresultat till muntlig information som är användbar för den enskilde patienten. Det kräver i sin tur både fler vetenskapliga studier, och en livfull debatt mellan kliniskt aktiva allmänläkare.

Dessa reflexioner speglar bara några frågeställningar i bokens rika mylla. Läs själv och ta ställning! Vi kan ha framför oss många intressanta diskussioner kring forskning, evidens, patientsamtalet och allmänmedicinens roll i samhällsdebatten om hälsa.

Lars Jerdén

Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge

#### Referenser

1. Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor. Rapport 2000:3; CMT (Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi). 2000
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.

# Allmänmedicinare!

## Det är dags att göra upp med gamla utbildningstraditioner!

**Vårdval i olika former sjösätts i rasande fart.** Ett experimenterande med en sedan decennier eftersatt primärvård. Kanske blir det bättre... eller så blir det inte det. Så mycket av eftertanke och förutseende hinner nationens och landstingens politiker och utredare i alla fall inte med.

Många kollegor från andra discipliner dyker upp i vårdvalet, ett mycket efterlängtat tillskott på läkarkrafter. En bra introduktion i den allmänmedicinska världen är dock inte bara önskvärd utan en nödvändighet och nu saknas den introduktionen. Vi noterar narkosläkaren som nu startar en liten vårdcentral i all hast i Göteborg och tänker oss att vi själva hoppar in på intensivvårdsavdelningen eller operationsalen utan någon som helst förberedelse. Samtidigt önskar vi att både narkosläkare och övriga kan se en ny inriktning av sin yrkeskarriär i primärvården, men med rätt förutsättningar.

I vårdvalet har kvalitetsaspekterna mest handlat om att mäta olika mer eller mindre tveksamma medicinska parametrar och föga om kvalitén på de läkare som skall stå för vården.

Vi tror att många med annan specialistbakgrund av ren självbevarelsedrift kommer att tillägna sig allmänmedicinsk kompetens på olika sätt; i arbetet på vårdcentralen med kollegor som redan har en allmänmedicinsk kompetens, på kurser och konferenser eller seminarier samt genom randning eller auskultation på sjukhus och mottagningar. Men med vetskap om hur få dagar som ägnas åt vidareutbildning bland läkare i allmänhet, så befarar vi att vårdkvalitén kommer att försämrans rejält.

Förresten, om man inte behöver vara specialist i allmänmedicin i vårdvalens Sverige, så behöver man väl inte vara specialist alls utan bara hoppa på tåget? Varför ska man då utbilda sig under 5 år för att bli specialist i allmänmedicin?

Det är dags att vi tar initiativet! Vi måste skynda nu medan vi fortfarande har en hyggligt bred bas med allmänmedicinskt kunnande i primärvården, innan stora årgångar av specialister i allmänmedicin pensioneras. Vi som en gång fick delar av vår allmänmedicinska utbildning på små och breda sjukhus måste på djupet inse att den tiden för länge sedan är förbi då en meningsfull allmänmedicinsk utbildning hade något med sjukhusvärlden att göra. Med allt färre sjukhus i landet blir det dessutom en omöjlighet att på sikt rekrytera allmänläkare till de orter som inte har ett eget sjukhus så länge stora delar av ST-utbildningen, trots ändrade målbeskrivningar, ändå envist fullgörs inom specialistsjukvården.

### 1. Låt hela ST-utbildningen till specialist i allmänmedicin ske vid vårdcentralen!

De stora sjukhusen är numera så subspecialiserade att någon mer generell medicinskt kunnande inte går att få. Man kan möjligen få lite kött på benen på den ena eller andra enheten för någon sjukdom som sällan förekommer i primärvården. Skyldighet att bedriva utbildningen bör åligga samtliga primärvårdsenheter, offentliga som privata.

### 2. Inför auskultationstid på sjukhusens avdelningar och mottagningar!

Det viktigaste för oss inom allmänmedicin är att känna till, inte att kunna utföra, de ingrepp och åtgärder som sker på sjukhusen. Viktigare för oss är att skapa kontaktytor mot den nu så fragmenterade slutenvården. Att ha bra relationer med och enkla kommunikationsvägar till slutenvårdskollegorna är viktigare än att ordinera rätt dropp etc. Ett antal auskultationsveckor per år bör vara obligatoriska. Att auskultationerna blir återkommande medför att man ständigt kan underhålla relationen till slutenvårdskollegorna.

### 3. Ge tydliga incitament för att bli specialist i allmänmedicin – certifiering!

Inför grundläggande obligatorisk certifiering för andra specialister innan de kan börja arbeta inom primärvården, ett prov på basalt kunnande både rent medicinskt och konsultationsmässigt. Differentiera ersättningen efter en grundläggande certifiering, men låt alla få full ersättning de första åren. Vid avsaknad av grundläggande certifiering eller utebliven specialistkompetens i allmänmedicin efter exempelvis fyra år – låt då ersättningen bli lägre. Låt alla dessa specialister få handledning utifrån sina individuella förutsättningar och därefter erhålla specialistkompetens i allmänmedicin.

Vi är inte heller främmande för en recertifiering för alla allmänmedicinspecialister vart femte år – erfarenheter finns att hämta från flera länder.

Grundläggande certifiering och recertifiering kan ske i samverkan mellan landstingens studierektorer och de allmänmedicinska institutionerna vid universiteten.



Det finns säkert mycket att tillägga till detta debattinlägg, men förslaget skulle på ett kvalitetsmässigt tryggt sätt införliva nya läkarkollegor från andra håll i ett allmänmedicinskt kunnande och förhållningssätt och samtidigt göra ST-utbildningen i allmänmedicin mer verksamhetsnära och relevant. Dessutom skulle möjligheterna öka till en bra kommunikation med det närliggande sjukhuset.

**Bertil Hagström**  
Med.dr., Göteborg

**Anna-Karin Svensson**  
studierektor i Gästrikland/Gävleborg

**Börje Svensson**  
chefläkare i primärvården i Gästrikland/Gävleborg

## Riksstämman 2009

# Vad händer kring allmänmedicin?

Årets medicinska riksstämma, den 25-27 november i Stockholm, har temat "Ökad kunskap och klokare vård – för patientens bästa". Ja, det är en fin rubrik över vad den medicinska och inte minst den allmänmedicinska forskningen egentligen går ut på. I år kommer som gästföreläsare Terje Johannessen från Norge och berättar om Norsk Elektronisk Legehandbok som är en elektronisk medicinsk uppslagsbok med kontinuerlig uppdatering som används brett av norska allmänläkare och andra läkare. Visionen är ett skandinaviskt samarbete. Ska vi i Sverige arbeta för en svensk version – vad tycker du?

Det allmänmedicinska programmet innehåller fria föredrag om bland annat faran med förtidspension, miljö- och hjärtsjukdom, snabbtest för demens och konsultation jämfört med SCORE för riskskattning. Cirka 20 postrar kommer att presenteras och ett stort antal symposier av allmänmedicinskt intresse. Kjell Lindström är moderator för ett angeläget symposium om kvalitetsregister och dess plats i förbättringsarbetet. Andra aktuella teman är de nya riktlinjerna för diabetesvården och samarbete kring vård av multisjuka äldre.

Föreningen för medicinsk psykologi arrangerar ett symposium med titeln "Utan tvivel är man inte riktigt klok" – det kan nog vara av intresse för många allmänläkare liksom en föreläsning med titeln "A GP practice as a secure base – for both patients and professionals" av en brittisk allmänläkarkollega, Andrew Elder .

Riksstämmans stora bredd med 80 stora symposier, många sektionssymposier och föredrag inom vitt skilda områden bjuder på en fantastisk fortbildningsarena utan avgift för den som är medlem i läkarsällskapet. Är vi många där skapas dessutom många kollegiala diskussioner vilket är en viktig väg till reflektion och utveckling av vårt arbete och vår specialitet.

Väl mött!

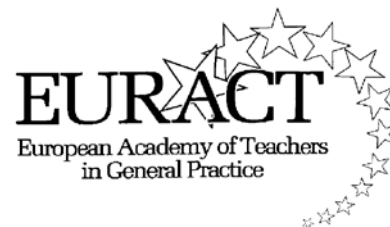
**Sara Holmberg**  
Vetenskaplig sekreterare SFAM



Svenska Läkaresällskapet  
**MEDICINSKA**  
**RIKSSTÄMMAN**  
S T O C K H O L M 2 0 0 9

**STOCKHOLM**  
**25-27 NOV 09**

# Årsrapport EURACT 2008 – 2009



EURACT, European Academy of Teachers in General Practice ([www.euract.org](http://www.euract.org)), är ett nätverk inom WONCAs Europaregion – ESGP/FM (European Society of General Practice/Family Medicine) för allmänmedicinska utbildnings- och kompetensutvecklingsfrågor under grundutbildning, AT/ST och fortbildning/CPD. EURACT har över 700 enskilda medlemmar i 39 länder. Varje land har en representant i EURACT-Council. Dessa möts två gånger per år, senast på Cypern respektive Ryssland. Senaste året har arbetet bland annat fokuserat på utformning av en "EURACT Performance Agenda", en översikt om "Re-training av GPs" och skapandet av en fördjupad handledarkurs, "Leonardo II" där en pilotkurs genomfördes i anslutning till Cypernmötet. Därutöver genomfördes "EURACT Assessment Course" (kompetensvärdering) i november 2008 i

Rom samt flera workshops under WONCA-mötet i Istanbul i september 2008, bland annat om CPD med personlig utvecklingsplan (PLP). EURACT samarbetar med andra nätverk som EGPRN (forskning) och Vasco da Gama Movement (utbildningsläkare). De enskilda svenska EURACT-medlemmarna erhåller särskilda utskick. I januari 2010 genomförs val till EURACT-Council för en ny 3-årsperiod.

För mer information hemsidan eller kontakta Monica Lindh, svensk representant i EURACT-Council sedan 2004.

**Monica Lindh**

Hälsocentralen Hofors, ST-Studierektor Syd, Division Primärvård,  
Gävleborg

---

# Annons

# Starkare och roligare tillsammans

– Allmänmedicin.se Forum, en ny mötesplats för Sveriges allmänläkare

Just hemkommen från den inspirerande konsultationskursen på ön Kalymnos i Grekland är betydelsen av kommunikation tydligare än någonsin. 24 allmänmedicinare var samlade och hade massor av diskussionslusta och bra idéer. Det gick nästan att ta på det uppdämda behovet av kollegiala samtal. Kursen var intensiv men det fanns också gott om tid för umgänge och kvällarna blev ofta sena på öns restauranger.

Jag har saknat en mötesplats för oss allmänläkare där vi kan diskutera, ventilera och stödja varandra. Sjukhusspecialisternas kliniker är ofta stora med läkargrupper som träffas på morgonmöten och i lunchrum och där aktuella och för specialiteten viktiga ämnen avhandlas kontinuerligt.

Allmänmedicinen har landets största läkargrupp men vi arbetar oftast ensamma och sitter utspridda geografiskt. Jag tror att det hämmar oss som kollektiv och att vi kan stå upp mycket bättre för vår specialitet med ett forum och en mötesplats. Dessutom blir arbetet mindre ensamt och mycket roligare.

SFAM:s ordbyte är utmärkt på sitt sätt men det fungerar huvudsakligen som en e-postlista där meddelandena tyvärr tenderar att fylla upp inkorgen då man har hektiska dagar och där överblickbarheten lätt går förlorad.

Nu kan vi ju inte alltid samlas på kurs och sena restaurangbesök passar bättre i Grekiska övärlden än hemma i Sverige. Webbplatsen och arbetsverktyget Allmänmedicin.se ([www.allmanmedicin.se](http://www.allmanmedicin.se)), som jag startat och ansvarar för, har i skrivande stund fler än 3 000 unika besökare varje månad från hela landet. Det är en avsevärd del av allmänläkarkåren.

Till sidan har jag sedan några veckor tillbaka kopplat ett kostnadsfritt och obundet diskussionsforum ([www.allmanmedicin.se/forum](http://www.allmanmedicin.se/forum)). Där finns oändliga möjligheter till debatt, frågor, tips och möten oss emellan. Man kan länka, lägga upp bilder, små filmer och skicka personliga meddelanden till varandra.

Du kanske vill dela med dig av ditt bästa knep för att få bort besvärliga vaxproppar? Eller kasta ut frågan om någon har erfarenhet av en viss läkemedelskombination. Kanske är du ilsken och frustrerad över den senaste primärvårdsreformen eller har hittat ett YouTube-klipp som inte får gå allmänläkarkåren förbi. Att hyra ut sin övernattningslägenhet till en kollega eller hoppas på en ledig stuga på Gotland rymms också inom forumet liksom dina bästa boktips, både professionellt och skönlitterärt.

Inläggen kan läsas även av den som inte är medlem men för att delta aktivt i debatten registrerar man sig enkelt som användare. Som användarnamn kan man välja vad som helst



som är ledigt. Antingen något anonymt (t.ex. Hippokrates) eller sitt eget namn (Anders Andersson). Allt efter önskemål från medlemmarna kan också delar av forumet göras tillgängligt bara för registrerade användare.

Om man vill kan man också koppla en bild till sin profil och en signatur som infogas i meddelandena. Det gör dina inlägg mer personliga.

Forumet är uppdelat i olika huvudkategorier: Nya rön, Klinik, Forskning, Anställning, Allmänmedicin som specialitet, Fortbildning och Fritid. På förstasidan kan man också se de senaste inläggens rubriker. Som registrerad användare så kan man svara på inlägg eller skapa nya diskussionstrådar. Man kan också söka i forumet efter det som intresserar en.

Vill man, som i ordbytet, underrättas med e-post när det kommer nya inlägg så kan man välja att bevaka en viss kategori. Det är en bra funktion när man skrivit inlägg där man väntar på respons.

Jag är övertygad om att vi inom allmänmedicinen blir starkare och får roligare tillsammans när vi får chansen att mötas och diskutera oberoende av geografi. Besök forumet och registrera dig redan idag!

**Fredrik Settergren,**  
VC Kroksbäck, Malmö.

Skapare av Allmänmedicin.se ([www.allmanmedicin.se](http://www.allmanmedicin.se))  
och Allmänmedicin.se Forum ([www.allmanmedicin.se/forum/](http://www.allmanmedicin.se/forum/))

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

Annika Eklund-Grönberg  
070-757 81 08  
annika eklund-gronberg@sfam.a.se

#### Vice ordförande

Björn Nilsson, 070-210 20 16  
Bjorn.nilsson@ptj.se

#### Facklig sekreterare

Anna-Karin Svensson, 070-311 39 96  
anna-karin.svensson@sfam.a.se

#### Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

#### Skattmästare

Ulf Peber  
Ulf.peber@sfam.a.se

#### Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-21020 16  
Froken\_andersson@hotmail.com

Eva Jaktlund  
Eva.jaktlund@sfam.a.se

Sofia Hellman  
Sofia.hellman@bredband.net

Mats Rydberg  
Mats.rydberg@lthalland.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

chefredaktor@sfam.a.se

#### SFAMs råd

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

#### Läkemedelsterapirådet

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

#### Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

#### Kvalitetsrådet

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

#### Informatikrådet

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

#### ST-rådet

Madelene Andersson  
Froken\_andersson@hotmail.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@lthblekinge.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

2009

### November

**SFAMs höstmöte i Uppsala**  
4-6 nov.

**Danska Lægedagar**  
9-13 nov. Köpenhamn, Danmark

**Riksstämman**  
25-27 nov. Stockholm

**December**  
**EURACTs kurs om Assessment**  
2-5 dec. Algarve, Portugal

2010

### Mars

**Vårnöte 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.kursdoktor.nu](http://www.kursdoktor.nu)

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

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

**Studierektorskollegiet**  
Stefan Persson  
Stefan.persson@ltblekinge.se

### Internationella kontaktpersoner

**EGPRN**  
Anders Håkansson  
Anders.Hakansson@smi.mas.lu.se

**Euract**  
Monica Lindh  
monica.lindh@lg.se

**Equip**  
Per Stenström & Birgitta Danielsson

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

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

**FYRBODAL\***  
Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vgregion.se

**NORRA ÄLVSBERG\***  
Ingen kontaktperson

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

**SKARABORG\***  
Ingen kontaktperson

\* vilande

**SFAMs kansli**  
Heléne Swärd  
helene.sward@sfam.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

**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)

Hans Händel, adjungerad redaktör  
[handel.hans@telia.com](mailto:handel.hans@telia.com)

Johanna Johansson, redaktionssekretär, 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 2009

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	5/1	24/2
2	16/3	5/5
3	5/5	23/6
4	3/8	18/9
5	14/9	3/11
6	2/11	18/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda



# Nya begrepp i konsultationsbranschen

**D**är ligger många oplöjda tegar i det allmänmedicinska landskapet. Men här och var har en del plogfäror dragit fram, plöjt och sått har man försökt, somt har kunnat skördas, på andra fält råder träda eller missväxt.

Så ser man en del perforationer. Det är ST-läkare som under mottot ”Gräv där du står” satt spaden i jorden. Liksom spaden är konsultationen ett verktyg. Verktyg behöver underhållas. I väntan på Resurser igångsätter jag en Pilot. Det pågår en halv dag. Det handlar som sig bör om Processredskap.

FFF i all ära. Begreppet är nu så bekant att man undrar om det inte snart ska utmönstras; kanske Rudebäck har nått på G? ST-läkare älskar numer komma ihåg FFF. I årets skriftliga prov hade en patient ett plötsligt rött öga. Diagnosen var det si och så med. Men FFF glömdes inte. Alltså, patienten märker om det är behov av tips och betänketid som ligger bakom doktors dröjande spörsmål: ”ööh... vad tänker du själv om ögat?”

Men till saken. Det finns enligt min hypotes en process före FFF, som styr FFF, som avgör FFF:s inriktning. Den kallas här DFT (Den Första Tanken) och DFÅ (Den Första Åtgärden). Hur tänker en patient som får ett symtom och vad gör vederbörande?

Snacka om *Olika*. Här behövs min Pilot. Jag väljer Ont i foten. Denna kalamitet drabbar alla medborgare minst en gång i livet. Man blir öm i ankel, på fotrygg eller över metatarsalbas I. För att inte tala om gikten. Någon gång i livet hemsöks doktorn till och med av en Mb Morton. Den av Fotont drabbade agerar nu på, just det, *olika sätt*. Medborgaren (ännu ej patient) slås av DFT! En rimlig hypotes är att redan DFT återspeglar ett flertal saker, särskilt passerade erfarenheter. Har man tidigare drabbats av fotont så är vips dessa hågkomster i åtanke. Dessa erinringar leder ofta helt fel. Fötter har, liksom livet, gått vidare. Nya grejer kan uppstå.

**Konsten att registrera ett symtom är väl utvecklad** hos somliga. Andra har avsevärd kompetens att förtränga. Allmänläkare känner vidare väl till att upphetsningsgraden, Sjöbrings soliditet, om han vågar nämnas, är nog så iakttagbar och diversifierad i populationen.

Redan DFT är bestickande och avslöjande för den vidare processen! Men det är bara förnamnet, när vi går över i DFÅ så slår signifikanta attityder ut i full blom.

Flertalet inspekterar nu foten. Förvånansvärt ofta ser den bestämt ut som den brukar. Ovana inspektörer kan dock förvånas över tillkomst av knölar och vridningar sedan förra besiktningen. Dessa får nu rangen av nytillkomna fynd.

Några visar efter tvagning sambo sin fot. Sambo eller motsv. gör i sin tur *olika* bedömningar. Dessa är ägnade att antingen bagatellisera eller att instifta oro. Sällan ges bedömningar av klockren relevans. Några stryker sedan på vad som kan finnas av utkramade tuber i skåpet. Oftast sker detta under mottot: ”det kan inte skada” (jfr Hippokrates).

Dom yngre har nu redan börjat Googla, de äldre tar hellre fram Hemmets läkarbok. Här inspireras till vidare uppslag: svamp, propp, cancer, nerv i kläm, gikt, rosfeber. Dessa diverse preludier leder nu patienten över till en mer konstruktiv handling, förlängningen av DFÅ. Från snack till verkstad!

Detta steg utfaller, just det, *olika*. Och står i beroende till det första steget. En del är lyckligt försedda med Husläkare som man djärves kontakta. Som man vet vem det är. En del har träffat utmärkta Stafettisar, men har efter Uppdrag Granskning med J. Josefsson blivit rådvilla. Några ringer sjukvårdsupplysningen i Korpilombolo och får rådet att söka läkare. Åter andra ringer VC:s semipermeabla ssk-filter. Här kan man slinka igenom. Eller stoppas. Det beror på verkar det som.

**Den patient som sitter framför dig har således genomgått en aktningvärd process. Flödet från Ax till Kaka har gått i vindlingar, serpentiner, passerat många bifurkationer, stannat upp, fortsatt.**

Dessa vägar är outhärliga. Fältet är oplöjt. En patients DFT och DFÅ avspeglar på skalor följande extremer, exempelvis:

- klokskap – dårskap
- optimism – pessimism
- omdömesgill – omdömeslös
- nätverk – eget race
- lugnande nätverk – uppstirrande kontakter
- gjort lumpen – obekant med Första Hjälpen

I en dialog med patienten avseende DVT och DVÅ kan således densamma klassas avseende väsentliga parametrar av betydelse för – ja, handläggningen, skulle jag nog vilja säga.

Patienten kommer. Jag testar. Lyckligt ovetande berättar han om hustrun, även grannen som kom in, salubrin, orudis, nyttan av pc, fot i högläge, försök komma fram i telefon, vad syster sa, och att en annan granne hade hört om en som fått en djävulsk spruta med nått penicillin som hjälpte.

Jag sätter mina kryss på skalorna. Det är jättetråkigt. Alla kryssen hamnar i mittan. Men hans berättelse var intressant, särskilt grannens inhopp var tänkvärt. Det blir liksom en ny dignitet i handläggningen, en slutpunkt för all spekulation ska sättas, det ultimata beskedet ska leveras och sätta alla inblandade på plats. På köpet en studie i socialmedicinsk praktik – trots att denna vetenskap är satt i karantän.

Jag är nu inne på att DFT och DNÅ kan användas – utan upphöjelse till teoribildning och vetenskap. Piloten har gjort sitt. Jag grävde ett litet hål. Och upp kom det som vi alltid försökt säga: det verkar finnas en liten knorr i varje möte.

Inge Carlsson