

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2009 ÅRGÅNG 30



Fortbildningen och hälsovalet/sid 17

Halva livet som allmänläkare i USA/sid 11 • Vårdvalets vindar/sid 13

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författar- och redaktionsanvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till chefredaktor@sfam.a.se



Bildtips!



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



Omslagsfoto: Siv Olsson

3 Ledare

Känslosam debatt i läkarkåren
Staffan Olsson

5 Vetenskap & Utveckling

Nya perspektiv på frågan om "det förebyggande" fått vad det förtjänar
Mats Granvik

8 Vetenskap & Utveckling

APO-metoden – ett fungerande arbetssätt för att utveckla allmänläkares yrkesroll
Margareta Troein Töllborn

11 Reportage/Porträtt

Halva livet som allmänläkare i USA
Hans Duvefelt

13 Krönika

Vårdvalets vindar
Eva Jaktland

14 Vetenskap & Utveckling

Forskning, fortbildning och implementering – hänger det ihop?
Helene Ekström

17 Fortbildning

Fortbildningen och hälsovalet
Anders Lundqvist

23 Vetenskap & Utveckling

Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete
Anders Hansson

26 Recensioner

Global Health – *Flera författare*
Tabletter för känsliga själar – *Fredrik Svenaeus*
Någonting är sjukt – *Per Lytsy*

33 Notiser

Örebro läns allmänläkarklubbs priser 2008
Bengt Karlsson
Nytt från SFAMs kvalitetsråd
Lennart Holmquist

34 SFAM informerar

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Vinst känsligt på vårdcentral – *Inge Carlsson*

Vilka lärdomar finns att hämta från grannländerna Norge och Danmark när det gäller att forma den allmänmedicinska fortbildningen i vårdvalstider?

Primärvården i Kalmar län inbjöd till konferens 5–6 mars på Stufvenäs Gästgiveri. Allmänmedicinsk fortbildning – nu och i morgon samlade ett fyrtiotal deltagare från hela länet och tre inbjudna gäster.
Sidan 17



Hans Duvefelt berättar om sina 28 år som allmänläkare i USA.
Sidan 11



Första delen av Anders Hanssons sammanfattning av avhandlingen "Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete".
Sidan 23

Annons



Känslosam debatt i läkarkåren

De senaste månaderna har två händelser väckt debatten till liv bland svenska läkare – Gazakriget och nu senast häktningen av en barnläkare, anklagad för barmhärtighetsmord. Händelserna har till synes inte mycket gemensamt, men reaktionerna bland kollegor verkar ha en del gemensamma nämnare.

Gazakriget rörde upp känslorna på ordbytet och på läkartidningens debattsidor – en falang ville reservationslöst fördöma Israels krig, och den andra gruppen förhöll sig skeptiskt till att delta i någondera sidans propaganda, även om man upprördes av lidandet bland Gazas folk. Känslorna blev inte svalare när man ifrågasatte den norska läkaren Mads Gilberts nödrop från ett sjukhus på Gaza. Det antydde att det var ett led i den palestinska sidans propaganda, mycket baserat på hans tidigare uttalande som till och med kan tolkas som ett stöd för attackerna mot USA den 11 september. En agenda utöver läkarkallet låg bortom knuten. Ännu mer komplext blir det i skenet av det otroliga arbete som han och hans närmaste medarbetare gjort på krigsskådeplatser runt om i världen de senaste decennierna. Och det är väl här nyansrikedomen blir nästan för mycket att ta in och dimensionerna för många för att hålla i luften samtidigt – samtidigt hjältedoktor och politisk varelse? Skicklig både med skalpellen och i dompteringen av media?

Här väcks den första frågan hos mig – om det hade varit en jurist eller logistikers utsaga från någon hjälporganisation som blivit föremål för debatten – hade det blivit lika laddat då? Vilka övermänskliga och oförvitliga egenskaper lägger vi egentligen in i våra kollegors karaktärer?

Liknande frågor väcks när man ser reaktionerna på häktningen av barnläkaren på Astrid Lindgrens sjukhus. Omedelbara, och i massmedia närmast fullständigt reservationslösa upprop till stöd för läkaren. Vid den här tidskriftens pressläggning är oklarheten fortfarande stor kring i stort sett alla detaljer i fallet. Det lär bli svårt att reparera skadan när det gäller allmänhetens förtroende för oss om domstolen finner att läkaren har gått rejält över gränsen – en nutida förmodligen välmenande änglamakerska istället för en samvetsgrann läkare som alltid ser till att lindra lidande utan att påskynda döendet. Den palliativa vården skulle kompliceras ytterligt, en hel del patienter skulle förvägras adekvat lindring i värsta fall. Det är bara att hoppas att hela historien är ett resultat av en kulturkrock mellan den medicinska och juridiska världen. Man får samtidigt hoppas att media och allmänhet klarar av en komplex och sammansatt bild av en kollega som högsta sannolikt inte är alltigenom god och i alla kliniska situationer har följt alla oskrivna och nedskrivna policies och riktlinjer.

Kollegialitet är en sak – det behövs för att stötta och underlätta i ett ibland tungt och ansvarsfullt yrke. Vi applåderar *whistleblowers* i läkemedelsindustrin och Sarah Wagnert som fick ge namn till Lex Sarah för uppmärksammandet av missförhållandena på Polhemsgården. Hade samma sak tagits emot med öppna armar inom kåren?

Det är dags att inse att läkareden inte ger oss automatisk immunitet mot dolda agendor eller allmän mänsklig svaghet i form av girighet, maktbegär eller fåfänga. Den svåra frågan blir hur vi skall balansera kollegialitet och sund kåranda med ett allmänt kritiskt förhållningssätt som även inkluderar aktörer inom kåren. Vi kan inte alltid externalisera våra gemensamma problem och alltid skylla på andra än oss själva – på de politiska strukturer som styr oss, på industrin eller andra externa aktörer.



Staffan Olsson

Annons

Nya perspektiv på frågan om "det förebyggande" fått vad det förtjänar

Har "det förebyggande" fått vad det förtjänar? var rubriken på en artikel i AllmänMedicin under 2002 (1). Frågan belystes utifrån dalkarlars och dalkullors rapportering i Landstinget Dalarnas återkommande postenkätundersökningar (befolkningsenkäter). Ett anmärkningsvärt stort glapp visade sig föreligga mellan alla de hälsofrämjande tankar som dalfolket rapporterat och omfattningen på hälso- och sjukvårdens – i synnerhet primärvårdens – engagemang i saken då denna konsulterats. Ett anmärkningsvärt stort glapp visade sig också föreligga mellan av landstinget utfärdade riktlinjer för distriktsläkares och distriktsköterskors alkohol- och tobaksintervention och tillämpningen i praktiken.

Utfallet av en väntrumsenkät som genomfördes 2008 kan få glappet att framstå som mindre anmärkningsvärt. Det rör sig då om att se det naturliga eller onaturliga i primärvårdens – representerade av distriktsläkarnas – engagemang i patienternas levnadsvanor och livssituation i relation till just de hälsoproblem som man sökt hjälp för.



Mats Granvik

Bakgrund

Av den artikel som publicerades för sex år sedan framgick det att så många som i runda tal åtta av tio i yrkesverksam ålder haft funderingar på att i hälsofrämjande syfte ändra något i sina levnadsvanor eller i vardagslivet i övrigt. Det framgick också att hälso- och sjukvården, i synnerhet primärvården, borde kunna uppvisa en betydligt offensivare framtoning på alkohol- och tobaksområdet. I runda tal åtta av tio med en "riskfylld" eller "hög" konsumtion av vin, sprit och starköl hade vid läkarbesök inte fört resonemang om alkoholvanorna och en nästan lika stor andel av dagligrökarna hade inte resonerat om sina rökvanor.

Så sent som 2006 visade landstingets befolkningsenkät (2) att i stort sett tre av fyra dagligrökare som under den senaste tolv månaders perioden varit på läkarbesök på sin vårdcentral för egna hälsoproblem inte uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare (eller sköterska) på sin vårdcentral fått hälsoråd

angående rökvanorna. Av riskbrukande män och kvinnor hade 96–97 procent inte uppfattat att man fått hälsoråd angående alkoholvanorna. Enligt landstingets riktlinjer för tobaks- och alkoholintervention (3) borde alla dessa ha uppfattat sig ha fått sådana råd.

Syfte, metod och material

I denna artikel redovisas överväganden som gjorts (4,5) kring hur ofta det under distriktsläkarbesöken, ur såväl ett patientperspektiv som ett läkarperspektiv, men framför allt det förra, kan anses vara naturligt eller onaturligt att ur ett behandlingsperspektiv föra frågor om levnadsvanor och social situation på tal, det vill säga hur ofta det kan anses motiverat med någon form av livsstilsintervention.

Två arbetsredskap

Alla empiriska iakttagelser som redovisas bygger på uppgifter som dalfolk i åldrarna 20–64 år lämnade i den postenkätundersökning som Landstinget

Dalarna genomförde under vårvintern 2006 och på uppgifter som distriktsläkare och vuxna patienter lämnade i den väntrumsenkät som användes inför distriktsläkarkonsultationerna vid fyra vårdcentraler i Dalarna under februari månad 2008. De båda arbetsredskapen och det undersökningsmaterial som dessa genererade har tidigare kortfattats beskrivits i tidskriften (6).

Nyckelfrågor

Såväl befolkningsenkäten som väntrumsenkäten hade fokus på aktuella tobaks-, alkohol- och motionsvanor. Därutöver var två i de båda arbetsredskapen närapå helt likalydande frågor, formulerade utifrån Kirsti Malteruds fyra nyckelfrågor (7) för ett patientcentrerat förhållningssätt, av central betydelse: *Vad tror Du har orsakat de hälsoproblem Du söker för?* och *Vad skulle Du själv kunna ändra på för att må bättre?* De två frågorna hade nio respektive sju fasta svarsalternativ och ett öppet.



Såväl befolkningsenkäten som väntrumsenkäten hade fokus på aktuella tobaks-, alkohol- och motionsvanor.

Resultat

Resonemang och rådgivning

Från det kring rapporteringarna i väntrumsenkäten gjorda utredningsarbetet (4,5) kan det lyftas fram att levnadsvanor och social situation hos vuxna patienter aktualiserats av distriktsläkarna genom "resonemang" eller "rådgivning" så ofta som i ungefär vartannat besök bland dem som besvarat enkätfrågorna (oftast har det handlat om ett aktualiserande av motionsvanorna). Det tyder närmast på ett ur behandlingssynpunkt omfattande engagemang i patienternas vardagsliv då patienterna – med ett ifyllande av enkäten – visat sig vara kommunicerbara i frågor om levnadsvanor och social situation och beaktat alla besök som gjorts för vanligtvis helt okomplicerade hälsoproblem som fotvårter, födelsemärken, öronvärk, halsont och snuva, hälsoproblem som såväl patienterna som distriktsläkarna i allmänhet uppenbarligen inte finner det motiverat att koppla till omständigheter i vardagslivet: "I förhållande till besöksorsaken vanligen helt irrelevanta frågor", "Merparten av patienterna som söker är på grund av andra orsaker än sjukskrivning eller livsstilsorienterade problem...", "Många patienter sökte för åkommor där frågorna om livsstil inte kändes så relevanta, till exempel infektioner...", "Orsaken till sjukdomen är oftare virus, ärftlighet, okänd etcetera".

Bortfallet i väntrumsenkäten blev cirka 40 procent och har av företrädare för berörda verksamheter setts i ljuset av dels "bristande motivation att fylla i enkäter bland patienter med tämligen okomplicerade hälsoproblem", dels "glömska hos personal i receptionen" i "en hektisk vardag".

Andelen besök av vuxna där det för såväl läkarna som patienterna kan te sig

långsökt eller helt omotiverat att ta upp levnadsvanor eller social situation mot bakgrund av det aktuella hälsoproblemet kan röra sig om åtminstone 30 procent (de två framförda huvudorsakerna till undersökningsbortfallet har i beräkningen antagits ha spelat en lika stor roll). Det betyder att distriktsläkare aktualiserat levnadsvanor och social situation hos vuxna patienter genom "resonemang" eller "rådgivning" i, uppskattningsvis, ungefär vart tredje besök sett till samtliga besök som man haft.

Ur ett patientperspektiv borde någon form av hjälp (stöd, uppmuntran, råd, ordination, hänvisning...) från allmänläkarens sida kring levnadsvanor och social situation vara naturlig eller motiverad i bortåt nästan hälften av de besök som 20–74-åringar gör – med hänsyn till lätt identifierbara, och långt framskridna, tankar på hälsofrämjande förändringar i vardagen som kunde blottläggas av frågan *Vad skulle Du själv kunna ändra på för att må bättre?*

Trots "ett ur behandlingssynpunkt omfattande engagemang i patienternas vardagsliv från allmänläkarens sida" så missade distriktsläkare sannolikt en möjlighet till motiverad och naturlig livsstilsintervention (resonemang, råd, recept på motion, "uppmuntran på vägen" med mera) i upp till ungefär vart femte besök – sett till alla de långt framskridna och lätt identifierbara tankar på hälsofrämjande förändringar i vardagen som patienterna deklarerade. För grovt sett varannan patient som i hälsofrämjande syfte uttryckt en positiv inställning till förändringar av kost-, motions-, rök- och alkoholvanorna hade läkarna inte markerat att något resonemang eller någon (uppmuntrande) rådgivning skett. Detta kan till viss del tänkas bero på att en koppling mellan dessa levnadsvanor

och det hälsoproblem man sökt hjälp för kan te sig långsökt utifrån läkarens perspektiv.

Alkoholintervention

Att för distriktsläkare alkoholintervention ta utgångspunkten i patientens aktuella hälsoproblem – vilket föreslås av Svensk Förening för Allmänmedicin (8) – synes enligt rapporteringen i väntrumsenkäten vara en inte alltför lättframkomlig väg. Av 136 kvinnliga besökare som (enligt en lätt reviderad checklista från Västerbottens läns landsting (9) fått en diagnos som kan motivera fördjupad alkoholanamnes eller alkoholintervention anser endast en att man skulle kunna ändra på sina alkoholvanor i hälsofrämjande syfte och av 118 manliga besökare med en sådan diagnos anser också endast en att man skulle kunna ändra på sina alkoholvanor i hälsofrämjande syfte.

Recept på motion

På det hälsopolitiska området har ambitionen varit att få läkare att skriva ut recept på motionsaktiviteter som promenader, stavgång och simning lika naturligt som ordination av mediciner.

Att, som framkommit av rapporteringen i väntrumsenkäten, endast 27 ordinationer av fysisk aktivitet utfärdats vid 1 880 läkarbesök (gjorda av 20-åringar och äldre) – medan läkemedel ordinerats i över 1 000 av besöken – tyder att recept på motion ännu är en tämligen marginell företeelse.

Från forskning som bedrivits vid Linköpings universitet (10) har det hävdats att "var tredje patient är en potentiell receptkund för motion" utifrån ett patientperspektiv. Detta rimmar väl med vad som kunnat klarläggas från patienternas rapportering i februari månads väntrumsenkät i Dalarna.

Rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till att de ökar sin fysiska aktivitet med 15–50 procent under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Upprepade kontakter under flera månader medför en ytterligare ökad aktivitetsnivå. Kompletteras rådgivningen med recept på fysisk aktivitet ökas den fysiska aktivitetsnivån med ytterligare 15–50 procent (11)

Avslutande kommentar

Jämförelser mellan befolkningens (patienternas) rapportering i landstingets befolkningsenkäter och distriktsläkarnas rapportering i väntrumsenkäten avseende engagemanget i patienters rök- och alkoholvanor tyder närmast på att engagemanget i såväl rök- som alkoholvanorna oftare varit aktiva inslag i konsultationerna enligt distriktsläkarnas rapportering. Vad gäller det högre engagemanget i rökvanorna kan det bero på att distriktsläkare tillämpat en vid definition av väntrumsenkätens ”resonemang/rådgivning”. Ett tecken på att så varit fallet är att det från den statistiska sammanställningen {4} framkommit att ”resonemang” om rökvanorna oftare markerats för icke-rökare än för rökare, vilket kan botten i att distriktsläkare aktualiserat rökvanorna med frågan ”Röker du?” Det hör till saken att verksamheterna premieras i budgethänseende om frågan når en viss omfattning.

Mats Granvik
mats.granvik@ltdalarna.se

Referenser:

- 1 Granvik, M. Har ”det förebyggande” fått vad det förtjänar? AllmänMedicin nr 3 2002, 176-180.
- 2 Granvik M. 2006 års postenkätundersökning – Kompletterande resultatredovisning med fokus på befolkningens levnadsvanor ur hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Utredningsrapport nr 143 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base__912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun april 2007.
- 3 Landstinget Dalarna. Riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskors intervention gentemot daglig rökande patienter och patienter som är högkonsumenter av alkohol. Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98.
- 4 Granvik, M. 2237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna. Utredningsrapport nr 152 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base__912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2008.
- 5 Granvik, M. Allmänläkares erfarenheter av att arbeta med en väntrumsenkät som arbetsinstrument. Utredningsrapport nr 153 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base__912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2008.
- 6 Granvik, M. Reflektioner kring patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor i en väntrumsenkät. AllmänMedicin nr 6 2008, 5-7.
- 7 Malterud, K. Allmenpraktikerens möte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano. Allmenpraktikerserien, 1990.
- 8 Hallberg, H. Riskbruk av alkohol – Ett studiebrev med frågesport, fallbeskrivningar och ”mini-inventering”. Svensk Förening för Allmänmedicin. 2003.
- 9 Västerbottens läns landsting (Nordström A m.fl). Vårdprogram alkohol – riskbruk, missbruk, beroende. Checklista.
- 10 Landstingsvärlden (Intervju med Matti Leijon). Nätverk nödvändigt för motion på recept. Nr 15/2002, s 17.
- 11 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 181 (Sammanfattning och slutsatser). 2006.



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



SOS-BARNBYAR

APO-metoden – ett fungerande arbetssätt för att utveckla allmänläkares yrkesroll

Titel: **Developing General Practice: The Role of the APO Method.**

Datum: **Disputation 29 okt. 2008.**

Doktorand: **Eva Lena Strandberg.**

Epost: **eva-lena.strandberg@med.lu.se**

Handledare: **Universitetslektor Margareta Troein Töllborn, professor Anders Håkansson, båda Lunds universitet.**

Opponent: **Professor Niels Bentzen, Köpenhamn.**

Den som vill läsa hela avhandlingen kan vända sig till Eva Lena Strandberg.

Eva Lena Strandberg är förvaltnings-socionom och har i många år sysslat med administrativt arbete och kvalitetsarbete i sjukvården. Hon fick ett uppdrag som projektledare för APS (Audit Projekt Syd) vid starten 1995. Verksamheten byggde på den metodik som utvecklats i Odense (APO) av bland andra Niels Bentzen, och som innebär en möjlighet för yrkesverksamma att granska sin egen praxis, försöka förbättra den och senare granska utfallet. Efterhand började Eva Lena fundera över metoden: fungerar den? Vad är det i så fall som gör att den fungerar?

Syftet med avhandlingen var att utforska APO-metodens roll i allmänläkares arbete med kvalitet och professionell utveckling. Avhandlingsarbetet kan ses om en studie av en yrkesgrupp – allmänläkarna – och deras sätt att handskas med kunskapsutveckling, professionell autonomi samt förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete. Avhandlingen består av fyra delarbeten och en fyllig ramberättelse, som visar Eva Lenas breda kunskande inom området.

APO-verktyget används framförallt i syfte att mäta klinisk handläggning av vanligt förekommande problem. Huvudsyftet är att stimulera till diskussion, sätta ljuset på problemet och motivera till förändring. Detta går vanligtvis till

så att en grupp intresserade kollegor bildar en projektgrupp kring ett upplevt kvalitetsproblem, till exempel diagnostik och behandling av luftvägsinfektioner. I processen ingår att söka bästa tillgängliga evidens inom området och att ur det insamlade materialet identifiera förbättringsområden för både den enskilde läkaren och gruppen. Processen inleds med en måldiskussion följt av en diskussion och fastställande av mätbara variabler. Därpå följer en inledande datainsamling, sedan en uppföljningsdiskussion gentemot målet, problemdefinition, åtgärdsplan med intervention och en avslutande, förnyad datainsamling för jämförelse, individuellt och i grupp. Det specifika med en APO-audit är att det alltid är allmänläkaren själv som samlar in sina data och att det sker prospektivt och konsekutivt under en i förväg bestämd tidsperiod, vanligen mellan 15 och 20 arbetsdagar. Auditmetoden är lämplig att använda när man arbetar ensam i kontakterna med patienterna och där det därför är ovanligt med feedback från kollegor. En enskild medarbetare ges med den här metoden möjlighet att enkelt och praktiskt "se" sig själv och sitt eget arbete i ett större sammanhang.

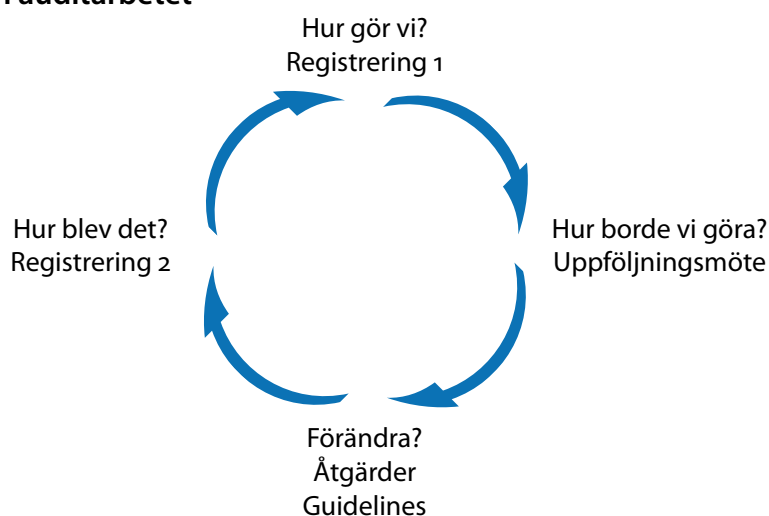
I det första delarbetet fokuserade Eva Lena på det omhuldade begreppet helhetssyn. Vad är det och vad innebär



Doktoranden Eva Lena Strandberg omgiven av sina handledare Anders Håkansson och Margareta Troein Töllborn

det för distriktsläkare och distriktssköterskor? Genom fokusgruppintervjuer fann man att tre centrala begrepp: förhållningssätt, kunskap och omständigheter. De intervjuade betonade särskilt samspelet mellan att erbjuda en hög kunskapsnivå, att lyssna på patienten och att se patienten i sitt sammanhang. Konklusion är att helhetssyn är kärnan i allmänmedicinen, påtagligt närvarande och genomsyrar allmänläkares och distriktssköterskors arbete.

Fig. 2. Arbetsgången i auditarbetet



I det andra arbetet var syftet att djupare förstå innebörden av allmänläkares arbete med uppföljning och kvalitetsutveckling av sin verksamhet. Studien genomfördes som djupintervjuer med allmänläkare, sju män och sju kvinnor. Det visade sig att läkarna ansåg att intern uppföljning är en självklarhet, ett professionellt krav med nerifrånperspektiv. Extern kontroll, så som den definieras i sjukvårdens kvalitetsarbete, sågs som pålagor, skyldigheter med uppifrånperspektiv. Motsättningen försvårar lagens krav på systematik i förbättringsarbetet.

I det tredje arbetet undersökte Eva Lena vad som händer när läkare engagerar sig i en APO-audit. Hon analyserade om registreringen inverkar på antibiotikaförskrivningen bland 45 deltagare och 35 icke-deltagare i en audit om luftvägsinfektioner. Studien genomfördes som en retrospektiv registerstudie. Resultatet visade att auditdeltagarna från början hade ett annat förskrivningsmönster än de som inte deltog i auditen. Båda grupperna minskade sin förskrivning av antibiotika under registreringsfasen. Efter registreringsfasen vände icke-deltagarnas förskrivningsnivå åter uppåt medan auditdeltagarnas låg kvar.

Förändringen i jämförelsegruppen kan bero på auditaktiviteten, men kan också bero på till exempel diskussionerna i samhället, stort massmedialt intresse,

stort fokus då – liksom nu – på antibiotikafrågan och resistensproblematik.

I det avslutande arbetet ställdes frågan: kan helhetssyn mätas? I arbete 1 definierades ett antal begrepp som konstituerar helhetssyn. En grupp läkare utvecklade ett auditprotokoll för dessa begrepp och gjorde ett tillägg till det vanliga formuläret i form av Likertskalor, där man kan gradera i hur hög grad något var viktigt. Blanketten testades i kliniskt arbete

Konklusionen var att det är möjligt att konstruera ett APO-protokoll med "mjuka" variabler, att mäta närvaro och betydelse av helhetssyn i beslutsfattandet och att använda Likertskalor.

Disputationen var ett stimulerande samtal mellan respondenten och APO-metodens nestor Niels Bentzen. Betygsnämnden bidrog med spännande infallsvinklar. Som sammanfattning framförde Eva Lena:

- APO-metoden passar allmänläkares behov av professionellt oberoende och ägarskap över förbättringsarbetet.
- APO-metoden kan användas för både "hårda" och "mjuka" variabler.
- Helhetssyn är en central beståndsdel i allmänläkares och distriktssköterskors arbete.

Ingående arbeten

Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsen S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2007, 8: 8.

Strandberg EL, Ovhed I, Håkansson A, Troein M. The meaning of quality work from the general practitioner's perspective: an interview study. *BMC Family Practice* 2006, 7: 60.

Strandberg EL, Ovhed I, Troein M, Håkansson A. Influence of self-registration on audit participants and their non-participating colleagues. *Scand J Prim Health Care*, 2005; 23: 42-6.

Strandberg EL, Ovhed I, Håkansson A, Troein M. Can a holistic view be measured? A pilot study of the use of audit in general practitioners' decision making. Manuskrift.

Margareta Troein Töllborn

Universitetslektor
Lunds universitet
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Malmö/allmänmedicin
Universitetssjukhuset MAS
20502 Malmö
Margareta.troein@med.lu.se

Annons

Halva livet som allmänläkare i USA

Vid 28 års ålder, efter avslutad AT, emigrerade jag till USA. I juni har jag bott och arbetat här i 28 år. Som alla läkare av min generation har jag sett stora förändringar i sjukdomspanoramat, i våra etiologiska insikter och i tillgängliga behandlingar. Jag har också varit vittne till stora skiften i hur läkare tänker och arbetar här i USA.

Vilda Västern

När jag kom hit var läkarkåren en verklig utpost för individualism i yrkesutövningen. Det kändes på sätt och vis som Vilda Västern. Som svensk var jag ovan vid all den frihet USA tycktes erbjuda sina medborgare, men också fascinerad av den; det var delvis denna känsla av gränslös frihet som lockade mig till att flytta hit. Numera har jag sällan ett patientbesök som bara handlar om patienten och mig själv. Patientens försäkring bestämmer om det ekonomiska; min klinik och diverse expertgrupper och nationella kommittéer bestämmer vad jag ska göra. Ofta känns det som om jag och patienten måste hålla samman för att kunna navigera ett annars mer och mer kaotiskt och fragmenterat men samtidigt allt maktfullare system.

I början av åttiotalet var majoriteten av läkare här i privat praktik och det rådde ett slags balans mellan kollegialitet och konkurrens mellan dem. Allmänläkare arbetade ensamma eller i små grupper, lade in sina egna patienter på sjukhus, förlöste barn och många opererade blindtarmar och assisterade kirurgerna vid större operationer. Sjukförsäkringarna betalade i stort sett bara för sjukhusvård, röntgen och laboratorieundersökningar. Patienterna betalade själva för mottagningsbesök och läkemedel. Läkarens verksamhet i öppen mottagning hade få regler och sjukhusinskrivningar följde sällan några vårdprogram; vid inläggning skrev varje läkare sina egna ordinationer



på ett blankt papper, från diet och aktivitet till dropptakt, sömn- och värktabletter. Sjuksköterskor och annan personal kunde inte göra något om det inte var nedskrivet bland ordinationerna.

Nu har även små sjukhus "Hospitalists", som effektivt kan ta hand om inlagda patienter utan att behöva stjäla tid från en öppenvårdsmottagning, som kostar pengar även när doktorn inte är där. Det råder fortfarande debatt om det är bra för patienterna att inte få ha sin egen allmänläkare med sig på sjukhuset. Jag vet för min del att jag har sovit mycket bättre om nätterna på grund av mitt beslut för många år sedan att bara arbeta i öppen vård.

Återuppfinna hjulet

Som nykläckt, svenskt utbildad läkare i början av min amerikanska specialistutbildning visste jag hur man behandlade de flesta åkommor jag stötte på. Jag var dock oförberedd på mina handledares krav att jag skulle resonera mig fram till både diagnos och behandling som om ingendera vore självklara från början. Att ange rätt diagnos var inte syftet, utan varje diagnos måste följas av flera differentialdiagnoser och en diskussion

om varför ingen av dessa alternativa diagnoser kunde vara rätt. Jag minns att jag stretade emot ibland och tyckte att amerikanerna ägnade sig alltför mycket åt att återuppfinna hjulet. Nu, många år senare kan jag naturligtvis erinra mig många tillfällen där jag eller kollegor nästan gått på sådana fallor som pneumonier som visar sig vara lungembolier, sinusit som är bihålekancer, kostokondrit som visar sig vara hjärtinfarkt och även ospecifika, icke-kardiella bröstsmärtor på grund av missad rotatorckuffruptur. Amerikanska läkare har, åtminstone hittills, hållit fast vid principen att tänka ganska mycket på differentialdiagnoser och att se varje sjukhistoria som unik.

Behandlingsfrihet eller vårdprotokoll

När det gäller behandlingsval har jag sett stora förändringar. I Sverige hade vi på min studietid ganska fasta marschorder, ofta från klinikchefen, vilket antibiotikum man skulle sätta in vid vilken åkomma, till exempel. När jag kom hit var det inte tal om sådant, utan man skulle istället resonera sig fram till vilka bakterier som kunde tänkas vara inblandade, själv titta under mikroskop mitt i natten och sedan välja behandling efter



bästa förmåga. Det ansågs inte vara bra medicin att först välja något alldagligt och senare byta behandling om det första preparatet inte hade verkan; detta kallades "treatment failure" och sågs som ett misslyckande istället för en logisk progression. Konsekvensen var naturligtvis att bredspektrumantibiotika insattes vid triviala infektioner och nu betalar vi för det med våra multiresistenta bakterier.

Nu har pendeln svängt så långt åt andra hållet att vi uppmanas praktisera evidensbaserad medicin även där det råder brist på bevis eller oenighet om vad bevisen betyder. EBM har blivit en slagdänga i händerna på lekmän. Inte minst gäller det administratörer på försäkringsbolagen, som ofta har svårt att vetenskapligt väga bevis av olika evidensstyrka och har ofta också egna ekonomiska syften. När jag lyssnar på föreläsare och specialister i min egen ålder hör jag deras klassiska utbildning nyansera deras EBM-tro, men yngre kollegor verkar ofta ha för bråttom för att ifrågasätta om det som framhålls som evidensbaserat verkligen är det. Det var inte så länge sedan evidensen tycktes stödja östrogenbehandling efter klimakteriet. Till och med basala saker som huruvida spädbarn ska sova på ryggen eller magen för att undvika plötslig spädbarnsdöd har ändrats under min karriär.

Oligopolier eller karteller

Allt färre läkare arbetar nu som privatpraktiker. Till och med medelstora grupper i våra trakter har låtit sig köpas upp av sjukhus. Privatläkares vinstmarginal hotas ständigt av stigande administrativa kostnader och prispress från försäkringsbolagen. I mina trakter har vi knappt ett halvduzin försäkringsbolag av nämndvärd storlek att handskas med, och individuella läkarmottagningar måste förhandla enskilt med dessa stora bolag. Det finns lag på att enskilda läkare och små grupper inte får förhandla gemensamt eller hjälpa varandra handskas med försäkringsjättarna. Det verkar nästan ironiskt att det kartellförbud som skapades för att bevara konkurrens bland medicinska yrkesutövare har blivit ett maktverktyg för försäkringsoligopoliet.

Defensiv medicin

Som AT-läkare blev jag en dag nedkallad till överläkaren på röntgenkliniken. "Duvefelt, du har för många normala lungröntgenundersökningar", sa han bister. I USA råder motsatta förhållandet. Att inte röntga en skadad eller symptomatisk kroppsdel kan leda till stämning. Till och med när evidens föreligger om att röntgen inte är nödvändig, till exempel Ottawa-reglerna för fotledsstukning, så blir läkare ibland stämde för att de underlåtit att beställa en röntgen. Att detta leder till ökande sjukvårdskostnader är självklart.

En annan skillnad jag stötte på med detsamma här i USA var journalernas längd. En inskrivning kunde på min AT-tid ta mycket mindre än en halv maskinskriven sida, och negativa undersökningsfynd beskrevs med "u.a.". Här är det riskabelt att inte beskriva mer ingående exakt vad man har undersökt och funnit normalt. Numera betalar de flesta försäkringsbolagen också mer för mer omfattande anamneser och undersökningar, så läkare här har dubbel anledning att dokumentera i mer detalj. "If it wasn't documented, it didn't happen", säger man. Under mina 28 år här har dokumentationskravet fördubblats.

Vi ligger efter Sverige när det gäller införande av datajournaler i öppen vård. Majoriteten av allmänläkare här har pappersjournaler. De datajournalprogram jag har sett i USA har det specifika syftet att maximera den ekonomiska ersättningen genom att repetera gammal information och utnyttja frågeformulär och icke-läkares dokumentation.

Ett dråpligt exempel jag såg nyligen var en fem sidors utskrift från ett tio minuter långt kardiologbesök. Höjdpunkten, eller kanske lågpunkten, var att patienten medgav inte bara djup depression, utan faktiskt också homicida och suicida tankar utan kommentar av den jäktade doktorn, som säkert inte läste vad patienten pliktskyldigt svarat på sitt frågeformulär. Helt plötsligt har instrumenten för defensiv medicin blivit ett möjligt vapen i händerna på "malpractice"-advokaterna.

Framtiden?

Här råder, som i Sverige, allmänläkarbrist. Hos oss tjänar allmänläkare mycket mindre än opererande specialiteter. Yngre allmänläkare vill inte se patienter 40 timmar i veckan, för att inte tala om att också göra hembesök och pappersarbete efter mottagningstiden. Det tar längre tid att klara av ett patientbesök nu än när jag först kom hit. Således går det åt fler läkare för att prestera samma antal öppenvårdsbesök som gamla tiders allmänläkare gjorde. Är kvaliteten bättre? Kanske. Är patienterna och läkarna mer nöjda med varandra? Oftast inte.

Det talas om hur många medelålders läkare som önskar att de kunde sluta arbeta eller byta karriär. Jag bestämde mig vid fyra års ålder för att bli läkare och när jag var "amerikastipendiat" bestämde jag mig för att bli lantlig allmänläkare i USA. Jag har aldrig ångrat mitt yrkesval. Ömsom tekniker, ömsom självvårdare har jag fått ta del av tusen inspirerande människoöden. En kollega på min klinik är 75 år och arbetar tre dagar i veckan med precision och lätthet. En annan kollega beskrev hur vi båda ser på vår framtid: "I will practice until the day that I keel over with my stethoscope around my neck!"



Hans Duvefelt

Vårdvalets vindar

” Det är den största förändringen i svensk sjukvård på många år.

I februari antog Sveriges riksdag den av regeringen lagda propositionen om Vårdval i Primärvården i Sverige. I praktiken betyder det att alla landsting ska ha ett vårdvalssystem som är färdigt att tas i bruk vid nästa årsskifte. Propositionens innehåll hade färgats av bland annat SFAM:s remissvar, men ett nationellt uppdrag har fått stryka på foten enligt SKL:s synpunkter. Dessutom ändras lagtexten så att kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin tas bort.

En del landsting har föregått statsmakerna och redan startat upp sina system, andra är på gång i år, men de flesta landsting verkar sikta på start januari 2010. Processerna för hur vårdval utformas ser olika ut i alla landsting. Vi vet sedan lobbyingarbetet med att få till ett nationellt familjeläkärsystem, Protos, att den egentliga makten ligger i de regionala landstingens korridorer. Vi har formulerat i debatten och i vårt remissvar det som är viktigt för svensk allmänmedicin för att vi medlemmar sedan ska kunna använda goda argument i formandet av de vårdvalssystem som uppstår i våra landsändar.

Några av synpunkterna är:

- En stor andel specialister i allmänmedicin borgar för medicinsk kvalitet och hälsoekonomiska positiva effekter.
- Ersättningssystemets utformande har stor betydelse för hur systemet kommer att fungera. Det är viktigt att säkerställa att människor, oberoende av var de bor erhåller lika god vård i primärvården. Glesbygd, storstad, socioekonomiskt utsatt område ska inte vara avgörande för om jag som patient får den vård och det bemötande som är adekvat. Ersättningssystemets utformning kan antingen underlätta eller försvåra för små aktörer att finnas på marknaden. Det finns en risk för oligopol om man utsätter vårdgivare för stora ekonomiska risker.
- I systemet ska det finnas reglerat hur arbetet med utbildning, kvalitet och forskning ska finansieras.Handledning av våra studenter och utbildningsläkare, vår egen fortbildning och möjligheter till forskning kräver resurser. Om detta inte finns beskrivet i ersättningssystemet riskerar vår kompetens och kvaliteten på vården urholkas.

Läkarförbundet har via en enkät som man gjort i tre landsting (Västmanland, Stockholm och Halland) jämfört de olika vårdvalsmodellerna och därefter utarbetat förslag till riktlinjer för vårdval. Det är ett balanserat förslag som kan användas i diskussioner i det egna landstinget. Det allra viktigaste är att vi allmänläkare bjuder in oss själva till den process som pågår ovanför våra huvuden. Det är den största förändringen i svensk sjukvård på många år. Ta stöd i våra lokalföreningar och uppvakta den som är ansvarig för vårdval i just ert landsting. Se till att föra fram vad som är viktigt för en fungerande primärvård. Men det är bråttom. Förändringsarbetet har redan påbörjats.

Kontaktpersoner i alla landsting finns att hitta på SKL:s hemsida www.skl.se. SFAMs remissvar hittas på www.sfam.se SLF:s riktlinjer för vårdval finns på www.slf.se

Eva Jaktlund
Ledamot SFAMs styrelse

Forskning, fortbildning, och implementering – hänger det ihop?

”Varför gör inte patienter (människor) som vi säger” är ett klagomål som hörs ganska ofta från medicinsk personal. Men varför utreder, behandlar och informerar inte heller vi, som ska vara experter eller rådgivare, utifrån det som anses evidensbaserat eller de råd och guidelines som finns? Studier från primärvården i såväl Norge som England har visat att trots stora utbildningsinsatser har förändringar i praxis varit blygsamma. Inte på grund av ignorans eller okunskap, utan på grund av att förändringarna stred mot den egna uppfattningen eller det som uppfattades som gängse rutiner på arbetsplatsen (1, 2).

”Att veta vad vi gör och göra vad vi vet” är temat för årets Läkarstämma. Men vet vi inte vad vi gör? Jo, det är jag trots allt övertygad om. Jag tror liksom Foucault att vi som enskilda utövare av sjukvård oftast vet vad vi gör och i regel varför vi gör det vi gör, men sällan vad det vi gör gör (3). Kunskapen om vad effekten blir av vad vi gör i varje enskilt möte är betydligt mer rudimentär, både när det gäller den enskilda individen men framförallt i ett större perspektiv. Det är först i efterhand som vi ser vart det bär hän till exempel utvecklingen av antibiotikaresistens eller att patienter med akuta astmaanfall numera är sällsynta på vårdcentralen.

För att ny kunskap ska komma till användning krävs medvetenhet om de nya rönerna eller riktlinjerna (awareness), att samstämmighet i stort råder om att detta är relevant och behövs (agreement), att det bedöms tillämbart i klinisk praxis och är värt att prova (adoption) samt till slut att det visar sig användbart i det dagliga arbetet (adherence) (1, 4).

Idealt borde alltså den kunskap som

forskningen producerar vara väl underbyggd och generellt giltig. Dessutom skulle vägen ut till användarna vara enkel och rak så att kunskapen snabbt kunde spridas och direkt implementeras i den dagliga verksamheten. Därtill skulle tillämpningen kunna ske utan alltför mycket utbildning eller resursförbrukning för att ge ett hållbart positivt utfall för både patienter och vårdgivare på såväl kort som lång sikt.

Nu är det sällan så – utan förhållanden mellan forskningsresultat, fortbildningsinsatser, implementering och utfall i vården är betydligt krokigare.

Den medicinska kunskap som vi nu räknar som giltig är inte något för evigt fastställt eller oföränderligt utan kan snarare ses som en tillfällig approximation, det vill säga den har ännu inte blivit omkullkastad av nya forskningsrön. Dessutom är mängden kunskap som tillkommer varje år enorm. Allt är inte av högsta kvalitet och det som publiceras kanske inte alltid går att lita på eller använda (5). Det gör det hela osäkert, vad som tycks vara rätt idag kan vara fel imorgon.

Men det medicinska vardagsarbetet kan inte bygga enbart på erfarenhet och rutiner, för då riskerar vi att göra samma fel om och om igen, om än med större självförtroende (6).

Vad kan då den medicinska forskningen eller vetenskapen i vidare bemärkelse bidra med till det medicinska vardagsarbetet? Enligt McCormick (6) är det främst tre saker. För det första en, trots allt, relativt säker och underbyggd kunskap. För det andra kunskap som innebär utveckling av medicinsk teknologi och redskap för behandling till exempel röntgen, kemiska analyser, läkemedel. Men det tredje är mest centralt, sättet att tänka vetenskapligt.

”Utan tvivel är man inte riktigt klok” skrev Tage Danielsson. Ett vetenskapligt förhållningssätt eller tankesätt innebär att vara skeptisk, ett erkännande av osäkerheten i kunskapsunderlaget och att inte hänge sig åt önsketänkande. Det är lätt att bara söka bekräftelse för det man tror på, vill att resultat ska visa eller vill ska ske. Men det är betydligt mer krävande att ifrågasätta sådant som vad jag och mina kollegor gör och varför vi gör det eller hur resultat av till exempel kvalitetskontroller och forskningsresultat presenteras och tolkas.

Fortbildningen har en central roll i att skapa förutsättningar för att förbättra vår kunskap om oss själva som vårdgivare, om mötet med patienten och om vad det vi gör gör (7, 8). Den är också en helt nödvändig länk mellan forskning och implementering. Det ställer krav på fortbildningen. Det räcker inte, som ofta nu är fallet, att fortbildning reduceras till informationsförmedling, vilket inte med någon större effektivitet leder till genomslag i klinisk praxis, ”adherence”, även om det sannolikt ökar ”awareness”. Antagandet att medicinsk personal inte ändrar sitt beteende enbart på grund av brist på information eller kunskap är felaktigt och har varken stöd i teorin eller praktiken (9). Det finns inte heller något säkert samband mellan lågt deltagande i utbildningsaktiviteter och inkompetens som professor Janet Grant påpekade på riksstämmosymposiet, 2008, om läkares fortbildning.

I den kontinuerliga professionella utvecklingen har den organiserade fortbildningen framförallt tre huvuduppgifter enligt min mening (se figur 1.)

1. Information om kunskapsläget, det måste naturligtvis ingå som jag redan berört, men har lägst prioritet här.

2. Att ge kunskap om kunskapen är en betydligt väsentligare uppgift. Med det menar jag att verka för en ökad kunskap om hur kunskap skapas, hur den kan förstås och tolkas, tillämpbarheten och så vidare. Listan kan göras lång. Sammanfattningsvis är att ge alla grundläggande kunskaper om värdering av kunskap en central uppgift. Med dessa redskap aktiva kan tiden som läggs på information minskas. Ett bra exempel är den lilla skriften från Örebro läns landsting "Liten grundkurs i EBM för läkemedelsförskrivare" (10).
3. Att skapa en aktiv dialog är fortbildningens huvuduppgift. Att ha ett kontinuerligt samtal igång om kunskaps-syn, nya rön, praktiska problem och resultat av redan gjorda implementeringar lyfter upp de underliggande agendorna bakom till synes trög och långsam förändring av praxis. Då kan det som ser ut som bristande följsamhet kanske snarare vara tecken på "a reflective workforce", "reasoned decision-making" eller känsla för sam-

manhanget man befinner sig i. Ett forum för kollegial dialog på varje arbetsplats eller ännu hellre i form av arbetsplatsöverskridande FQ-grupper eller nationella/internationella nätverk och diskussionsfora är något som fortbildningen aktivt bör understödja.

Implementering av ny kunskap är en komplex verksamhet. Utan en prioritering av fortbildning och då framförallt den kollegiala dialogen riskerar sådant som patienters och doktorers egna värderingar, kunskaper och erfarenheter att glömmas bort och implementeringen gå trögt. "High research uptake requires a reflective workforce that can respond to the scientific evidence and practical clinical issues underpinning practice changes" skriver Henegan et al (1). Det är väl bara att hålla med.

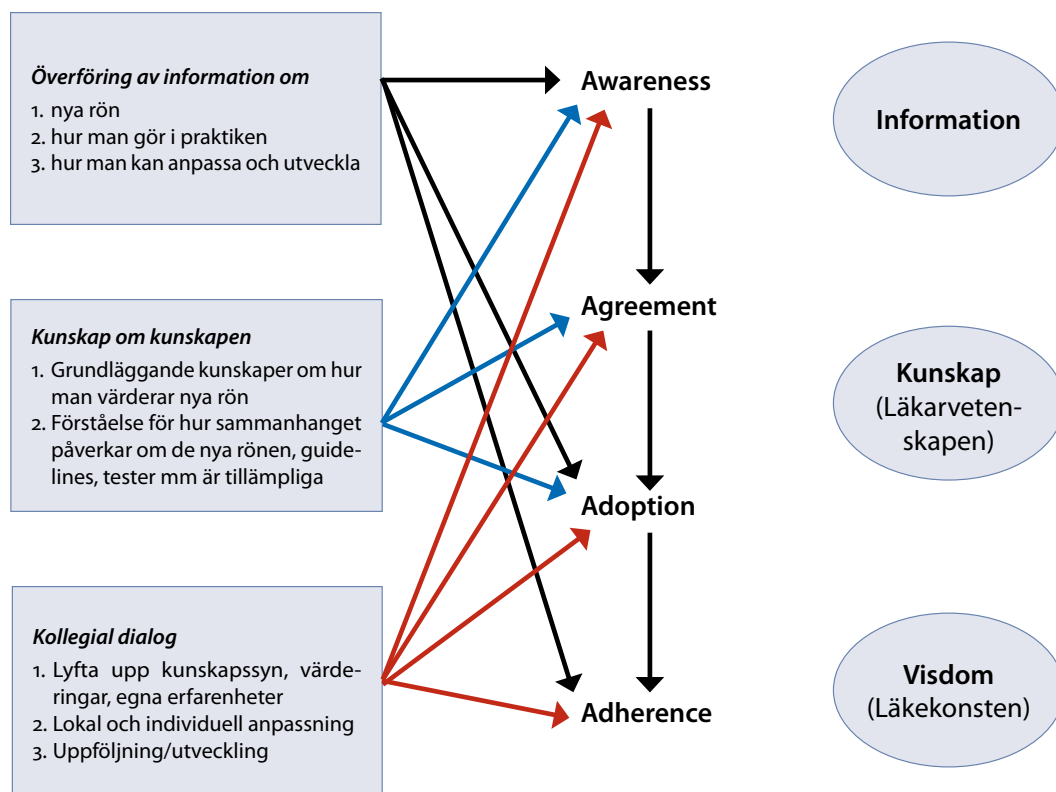
Helene Ekström,

Alvesta vårdcentral
Allmänläkare, med dr
Ledamot av SFAMs utbildningsråd
helene.ekstrom@ltkronoberg.se

Referenser:

1. Heneghan C, Perera R, Mant D, et al. Hypertension guideline recommendations in general practice: awareness, agreement, adoption, and adherence. *Br J Gen Pract* 2007;57:948-52.
2. Lyhörd eller lönhörd för goda råd? SBU – Vetenskap och praxis nr 2, 2007.
3. Uttalande av Foucault enligt Lundahl C & Öquist O i Idén om en helhet. Utvärdering på systemteoretisk grund. Lund: Studentlitteratur, 2002.
4. Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. The case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care*. 1996;34(9):873-89.
5. Hedlund F. Kan man lita på kliniska studier? *Läkartidningen* 2008; 105(43): 2996-99.
6. McCormick. The contribution of science to medicine. *Perspectives in Biology and Medicine* 1993;36(3):315-22.
7. Hansson A. Nya utmaningar, gamla strategier: om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete. Göteborg: Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska Akademien FoUU-enheten Primärvården i FyrBoDal; 2008.
8. Ekström H. Spelar det någon roll vilken roll vi spelar? En allmänläkares betraktelse över läkares olika roller. I J Brodersen, B Hovelius & L Hvas (Red.) Skapar värden ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur, 2009.
9. Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 3. ed. Malden, Mass.: Blackwell, 2006.
10. Nilsson K. Liten grundkurs i EBM för läkemedelsförskrivare. <http://www.orebroll.se/upload/Lakemedelskom/Dokument/Div%20dok/Grundkurs%20i%20EBM.pdf>.

Figur 1. Fortbildningens roll i implementeringsprocessen



Annons



Fortbildningen och hälsovalet

Vilka lärdomar finns att hämta från grannländerna Norge och Danmark när det gäller att forma den allmänmedicinska fortbildningen i vårdvalstider? Vilka styrkor och svagheter, möjligheter och hinder innebär nuläget lokalt och nationellt, och hur ska lärandet baserat på smågrupper få en renässans? Hur få till en hållbar struktur för kontinuerlig professionell utveckling för allmänmedicinska specialister i ett landsting?

En arbetande konferens

Dessa frågor stod på agendan när primärvården i Kalmar län inbjöd till konferens 5–6 mars på Stufvenäs Gästgifveri. **Allmänmedicinsk fortbildning – nu och i morgon** samlade ett fyrtiotal deltagare från hela länet och tre inbjudna gäster. Peter Prydz, veilederkoodinator från Den Norske Legeforening hade rest ända från Hammerfest, Niels Kristian Kjaer, postgraduate klinisk lektor hade bilat från Sønderborg på södra Jylland, och undertecknad i egenskap av fortbildningssamordnare företrädande SFAM, hade flugit från Örnsköldsvik för att delta i detta angelägna möte – en sentida Kalmarunion minsann.

Carl Edvard Rudebeck från Västervik som också innehar en professur i allmänmedicin i Tromsø, höll i trådarna. Han har lång erfarenhet av allmänmedicinsk utveckling och fortbildningsfrågorna i

synnerhet ligger honom varmt om hjärtat. Han var en drivande kraft bakom SFAMs fortbildningsprogram och FQ-grupperna, och tog initiativ till bildandet av Fortbildningsrådet för elva år sedan. Tillsammans med en arbetsgrupp hade han nu lagt upp programmet i form av ett arbetande interaktivt möte. Jag drog mig i spänd förväntan till minnes SFAMs initiativseminarier för 15 år sedan, som genomsyrades av en sällan skådad kreativitet och initiativlusta. Här fanns en liknande anda och nyfikenhet.

Kontrakt

I Kalmar län kallas vårdcentralerna för hälsocentraler och följaktligen går vårdvalet här under benämningen hälsovalet. Fortbildningen har blivit styvmoderligt behandlat i de olika vårdvalsmodeller som sjösatts i landet, och farhågor finns för att utrymmet för kollegial reflektion trängs undan av annat som blir föremål för ackreditering. För några år sedan utarbetades i landstinget riktlinjer för kompetensutveckling för läkare inom primärvården, och nu var det alltså dags att ta fram ett dokument som skulle kunna utgöra stommen till ett "kontrakt" för alla specialister i allmänmedicin och övriga läkare knutna till hälsovalet, oavsett anställningsform. Detta innebar att Carl Edwards arbetsgrupp arbetade intensivt med att samla idéer som kom till uttryck

under dessa dagar. Det kändes viktigt att primärvårdsdirektören Lars Mattsson deltog aktivt under konferensen.

I Norge och Danmark är allmänmedicinen som specialitet mer etablerad än i Sverige. Deras modeller för kontinuerlig professionell utveckling skiljer sig åt ganska mycket, men inom dessa länder finns åtminstone en enhetlighet som inte har sin motsvarighet i Sverige. Det kändes upplyftande att höra Peters och Niels Kristians presentationer, för att sedan i smågrupper diskutera deras för- och nackdelar. Fanns det idéer att direkt implementera?

Norge

Specialistutbildningen

Med uttalandet "I Norge gör vi det i grupper!" inledde Peter Prydz sitt föredrag som handlade om såväl specialistutbildningen som recertifieringen (dvs upprätthållandet av specialistkompetensen). Här finns inga speciella utbildningstjänster som ST, utan man börjar direkt i allmänmedicinsk praktik utan tillgång till personlig handledning. Efter fyra års klinisk allmänmedicin, ett års arbete på sjukhus, två år i "veiledningsgrupp", genomförda obligatoriska kurser, ömsesidiga "praksisbesök", en checklista av praktiska färdigheter, jourverksamhet, ytterligare valfria kurser och





Peter Prydz

eventuell komplettering med undervisning, forskning och auskultationer, kan man ansöka om sitt specialistbevis. Det är Den norske legeforening som styr all specialistutbildning i Norge genom delegation från staten sedan nittio år tillbaka! Det innebär en hel del frivilligt oavlönat arbete från ett antal eldsjälar. Varje specialitet har sin egen kommitté med specialitetsföreträdare, blivande specialister och universitetsrepresentation. Peter är tillsammans med tre andra kollegor deltidanställd som veiledningskoordinator. De fungerar som motorer för specialistutbildningen och ser till att veiledere utbildas kontinuerligt, och att innehållet i specialistutbildningen hela tiden vidareutvecklas. Veiledarutbildningen omfattar tre perioder på fyra dagar i internatform.

Veiledningsgrupper

Juvelen i kronan är "veiledningsgruppene" som har 6–10 deltagare och leds av en veiledere som är specialist. Under två år träffas man fyrtio gånger à tre timmar. Rent praktiskt reser deltagarna många gånger ganska långa avstånd för dessa träffar, och då blir det i regel två tre-timmarsspass plus övernattnings. Innehållet i träffarna är ett antal kliniska teman, kommunikation/video, organisation och drift, etik, medier, egenvård och några valfria teman. Närvarograden

är mycket hög eftersom man bara har råd att missa något enstaka seminarium. Man kan i princip inte byta grupp, utan måste i så fall börja om från början. Tuffa bud för småbarnsföräldrar kan man tycka! Man använder förutom Steinar Hunskaars lärobok *Allmennedisin*, två häften som läromedel. *To år sammen* och *Allmennedisinsk gruppereise* finns nedladdningsbara på legeforeningens hemsida www.legeforeningen.no. De kan rekommenderas för svenska ST-fora och studierektorer, som efterlyser en röd tråd i planeringen.

Recertifisering

Till skillnad från specialistutbildningen som domineras av obligatoriska moment, är fortbildningen inom vissa ramar präglad av valfrihet. Allmänmedicin är den enda specialiteten som kräver recertifisering vart femte år. Att vara specialist innebär att man får en högre ersättning från staten per patient. Det blir ganska stor skillnad i ersättning, varför det finns ett starkt incitament för recertifisering. Det finns nu ett förslag om att kräva specialistkompetens för att arbeta med allmänmedicinsk verksamhet.

Recertifisering innebär att man under en femårsperiod ska ha tjänstgjort ett år på heltid, deltagit i kollegagrupp minst 20 timmar, genomfört ömsesidiga praksisbesök, deltagit i ett antal kliniska kurser som anordnas av legeforeningen (industrisponsade kurser ger inga poäng), andra kurser kan också komma i fråga, liksom undervisning, forskning, auskultation etcetera. Efter att ha uppnått en viss poängsumma, där en poäng motsvarar en timma har man fullgjort kraven.

Finansiering

Finansieringen består av egenbetalning (från den egna praktiken) och medel från legeforeningens utbildningsfond. Den egna kostnaden gäller deltagaravgifter i kurser och veiledningsgrupper, medan utbildningsfonden bekostar resor och uppehåll till kurser, veiledningsgrupper och praksisbesök. Lönen till gruppeveledere och veilederskoordinatorer kommer också från utbildningsfonden.

Deltagandet i kollegagrupper verkar ske mer sporadiskt och äger rum på kvällstid i regel.

Vad är bra?

Veiledningsgruppene som av geografiska och historiska skäl passar i detta land.

Praxisbesök upplevs som viktiga och nyttiga.

Stor grad av valfrihet utifrån egna önsknings och behov,

Vad kan kritiseras?

Avsaknad av personlig handledning.

För lite förpliktigande på grund av stor egen valfrihet.

Bristfällig kvalitetsgranskning av obligatoriska kurser.

Rigiditet i systemet med veiledningsgrupper.

Danmark

Visionen

Niels Kristian Kjaer menade att det danska systemet för CPD (continuing professional development) är bra om än inte perfekt. CPD är mycket mer än kurser. Aktiviteter som inte har sin grund i användarnas personliga behov har liten påverkan på den kliniska praktiken. CPD-program (läs recertifisering) är inte effektiva som verktyg för att upptäcka "bad apples", det vill säga doktorer som fungerar dåligt i sin praktik.

Vilken doktor litar vi på mest: den unge med precis fingertoppskunskap eller den äldre med erfarenhetsbaserade insikter? En stor del av fortbildningen fokuserar på EBM, men vi gör oftast antagandet att expertis utvecklas genom erfarenhet. Aristoteles visste detta och Donald Schön med flera har utvecklat det vidare med begreppet "reflection-in-action and on-action".

Genom att göra en personlig behovsanalys skapar man grunden för den egna professionella utvecklingen. Fyra olika sätt presenterades: kritiska händelser, personligt motiverat förhållningssätt till ny kunskap, stöd från kollega i utformning av personlig läroplan, samt kontrakt med patient/samhälle. Olika behov innebär olika aktiviteter. Det kan handla



Niels Kristian Kjaer

om att inhämta ny kunskap, färdighets-träning, erfarenhetsutbyte, kompetensvärdering, utveckling av nya arbetssätt med mera

"AMADEUS"

Danska allmänläkare är egna företagare. Tillsammans har man fonderade medel för utbildning. En central fortbildningskommitté, AMADEUS, bestämmer vilka fortbildningsaktiviteter som kan kompenseras med fondmedel. Industrisponsrade kurser kommer inte ifråga. Den danska fortbildningen består av en kombination av smågruppsbaserat lärande och traditionella kurser. Kurserna finns i sju kategorier som korrelerar till läkarnas olika roller som är beskrivna i den danska målbeskrivningen för specialiteten. Liksom i Sverige finns en mångfald av kursarrangörer.

- Medicinsk expert
- Hälsobefrämjare
- Kommunikatör
- Akademiker
- Professionell
- Ledare och administratör
- Samarbetare

Allmänläkarna använder i genomsnitt 14 dagar per år till fortbildning huvudsakligen inom kategorin medicinsk ex-

pert. Fonderna fördelar ungefär 19 000 SEK per doktor och 95 procent av läkarna utnyttjar denna möjlighet. Utöver detta betalar läkarna själva en stor del och den totala kostnaden uppgår i genomsnitt till 90 000 SEK per doktor. Vi höjde alla lite på ögonbrynen när Niels berättade om att när en praktik inte utnyttjar sin möjlighet att erhålla medel från fonden, så tillfaller dessa medel grannpraktiken. Ett effektivt incitament, om än lite okonventionellt med svenska mått, till att utnyttja sin del av kakan.

Mer än 95 procent deltar i det smågruppsbaserade lärandet, och träffarna äger oftast rum i den geografiska närheten på kvällstid. Smågrupperna kan också vara intressebaserade, vilket i så fall kan innebära längre resor.

Det danska systemet är enkelt och obyråkratiskt, och mycket sköts internetbaserat. Finns det då några svagheter? Niels menar att det kanske blir att intressena styr mer än behoven, och att fokus ligger för mycket på fortbildning utanför den egna praktiken. Man vet för lite om de fem procent som inte utnyttjar möjligheterna till fortbildning.

Framtidens önskemål

Stöd för det egna lärandet så att det blir lättare att bli varse blinda fläckar i kompetensen. Utveckla pedagogiska verktyg för detta. Mer coaching av individer och grupper. Tillgång till relevant kunskap "on the spot". Systematisk träning på nya kunskapsområden och hjälp att överbrygga gapet mellan teori och praktik. Riktade insatser, förslagsvis 20 dagar under fem år, planerade av en central fortbildningskommitté på olika teman. Mer fortbildningsaktiviteter direkt på den egna mottagningen och riktade till hela teamet. En personlig kompetensportfölj on-line.

Sverige

Nationellt

Ända sedan provinsialläkartiden har det stått klart att goda fortbildningsmöjligheter är grunden för rekrytering till tjänsterna. Det brast emellertid redan då i genomförandet av idéer. Det hade tagit

alldeles för lång tid från idé till handling när provinsialläkarstiftelsens kurser äntligen blev verklighet 1961. Samtidigt som vår specialitet föddes i slutet på 70-talet, formulerades tankar om en lokalt förankrad fortbildning utgående från de upplevda behoven. Lokalt arrangerade distriktsläkarträffar med tre–fyra veckors mellanrum blev en modell i de flesta landsting som fortfarande lever kvar. Allt för ofta präglades denna fortbildning av envägskommunikation, där slutenvårdsspecialister instruerade oss i handläggning av olika kliniska problem. I takt med att självkänslan växte inom kåren, ökade intresset för att skapa en fortbildning präglad av oberoende. Den professionella utövaren skulle nu själv ha det yttersta ansvaret för sin fortbildning.

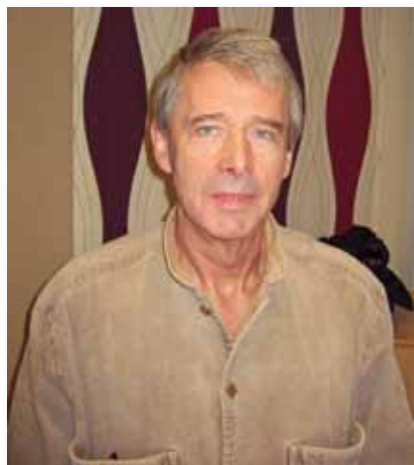
Det ska vara ett etiskt imperativ att fortbilda sig proklamerades på SFAMs höstmöte i Kiruna 1991. Två år senare presenterade Ulf Måwe ett förslag till fortbildningsprogram, som byggde på idén om individuell fortbildningsplanering utgående från upplevda behov i den kliniska vardagen. Smågruppslärandet i form av så kallade FQ-grupper (Fortbildning och Kvalitetsutveckling) och Balintgrupper skulle få en central betydelse för den lokala fortbildningen, mentorsidén lanserades och på det nationella planet närdes drömmar om ett fortbildningsinstitut, där samordning och pedagogisk utveckling skulle ge allmänmedicinen den växtkraft som såväl behövdes. Det här var en spännande och kreativ tid i SFAMs historia. FQ-grupperna fick ett stort genomslag, och ett stort antal lokalföreningar bildades i syfte att förverkliga SFAMs fortbildningsprogram lokalt. Så småningom bildades Fortbildningsrådet, vi fick ett nätverk av fortbildningssamordnare, Fammi blev till och försåg oss med en utredning om kompetensutvecklingens infrastruktur. ASK (allmänläkares självvärdering i kollegial dialog) växte fram som den mogna allmänläkares examensprocess.

Femton år efter att SFAMs fortbildningsprogram lanserades är scenariot delvis annorlunda. FQ-grupperna är färre till antalet, och det saknas i stor ut-



sträckning utbildade FQ-gruppsledare. Det finns ett stort antal studiebrev utarbetade, men används de av grupperna? Fortbildningen har till största delen blivit kommersiellt oberoende, den äger rum på fler arenor och bedrivs av fler aktörer än tidigare. Utrymmet för riktade insatser har blivit större genom att läkemedelskommittéer, sjukskrivningskommittéer etcetera har medel att bedriva fortbildning som vida överstiger vad SFAMs lokalföreningar har möjlighet att erbjuda. Istället för ett sammanhållet institut har vi allmänmedicinare fått söka oss dit pengarna och tjänstetrymmet finns, det må vara i landstingsstrukturen eller mer lösligt i form av projekt. Vi har ändå lyckats ganska bra med att få inflytande på detta vis, men priset har blivit en spretig struktur där man kan sakna själva grundbulten, nämligen det reflekterade inlärningsbehovet.

På en del håll har tanken med personligt kompetenskonto slagit rot, men i alltför hög utsträckning styr själva utbudet vilka fortbildningsmöjligheter som i slutändan realiserar. Även om ASK är ett spännande och idérikt projekt, är det fortfarande relativt få som efter tio år lockats att genomföra det. Vi tvingas nog konstatera att vi som profession ännu inte lyckats med att ta ett samlat grepp om fortbildningen, men vi kan gott ha den ambitionen kvar, och låta oss inspireras av våra nordiska grannländers exempel.



Carl Otto Sjögreen

Lokalt

Ett antal goda fortbildningserfarenheter från länet lyftes fram. Carl Otto Sjögreen är en eldsjäl från Oskarshamn som har arrangerat månatliga lokala fortbildningseftermiddagar för sina kollegor sedan 1991. Vi fick se en imponerande lista på ämnen och teman som berörts. Han planerade, skrev inbjudningar och kontaktade resurspersoner, utan att ha något speciellt utrymme i sin tjänst för det! Anders Brunegård från Vimmerby berättade inspirerat om de kollegiala mötena på den stora vårdcentral där han arbetade, och hur man nu har planer att ge utrymme för en FQ-grupp ett par gånger i månaden.

Mikael Christiansson från Färjestaden visade vackert hur ett kunskapskretslopp kunde se ut. Han betonade vikten av att förankra ny kunskap på flera nivåer, och hur angeläget det är att överbygga gapet mellan teori och praktik. På mottagningen upplever man exempelvis ett behov av kompetensutveckling inom ett visst område, för att erbjuda patienterna bästa möjliga vård. En av kollegorna lär sig ny kunskap om detta på en kurs, redovisar det inlärd i sin FQ-grupp, får återkoppling, och det hela dokumenteras. På mottagningen presenteras de nyvunna kunskaperna på en internutbildning, det ges förslag på eventuellt förändrade rutiner, medarbetarna ger återkoppling och det beslutas om vilka förändringar som behöver genomföras, och resultatet blir till ett styrdokument. Eva Arvidsson presenterade hur det lokala kvalitetsarbetet bedrivs i Kalmar, och jag fick uppfattningen om att man här håller en hög profil när det gäller förbättringskunskap. Sammantaget visade denna nulägesbeskrivning prov på ett stort engagemang, vilket bådade gott inför arbetet med att få genomslag för arbetsgruppens förslag till kontrakt.

Prova på FQ-grupp

Ett uppskattat inslag under konferensen var möjligheten att få prova på hur det är att vara med i en FQ-grupp. Fyra grupper bildades med Carl Edvard, Peter, Niels Kristian och undertecknad som gruppleddare. Några i varje grupp hade

erfarenhet av att vara med i FQ-grupp, men för merparten var det nog första gången. Uppgiften var att inventera ämnen och former för fyra kommande möten, diskutera ett eller två aktuella fall, och avslutningsvis reflektera över gruppens roll och möjligheter i fortbildningen. I min grupp använde vi oss av en slags brainstormingsteknik i planeringen, där idéerna fick flöda fritt och diskussionen böljade fram och tillbaka. Efter tre kvart var vi klara med den uppgiften och kunde presentera fyra intressanta upplägg. När det gäller falldiskussioner tycker jag personligen att casemetodik är ett bra sätt att skapa ordning och struktur i samtalet. Det underlättar för gruppleddaren. Det fall som presenterades var oerhört komplicerat, men blev noggrant åskådligt på tavlan efter en timmas intensiv diskussion deltagarna emellan. Jag uppfattade att deltagarna i alla FQ-grupper tyckte att smågruppsarbete var en stimulerande fortbildningsaktivitet.

Reflektion

Fortbildningen i Sverige fungerar som ett socialt kitt som håller oss allmänmedicinare samman, och hjälper till att utveckla allmänmedicinen i det lokala sammanhanget. Problemet är knappast avsaknad av aktiviteter, utan snarast bristen på genomtänkt struktur. Primärvården i Kalmar län har visat att man vill råda bot på det. Jag kände mig upplyft av det stora engagemang och intresse som deltagarna visade under dessa dagar. Det kändes att man varit på en arbetande konferens. Resultatet ser ni här intill.

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



Foto: Helene Friberg

Stockholm, Stanford och nu Skåne

På SFAM mellanskånes årsmöte 4 mars hade vi äran att besökas av Jan Sundquist, nytilträd professor i allmänmedicin på Lunds universitet resp Region Skåne, på nyskapade Centrum för primärvårdsforskning, CPF.

Foto: Staffan Olsson



Inge Carlsson överräcker tavla med mellanskånskt motiv till Jan Sundquist

Jan kommer närmast från Stockholm där han varit med om att bygga upp välkända och framgångsrika CEFAM, som har haft ett brett uppdrag med ST-utbildning, primärvårdsforskning och verksamhetsutveckling. CPF har ett betydligt smalare uppdrag, här skall man satsa på forskning i allmänmedicin med mycket tydlig klinisk förankring. I själva verket ser han det som ett oavvisligt krav att man arbetar kliniskt, och föregår med gott exempel med arbete på en lokal vårdcentral.

Centralt i satsningen är också att bygga upp allmänmedicinska kunskapscentrum, AKC, som skall samordna och stimulera primärvårdsforskning i geografiskt avgränsade områden. Till visionerna hör *Learning labs* – virtuella träffpunkter mellan forskare och handledare.

Starkaste intrycket av kvällen var Jans enorma positiva energi och optimism – befriande att slippa jantelag och missmod kring allmänmedicinens möjligheter. Ambitionerna är högt ställda, centrat skall driva banbrytande och gränsöverskridande forskning för att uppnå en primärvård av högsta kvalitet.

Staffan Olsson

Annons

Annons

Nya utmaningar, gamla strategier

– om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete

Den 26 november förra året disputerade jag på min avhandling *Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete*. Eftersom ramen kan ha ett intresse, för reflektion och diskussion, utanför den akademiska kretsen har man från redaktionen för tidningen Allmänmedicin sida bett mig göra en sammanfattning av ramberättelsen. Eftersom ramen är ganska omfattande hade jag tänkt dela upp sammanfattningen i tre–fyra delar som återkommer i följande nummer. Första avsnittet kommer att handla om de utmaningar som möter allmänläkaren i dagens sjukvård. I det andra avsnittet tar jag upp olika tänkbara strategier för att komma tillrätta med svårigheterna. I en tredje del försöker jag förstå varför läkare inte i ökad utsträckning diskuterar sin yrkesroll (enligt min uppfattning) och hur yrkesrollen skall kunna förändras för att kunna möta dagens och framtidens utmaningar. I en eventuell fjärde del kommer jag att reflektera över hur ekvationen, att ett begränsat antal läkare skall kunna möta och hjälpa alla de människor som upplever sig som sjuka (tidigt sjuka, friska, friska som upplever sig som sjuka och allvarligt sjuka) skall fås att gå ihop. Det finns olika försök, bland annat i USA, som kan vara intressanta att titta närmare på.

Eftersom detta är sammanfattningar av tidigare kapitel i min avhandling, kommer jag endast att redovisa ett fåtal referenser. Den som önskar en sådan fördjupning är välkommen att gå in på avhandlingens hemsida på Göteborgs Universitet: http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/18667/2/gupea_2077_18667_2.pdf. Där finns också hela ramen att läsa på svenska.

Behövs vi?

Svaret på denna kontroversiella fråga är naturligtvis, att det beror på: det är inte självklart och inte givet av någon högre makt utan hänger på om vi även i fortsättningen kommer att ha befolkningens förtroende och om man tycker att vi gör någon nytta. I Sverige har antalet läkare ökat från 7 100 år 1960 till att vara 34 200 år 2008. Det innebär att det idag finns en läkare på 263 invånare. Under samma tidsperiod ökade antalet allmänläkare från 1 000 till 5 100. Ett allmänt accepterat mål är att det skall vara cirka 6 000 allmänläkare det vill säga en allmänläkare per 1 500 invånare. Vad denna siffra grundar sig på är oklart. Idag går det i Västra Götaland cirka en allmänläkare på 2 000 invånare och arbetet upplevs som tungt och mer än vad många mäktar med. Kanske tänker man sig att om man minskar antalet patienter med en fjärdedel, så skall arbetsbördan bli ganska normal. Men hur vet vi att det blir så? Eller är behovet oändligt? I USA talar man idag om att man skulle behöva vara en allmänläkare på 850 invånare, så var går den nedre gränsen?

Man kan fråga sig om ökningen i antalet läkare motsvaras (arbetstidsregleringen till trots) av en liknande minskning i sjuklighet och förbättring av befolkningens hälsa. 1950 var den totala levnadsåldern ungefär som den är idag och det allmänt objektivt förbättrade hälsotillståndet under de senaste decennierna tillskrivs snarare förbättrad hygien och levnadsvanor bland befolkningen än läkarvetenskapens landvinningar: till exempel tillskrivs de senaste årens nedgång i hjärt-kärlsjuklighet sådana faktorer.

Men jobb finns det, för trots att det utbildas allt fler läkare till en ständigt

växande läkarkår och att de medicinska behandlingsmetoderna förbättras, upplever sig människor sjukare och fler söker i sjukvården. Patienter söker inte bara för akuta skador och infektions-sjukdomar utan för alla möjliga tillstånd, som relationsproblem i familjen och på arbetsplatsen, arbetslöshet, stress eller bara för att man mår dåligt. Människors missnöje med livet har blivit sjukvårdens problem. Läkare är dåligt förberedda på att hantera sammansatta problem med multifaktoriell genes, eftersom läkarutbildningen nästan uteslutande är inriktad på att lära ut den biomedicinska kunskapen om de objektivt verifierbara sjukdomarna. Många patienter, speciellt i primärvården, kommer att behandlas efter samma standardiserade mönster: ett recept, sjukskrivning, remiss till sjukgymnast eller organspecialist.

Traditionellt har det heller inte legat i läkarkårens intresse att påtala sin egen oförmåga eller att hänvisa de som inte söker för egentlig sjukdom till andra instanser. Som läkare vill man alltid göra det bästa för sina patienter och det gör man genom att upptäcka, lindra och eventuellt bota sjukdomar. Då tillskriver man hellre människorna sjukdom än riskerar att missa eller överse med eventuell sjukdom eller riskfaktorer: ”Javisst, är du sjuk”.

En allmän medikalisering av tillvaron har lett till att sjukdomsrollen utvidgas till att omfatta nya områden och att uppmärksamheten dras bort från andra, icke-medicinska lösningar. Allt fler områden i livet har förvandlats till angelägenheter för sjukvården. Några exempel är de så kallade bokstavsdiagnoserna och nya psykiatriska tillstånd, som till exempel social fobi, andra är ”trötthets-





Konsumtionssamhället utlovar, att hälsa är något man kan konsumera sig till, genom att ta piller och utan att behöva anstränga sig.

syndrom” och ”utbrändhet”. Gränserna mellan vad som är normalt, onormalt, friskt och sjukt är alltid flytande och området, som kan göras till föremål för den medicinska omsorgen i det närmaste oändligt: till exempel är numera otrohet en genetisk avvikelse och, vem vet, något man kan behöva söka läkarvård för.

Risikfaktorerna är ytterligare ett område för medikalisering, där normala avvikelser görs till föremål för medicinsk kontroll och behandling. Med läkemedelsindustrins ansträngningar att göra direktreklam fritt tillgänglig inom EU för allmänheten (som i USA och Nya Zeeland), förväntas en verklig kostnadsexplosion. Konsumtionssamhället utlovar, att hälsa är något man kan konsumera sig till, genom att ta piller och utan att behöva anstränga sig. Det innebär en ökad press på läkarna, som behöver bli fler för att kunna möta den nya efterfrågan – till slut kommer ändå resurserna alltid att vara otillräckliga. Dessutom måste någon ta hand om de eventuella biverkningar och det beroende som kan uppstå.

Behandlingseffekterna av många mediciner är små, även om den uppmätta skillnaden mellan den behandlade gruppen och kontrollgruppen är statistiskt signifikant (man kan troliga med signifikans). Ofta är detta tillräckligt för att en medicin skall användas, även om få blir hjälpta till höga kostnader. Läkare är heller inte alltid förtrodda med de sociala konsekvenser som medicinering och sjukdomsstämplingen kan leda till.

När sålunda mer av livets normala skeden som livskriser, relationskriser samt lidande och död, överförs till omsorgssamhället och hälsoinstitutionerna, ökar risken för att människor förlorar förmågan att uthärda lidande och att

hantera livets svårigheter själva. Patienter förväntar sig att vården skall lösa deras livsproblem. Det skapar känslor av maktlöshet hos allmänläkaren, som under sin grundutbildning fått lära sig att de flesta problem går att lösa med medicinska metoder.

Nya aktörer

Med kritiken mot läkarvetenskapen följer också att andra yrkesgrupper, med visst fog, kan hävda att de kan utföra delar av läkarjobbet med lika bra, eller till och med bättre, resultat. Till exempel finns specialutbildade sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, sjukgymnaster, som också vill tillhöra den ”inre kretsen” och tycker sig kunna ta över många av de traditionella läkaruppgifterna.

Alternativmedicinare anser att människors oro inte tas omhand och att behovet av en lyssnande samtalspartner inte alltid tillgodoses i den traditionella vården: 15-minuters-konsultationen, receptet och sjukskrivningen är inte nog. I en undersökning som utfördes 2000 av Stockholms läns landsting visade det sig att under det senaste decenniet hade användningen av alternativ medicin mer än fördubblats. Av de tillfrågade uppgav 49 procent att de använde alternativ medicin. De flesta hade i första hand besökt den traditionella hälso- och sjukvården för de besvär som senare fick en komplementär- eller alternativmedicinsk behandling för. Cirka 77 procent av de tillfrågade tyckte att det var viktigt med ökad samverkan mellan traditionell och alternativ medicin. Kan vi bortse från det, genom att förkasta alternativmedicinen som ”ovetenskaplig”?

Patienten som kund

Patienter är idag mer välinformerade via

massmedia och Internet, och kan ifrågasätta läkarens diagnos och behandling. Ofta har de hunnit specialstudera sin sjukdom på förhand innan konsultationen och kan mer om den än sin doktor. Speciellt gäller detta allmänläkarna som, med sitt breda kunskapsområde, har svårt att specialfördjupa sig i sjukdomarna. Patienterna har utvecklats till medvetna konsumenter och är organiserade i olika patientföreningar med förankringar i politiken. Sjukvårdsorganisationen utvecklas också för att patienter skall kunna söka fritt till den doktor de tycker kan ge dem den önskade utredningen och behandlingen. Resultatet kan bli att läkare känner sig tvingade att efterleva patienternas förväntningar och att tillfredsställa deras önskemål om utredning och behandling.

Kunniga och välinformerade patienter utgör således en ny utmaning för läkarna och ställer andra krav på patient-läkarrelationen: det förutsätter ett förhållningssätt där man ser patienten som en jämställd partner. För att kunna informera sina patienter om olika behandlingsalternativs för- och nackdelar, krävs dels explicita kunskaper och dels tid.

Läkaren behöver, förutom att vara välinformerad om diagnostiska metoder, sjukdomarnas orsakssamband, prognos, behandlingsmöjligheter och förebyggande strategier, sätta sig in i och ge utrymme för patientens egna erfarenheter av sjukdomen, de sociala omständigheterna kring sjukdomen, patientens vanor, beteenden, värderingar, preferenser och attityder till risk.

Läkaren måste alltså kunna avväga när det är lämpligt att dela med sig respektive att själva ta på sig ansvaret, som kanske många äldre patienter förväntar sig.

Läkarna och administrationen

I Sverige började man i början på 80-talet kritisera den offentliga sektorn, som hade haft en exceptionell expansion, för den ansågs vara ineffektiv och dåligt anpassad till medborgarnas behov. Behoven var omätliga och den offentliga sektorn tycktes kunna växa oändligt.

Från politikerna började nu komma krav på prestation och ekonomisk effektivitet. Administratörer införde nya styr- och kontrollmodeller, med inspiration från det privata näringslivet, som New Public Management och beställare/utförarmodellen, i hopp om att effektivisera och minska sjukvårdens kostnader. Resultatet blev för det mesta att kostnaderna steg, administrationen växte och att anställda inom sjukvården utsattes för återkommande omorganisationer, budgetsaneringar, kroniska sparbeting, personalinskränkningar och sönderfall av etablerade arbetsformer.

Resultatslösa reformer och förändringar skedde sålunda till priset av stora upppoffringar från de anställda i den offentliga vården. I sådana ansträngningar har det varit svårt att få med sig de anställda, och då speciellt läkarna, i reformarbetet. Undersökningar har visat att ju mer komplex den professionella verksamheten är som skall förändras via reformer, desto större tycks sannolikheten vara att förändringarna inte når den nivå där de anställda verkar.

Hos många läkare finns idag en känsla av att de står utanför den politiska organisationen, att politiker och administratörer inte skall blanda sig i sådant som egentligen bara läkare kan förstå och veta något om, och lojalitet det känner man bara mot yrkesrollen och den egna professionen. Alltså, precis tvärtemot vad som skulle behövas.

Även de konstruerade gränserna mellan olika organisationer och inom organisationerna, har påverkat vården negativt, med en svårstyrd administration och ökade kostnader som följd. Exempel på sådana gränser är de som finns mellan primär- och slutenvård, mellan kommunal- och landstingsvård för äldre, mellan olika myndigheter så som FK, AF, social- och sjukvård och, inte minst, mellan

olika yrkesgrupper i sjukvården, så som läkare, sjuksköterskor, administratörer. Det handlar inte enbart om administrativa och konstruerade gränser mellan olika aktörerna, utan även om de olika yrkesgruppernas och myndigheternas attityder till varandra, där var och en i första hand tillgodoser sina egna intressen, trots att det är samma patienter och samma skattepengar som finansierar de olika verksamheterna.

Läkare mår dåligt

Återkommande undersökningar visar att allmänläkare är den grupp inom läkarkåren som ägnar minst tid till fortbildning och kollegiala diskussioner. På grund av verksamhetens tidsstyrda karaktär upplever många distriktsläkare att de har få möjligheter att styra sin verksamhet, till exempel genom att fördjupa sig i en patients problem eller för diskussion med andra kollegor, även om man tycker att det skulle behövas.

En undersökning av sjukskrivna distriktsläkare [1] visade att många använder sig av destruktiva copingstrategier, när de vantrivs i sitt arbete. Som orsaker till varför man sjukskrivit sig angavs: att arbetet upplevdes som "ett löpande band" där man själv inte kunde kontrollera inflödet av patienter på mottagningen; att man kände sig ensam i sin yrkesroll och hade svårt att hantera den ökade strömmen av gamla och multisjuka patienter; att patienter ställde krav och kom med beställningar på diagnoser, behandlingar och resultat. Många hade väntat ända in i det sista med att sjuk-

skriva sig. Orsaken till att man avvaktade var att man upplevde att både patienter och arbetsplatsen hade höga krav på att man skulle vara närvarande, och att man betraktade sig själva och sina kollegor som människor som borde ha kraften att stå över de behov som vanliga människor har. Genom att själv bli sjuk och visa att man inte klarade av sin egen hälsa, kunde man förlora sin legitimitet gentemot patienterna. Dessutom hade man skolats in i en kultur som innebar att man inte fick svika och lägga över jobb på sina kollegor, även om det innebar att man själv fick arbeta övertid. Sådana överväganden kan naturligtvis också förklara varför man nedprioriterar sin egen fortbildning.

[1] Fältholm, Y. (2002). "Patienter, inte läkare, är sjuka". Undersökning av långtidssjukskrivna läkare i Norrbottens läns landsting. Rapport, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå Tekniska Universitet.



Anders Hansson
Primärvården i FyrBoDals FoU-enhet



Notis

SFAMs höstmöte 4 – 6 november 2009 i Uppsala

Tema: VÄXTKRAFT

Har du idéer om ett seminarium, en poster, eller något annat du vill framträda med under mötet?
Kontakta karin.lindhagen@sfam.a.se

Välkommen!

SFAM-Uppsala



Global health

An introductory textbook

Är det möjligt att skriva en lärobok om hela världens hälsa? Författarna har bred erfarenhet. På 300 kompakta sidor med dubbla spalter har de beskrivit historia, faktorer som bestämmer hälsa, hur hälsa kan mätas, vad som orsakar sjukdom handikapp och död. Perspektivet är folkhälsa och människans olika sätt att organisera vård beroende på sociala förhållanden, pengar och miljö. Målgruppen är studenter som i framtiden ska arbeta i global samverkan.

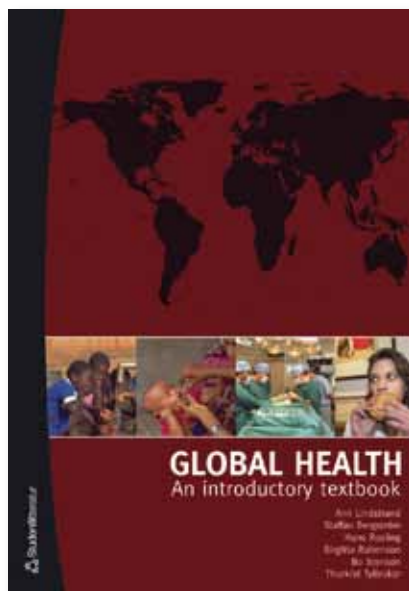
Efter ett resonemang om begreppet utveckling får vi en hälsans världshistoria på 25 sidor. Varför aboriginerna inte koloniserade Europa (!) får en intressant förklaring. Jägare och samlare följs av jordbrukare, de stora imperierna och europeisk dominans för att via utvecklingsstrategier att gå över i globalisering.

Man föreslår att tidigare tvådelade beskrivningar av länder, I-länder och U-länder, ersätts av begreppen hög-, medel- och låginkomstnationer. Till detta får läggas en liten grupp krigsskadade och kollapsade stater.

Hälsan bestäms av socioekonomiska faktorer, tillgång till mat och vatten, sanitet, miljö, klimat, beteende och först i sista hand hälsovård. Fattigdom är den farligaste patogenen/sjukdomsalstraren i världen.

Alla mått på hälsa har sina begränsningar och förutom definitioner diskuteras för- och nackdelar med olika mått. Skillnaden mellan maternal mortality ratio och -rate klargörs.

För sin presentation av den börda olika grupper av sjukdomar lägger på mänskligheten väljer författarna det komplicerade Disability-adjusted life year (DALY). DALY har lanserats av WHO genom Murray och Lopez. Med



Global health: An introductory textbook
Författare: Ann Lindstrand, Staffan Bergström,
Hans Rosling, Birgitta Rubensson, Bo Stenson
Förlag: Studentlitteratur AB
Utgiven: 2006
ISBN10: 10 9144021984

referens till Omran beskrivs hälso- och demografisk transition (övergång) och de fyra nivåerna motsvaras av den tidigare nämnda nya indelningen av nationernas utveckling: 1. Farsoter och svält (kollapsade stater), 2. Återkommande pandemier (låginkomstländer), 3. Icke smittsamma sjukdomar (medelinkomstländer) och 4. Sena degenerativa tillstånd (höginkomstländer).

De smittsamma sjukdomarna står för 30 % av DALY, mest i låginkomstländer. Sjukdomarna presenteras koncentrerat var för sig, och beskrivningen av HIV/AIDS är en utmärkt pedagogisk sammanfattning. Vad gäller näringsrubbningar noteras att övervikt numera utgör ett lika stort hälsoproblem som undernäring. De icke smittsamma sjukdomarna utgör 47 % av DALY och ökar i

medelinkomstländer. Störst är de neuropsykiatriska tillstånden följt av hjärtskärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar. Diabetes utgör 1 % men kommer att fördubblas. När det gäller nedgången av hjärtskärlsjukdomarna i de mest utvecklade länderna är ju den ännu oförklarad och endast begränsat beroende på sjukvårdsinsatser.

Skador och olyckor ökar när infektioner minskar, trafiken står för en stor andel. Brännskador, som jag jobbar med under läsningen, står för 1 %, men till det får läggas suicid.

Sexuell och reproduktiv ohälsa står för 9 % av DALY och det var först på Kairo-mötet 1994 som sambandet mellan hälsa med mänskliga rättigheter lyftes fram.

Författarna är väl medvetna om att indelningen är grov och inte statisk. Som exempel nämns att Hepatit B orsakar levercancer, HPV livmoderhalscancer och *Helicobacter Pylori* magsår, gränserna förändras dynamiskt.

Befolkningsutvecklingen diskuteras i ett infallsrikt avsnitt. Maurice Kings begrepp "den demografiska fällan" är inte längre aktuell i debatten. En stabilisering kring en världsbefolkning på tio miljarder personer vid nästa millennieskifte förutses. Det tas även upp hur migrationens komplicerade mekanismer påverkar hälsan.

Det kan inte ha varit lätt att neutralt och läroboksmässigt redogöra för olika debatter man själv deltagit i. Vad gäller fertilitet och barnbegränsning avslutas avsnittet med ett antal kritiska och berättigade frågor.

Kapitlet om olika hälsosystem har högsta aktualitet i Sverige. Den historiska stadiindelningen startar med vertikal approach 1946–77, primärhälsosstra-

tegi 1978–82, selektiv primär hälsovård 1983–92 och systemreformer 1993–2000. Den unge hälsoarbetare som vill göra karriär rekommenderas studera ekonomi.

Ett antal väl avvägda och grundade slutsatser som råd till beslutsfattare avslutar kapitlet.

Sista delen handlar om globalt samarbete och en mängd aktörer presenteras. Historien bakom olika bokstavsförkortningar som WHO, UNICEF, UNDP förklaras och deras olika policy värderas kritiskt. Ett par NGOs (NonGovernmentalOrganisations), som MSF, Läkare utan gränser, presenteras. Aktuella och viktiga historiska referenser följer till varje kapitel. En utförlig länklista samlas i slutet. I förkortningarna saknade jag WFP (World Food Program), FN-organet för mat distribution.

Det är en positiv bok som lyfter fram många möjligheter, inte ger så många svar men ställer frågor och ger en fantastisk överblick. Den redaktionella bearbetningen har varit sträng och upprepingarna är få. De svenska exemplen är motiverade. Jag har bara kunnat ge några smakprov från olika kapitel. Boken rekommenderas till alla med intresse även utanför den egna listan. Mycket har förändrats och frågan är hur länge boken är aktuell? Under läsningen har jag funderat på hur den förändrade dynamiken och panoramat i många länders utveckling ställer helt nya krav på biståndsorganisationer. Vi måste lära oss att arbeta med support för ökad kvalitet i olika utvecklingsstadier, inte bara akutlägen.

Den sista meningen är uppfodrande: Det är delvis upp till läsarna av denna bok att se till att samarbetet kring hälsan tar rätt väg.

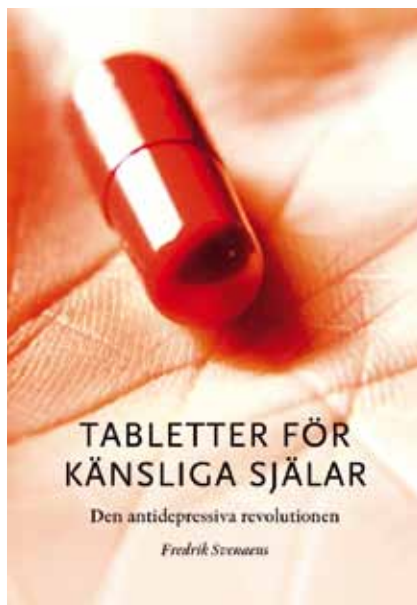
Peter Olsson, Sulimaniyah
peter_olsson@hotmail.com

Annons

Den antidepressiva revolutionen

Antidepressiva läkemedel (AD) har sedan SSRI-preparaten kom ut i början av 1990-talet blivit några av allmänläkarnas mest använda läkemedel. Sedan 1992 har försäljningen i stort åttafaldigats. Omräknat till definierade dygnsdoser räcker nu försäljningen till daglig användning för åtta procent av landets befolkning. Försäljningen till personer 80 år och äldre tyder på att 20–30 procent av åldersgruppen dagligen intar AD. Att dessa läkemedel hjälper personer med egentlig depression och vissa ångestsyndrom är väl belagt. Den breda användningen av AD är däremot diskutabel. Omfattningen av medicineringen av gamla med AD är – enligt min åsikt – oförsvarlig.

En som tar upp en diskussion om ADs roll i samhället är filosofen Fredrik Svenaeus vid Centrum för praktisk kunskap på Södertörns högskola. Han forskar och föreläser om kunskapsteoretiska och etiska frågor med koppling till medicin och vård. För några år sedan gav han ut den läsvärda boken *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. År 2008 kom *Tabletter för känsliga själar* som delvis bygger på intervjuer med allmänläkare samt med patienter som använt AD. Som filosof företräder han ett outsiderperspektiv vilket han använder på ett intressant sätt. Läsaren märker snart att Svenaeus grundligt satt sig in i de problem han skriver om. Han konstaterar att medicineringen med AD nu har en omfattning som överskrider botandet av regelrätta psykiska sjukdomar och därför också påverkar samhällsklimat och mellanmänniska relationer. ”Den antidepressiva revolutionen” pekar mot en farmakologiskt betingad förändring av vår mänskliga livsform och självbild genom att dessa läkemedel förefaller erbjuda en stabilise-



Tabletter för känsliga själar
Den antidepressiva revolutionen.
 Författare: Fredrik Svenaeus
 Förlag: Nya Doxa
 Utgiven: 2008
 ISBN10: 978-91-578-0515-7

ring av känsliga och sårbara människors läggning. Således en förändring av den personliga läggningen via farmakologi. Är det bra eller dåligt? Svenaeus för en öppen diskussion om detta. Han säger sig vara skeptisk såväl till förespråkarnas som till motståndarnas argument i debatten om den dramatiska förskrivningsökningen.

Vad är då bakgrunden till den antidepressiva revolutionen? En del är den vetenskapliga utvecklingen med snabb kunskapsökning av hjärnans funktioner och den därmed sammanhängande läkemedelsutvecklingen. En annan del är läkemedelsindustrins stora satsning och dess väl demonstrerade förmåga att påverka läkarnas tänkande och arbete.

Vi kan också fundera över huruvida ”vår nya ängsliga värld” betingas av ökad öppenhet för och lägre förmåga att uthärda psykiskt lidande. Eller utsätter det nutida välfärdssamhället paradoxalt nog människor för större psykiska påfrestningar eller gör dem sämre rustade att handskas med problem? Många anser att den utbredda ängsligheten och tendensen till depression, inte minst bland unga, är en följd av att vi lever på ett onaturligt sätt. Den nuvarande psykiska och sociala miljön är alltför skild från de förhållanden som under evolutionen formade vårt känsloliv. Våra känsloreaktioner är inte koordinerade till det liv många nu lever.

En kärna i boken är frågan om och hur man kan förändra sin känslomässiga läggning åt det stabilare hållet ifall sårbarhet medför utanförskap och hämmade möjligheter i livet. Om man nu kan göra det med läkemedel och därmed får ett bättre liv, har man då ”förverkligat sig själv” eller förfrämligat sig från sitt verkliga jag, sin identitet? Svenaeus framhåller att ängslighet, tvångsbeteende och fobier stänger ute tillfällen till utveckling, glädje och mellanmännisklig samvaro. Reduceras de negativa känslorna öppnas möjligheter till gynnsam utveckling.

Att försöka förändra sin känslomässiga läggning med hjälp av läkemedel kan ses som ett utslag av ett instrumentellt förhållningssätt till sitt eget inre. Det betyder att man ser sitt känsloliv som ett slags substrat som kan påverkas genom olika procedurer. Ett kontrasterande förhållningssätt är det dialogiska, vilket innebär att man – med hjälp av en terapeut – för ett särskilt slags samtal om och med sina känslor och inre tankar. Svenaeus påpekar att en instrumentellt genomförd förändring av den

känslomässiga läggningen kan leda till en dialogisk och äkta utveckling på det mellanmännskliga planet. Instrumentellt och dialogiskt synsätt är således inte oförenliga när de tillämpas på olika mänskliga nivåer. Svenaeus resonerar utifrån användarens perspektiv. Resonemanget kan överföras till läkarens/terapeutens förhållningssätt till patienterna.

Men Svenaeus tar också upp risker med den antidepressiva revolutionen. Dit hör att en vanemässig användning av AD gynnar sjukdomsförklaringar av problem som mer hör hemma i ett samhälleligt sammanhang. Ett dominerande botasjukdoms-resonemang kan förstärka ett okänsligt, ytligt och instrumentellt förhållningssätt mellan människor. Med-

ikalisering av allt som är plågsamt är ett försök att undfly ansvar, på individuell nivå såväl som på kollektiv nivå.

Några timmars läsning, reflektion och helst också diskussion av "Tabletter för känsliga själar" rekommenderas.

Stig Andersson

Stressen knäcker

"Upp till dej!

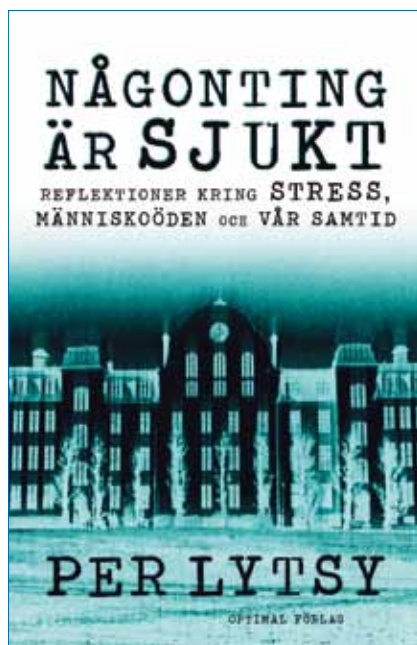
Jag sa: stressen, broder,

stressen, stressen

Stressen den kan knäcka dej!"

Dessa rader är hämtade från låten *Stressen knäcker* (Pressure Drop i original) av Peps Blodsbånd som skulle kunna vara ett soundtrack till boken *Någonting är sjukt - Reflektioner kring stress, människoöden och vår samtid* av Per Lytsy specialistläkare på Stressmottagningen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Vår tids ohälsa är svår att få grepp om. Stressen finns där men låter sig svårigen definieras. De finns ofta inga samband mellan objektiv påfrestning och den upplevelse individen har. Var går gränsen för vad som anses normalt? Hur kommer det sig att tidigare helt friska individer förlorar kontrollen över sina liv och drabbas av en förlamande oförmåga? Hur kan vi hjälpa dessa människor? Författaren inleder med att betrakta begreppsvärlden kring fenomenet stress, och det blir fler frågor än svar. Resonemanget får liv när vi konfronteras med ett antal fall från verkliga livet. Människor kan beskrivas på många olika sätt och våra liv består av en mångfald av olika berättelser. Genomgående är att personerna som skildras hamnat i ganska svåra livsomständigheter, som de haft svårt att bemästra. Känslan av hopplöshet är ett genomgående tema, liksom upplevelser av kränkningar och mobbing. Man får intrycket att det är



*Någonting är sjukt - reflektioner kring stress
människoöden och vår samtid.*

Författare: Per Lytsy

Förlag: Optimal

Utgiven: 2009

ISBN10: 917-24-1162-7

svårt att uppnå ömsesidig förståelse i samtalen. Ett uppvisat pansar av misstro gör det hart när omöjligt att hjälpa. *Någonting är sjukt* men vad?

Personlighetens betydelse för copingförmåga blir genomlyst och som alltid är det fråga om en balans. För mycket av känslor som skuld, skam och tvivel leder

ofta till depression och ångest, medan en helt oberörd person kan upplevas som känslolösl. Lagom är bäst!

Fenomenet sjukskrivning i förhållande till den nya diagnosen utmattningssyndrom diskuteras. Hur man ser på bakomliggande orsakssamband, har förvisso betydelse för hur man ser på behovet och konsekvenserna av sjukskrivning. Är stress uttryck för en biokemisk rubbning, eller ett psykosocialt beteendemässigt problem? De negativa konsekvenserna av sjukskrivning förskräcker, och det finns all anledning att använda sjukskrivningsinstrumentet försiktigt vid dessa tillstånd.

Vår tids sjuklighet definieras i ett samspel mellan olika aktörer. Patienter, vårdgivare, politiker, myndigheter och arbetsgivare interagerar livligt påhejade av media. Som läkare är vi delaktiga i processen i högsta grad. Går det att vända trenden?

Författaren har en ödmjuk hållning till problemets komplexitet vilket ger ett sympatiskt intryck. Boken har sin styrka i de många perspektiven som används för att uppnå förståelse, och till detta bidrar de intressanta fallbeskrivningarna. Den känns angelägen även om den inte levererar några lösningar eller svar på hur den nya ohälsan ska angripas.

Anders Lundqvist,
VC Viken. Örnsköldsvik
anders.lundqvist@lvn.se

Annons

Inbjudan



Kære svenske Kolleger,

Vi indbyder jer herved til at rejse med danske og norske kolleger til årets Wonca kongresser i almen medicin! I 2009 vil vi aktivt deltage i Wonca's kongresser i følgende byer og lande:

- Allerede i April rejser vi til San Juan, Puerto Rico, som er vært for årets Ibero-American Congress. Det selvsamme møde afholdes næste år i Cancun, Mexico.
- Den 9 maj besøger vi The South African Academy's Årlige Møde i Capetown, som vi har gjort tidligere. Vi vil deltage hele lørdagen og vi får en introduktion til almenmedicins udfordringer i Sydafrika, og der er mange. Tænk på AIDS, Malaria og fattigdom! Efter mødet rejser vi nordpå til en komfortabel lodge ude i bush'en for at se det virkelige Afrika. Det bliver en uforglemmeligt møde med Afrika, som alle, der var med i Durban i 2001, vil bevidne!
- Vi skal viden om i 2009. I juni skal vi til Hong Kong til Wonca's Regionale Conference. Hong Kong er en meget spændende by, som vi også tidligere har besøgt. En travl og dynamisk by. Bagefter fortsætter vi til Shanghai og Beijing.
- Wonca's Rural Conference finder sted på Kreta fra den 12 til den 14 juni. Der bliver rigelig tid til også at opleve den gamle kultur og til at se sig om. Kreta er også familievenligt!
- Wonca Europe Regional Conference finder sted i Basel i Schweiz i september. Den indeholder et enestående godt og interessant program, som alle vil finde relevant for os almenmedicinere. Vi håber på en særdeles stærk skandinavisk delegation!
- Først i Oktober drager vi til Perth i Australien, til The Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention, som vi har besøgt siden 1996. Altid et godt gensyn for vi har mange venner derude. Efter Perth skal vi naturligvis se en stor del af landet. Specielt Sydney og Great Barrier Reef.
- Den næste rejse går til Boston og The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly i oktober. Vor første rejse, i 1988, gik netop til AAFP og gensynsglæden er gensidig. AAFP's kongresser er tops.
- Den allersidste rejse går til Wonca's Regional Conference i Rustenburg i Sydafrika fra den 24 oktober, vi har altså to muligheder for at rejse til Sydafrika i dette år. Efter kongressen rejser vi til en safari lodge nær Kruger National Park, hvor vi tilbringer nogle dage med at se og høre de vilde dyr!

Der findes meget mere information og alle rejseplaner og tilmeldingsblanket på

www.allanpelch.dk - eller skriv gerne til apelch@dadlnet.dk

Jeres kolleger i Norge og Danmark ønsker jer velkommen til disse spændende rejser og kongresser.

Med de venligste hilsener,

The Scandinavian Delegation of Family Physicians

Allan Pelch, Læge.

Medlem af Dansk Selskab for Almen Medicin og af Wonca.

apelch@dadlnet.dk

Annons

Örebro läns allmänläkarklubbs priser 2008

Örebro läns allmänläkarklubb har i samband med sin årshögtid vid SFAM Örebro-Värmlands årsmöte delat ut klubbens priser för det gångna året.



Vandringspriset "Bästa allmänmedicinska insats" har tilldelats **Jan Johansson**. Jan är distriktsläkare och mångårig verksamhetschef vid Askersunds vårdcentral. Motiveringen lyder: *"Jan har under många år arbetat på samma arbetsplats både som allmänläkare och verksamhetschef. Han har, även under perioder med läkarbrist och stor arbetsbörda, tagit sig tid att handleda yngre kollegor och alltid uppmuntrat och stöttat sina arbetskamrater. Hans ledarskap kännetecknas av prestigelöshet och hans lugna sätt medför att kollegor och medarbetare kunnat växa i sina yrkesroller".* Priset består av en pokal som får behållas under ett år samt ett diplom och blommor.



Vandringspriset "Kunskapens ljus" för framstående pedagogiska insatser har tilldelats **Björn Strandell**. Björn arbetar som distriktsläkare på Skebäckers vårdcentral i Örebro. Motiveringen för Björns del lyder: *"Björn får priset för hans fleråriga uppskattade handledarskap.Handledningen karakteriseras av stor tillgänglighet, engagemang, omtänksamhet och gedigna medicinska kunskaper som alltid på ett pedagogiskt sätt framförts till våra utbildningsläkare som därmed givits möjligheter att växa i rollen till blivande allmänläkare."* Priset består av en silverljusstake som får behållas under ett år samt ett diplom och blommor.

Bengt Karlsson

bengt.karlsson.kga@telia.

..... Notis

Nytt från SFAMs kvalitetsråd – SFAM Q

SFAM Q har tagit fram en uppsättning evidensbaserade kvalitetsindikatorer inom 14 olika områden. De är i första hand avsedda att vara hjälpmedel för den enskilde läkaren eller vårdcentralen/familjeläkarmottagningen som vill granska sina egna resultat. Om alla på enheten deltar i uppföljningsarbetet blir det lättare och mer intressant att ta del av resultaten. En förutsättning är att granskning och analys bygger på frivillighet.

Indikatorer om förmaksflimmer har uppdaterats

Socialstyrelsen kom 2008 med nya nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Vi har reviderat våra indikatorer om behandling och uppföljning av förmaksflimmer 2009-01.

Nya indikatorer om nedre luftvägsinfektioner

Läkemedelsverket kom med nya behandlingsrekommendatio-

ner 2008 vid nedre luftvägsinfektioner. Vi har tagit fram nya indikatorer om behandling och uppföljning 2009-03.

SFAMs nationella kvalitetsdag 2009

Fem år i rad har SFAM:s kvalitetsråd arrangerat en nationell kvalitetsdag. Det har varje gång blivit en välbesökt, sjukande marknad av idéer och diskussioner om projekt i primärvården. Årets kvalitetsdag blir den 1 oktober 2009 på Stockholmsmässan.

Allt detta finns på SFAMs hemsida www.sfam.se under fliken KVALITET.

För SFAM Q

Lennart Holmquist,

distriktsläkare Nykvarns vårdcentral

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, 0706-210 20 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 Sward
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

Anders Lundqvist
070-234 26 36, fax 0660-898 03
anders.lundqvist@lvn.se

SFAMs råd

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

Läkemedelsterapirådet

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

Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Madelene Andersson
froken_andersson@hotmail.com

Utbildningsrådet

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

Hemsjukvård

Sonja Modin
sonja.modin@sl.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@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@sl.se

Diabetesnätverk

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

Gastroprima – för mag-tarmintres-

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

Viktoria Thiger
viktoria.thiger@telgeakuten.se

STOCKHOLM

Roland Morgell
roland.morgell@sl.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@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

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

NÄSTA - nationellt nätverk för
ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkehan & Anna Nilsson
marialutkehan@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 ÄLVSBORG*

Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBORG

Bertil Hagström
Bertil.hagstrom@telia.com

SKARBORG*

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

Nybildat nätverk för psykiatri

En mycket stor del av arbetet som allmänläkare består i att hjälpa personer med olika typer av psykiska besvär. Vi tycker därför det finns behov av ett nätverk för psykiatri inom SFAM. Syftet med nätverket är att vi både själva ska kunna utbyta erfarenheter och kunskaper och även på olika sätt kunna vara till stöd för föreningen och dess medlemmar. Hör av dig om du vill vara med eller vill veta mer.

Anna-Karin Fahlen, Luleå; Anna-Karin Svensson, Sandviken; Birgitta Ivarsson, Stockholm; Cecilia Björklund, Göteborg; Erland Svensson, Fjällbacka; Eva Arvidsson, Kalmar; Kersti Ejeby, Gustavsberg; Louise Hamark, Gävle; Roland Morgell, Stockholm

roland.morgell@sll.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

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnäs, adjungerad redaktör, distriktsläkare, Sthlm
tina.ronnas@home.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
handel.hans@telia.com

Johanna Johansson, redaktionssekreterare, SFAMs kansli
chefredaktor@sfam.a.se

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

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
Peo Göthesson
Box 29, 450 71 Fjällbacka
0525-323 50, fax 0525-329 29
peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Peter Brorson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
peter@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

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

Vinst känsligt på Vårdcentral Lovande studie fick avbrytas

Den vetenskapliga undersökningen började redan före telefontiden.

Två apodoser skulle förlängas. På den ena ströks Triobe och ersattes av Betolvex*. Enbart. Mail till dsk: Varför kvar på 8 Alvedon, fick ju sin höftprotes? Jag stryker*. På den andra eliminerades Dimetikon x 4*. Och så en Bra Fråga: varför är omeprazolen kvar sen 2005? Ut med den, följ upp*. Sen sysslade jag med helt meningslösa saker som inte gav någon vinst.

Nu kom telefontiden. Den blev rena sparpaketet idag. Först ringde Arne om sin kroniska prostatit. Han hade tagit sig till nån jour. Jourlinjer har svårt hålla fingrar i styr. Antibiotika blev det, nåt med de nya namnen som man blandar ihop, det hade Arne tagit i 10 dagar. Hans svårt diffusa besvär hade expanderat.

– Jag måste väl hämta ut nästa omgång?

– Bäste Arne, du har diklo hemma, prova dom ett tag, men glöm inte värmen*. Jag ringer om en vecka. Om du inte hinner före.

Rune önskade sig en röntgen av höger höft.

– Vadan detta, spordes.

– Så jänkla ont efter tapeterna.

– Vad tänker du om röntgen?

– Jag är väl utsliten.

– Och då vill du ha satt in en höftprotes?

– Nej, bevara mig väl, så farligt är det inte.

– Då kanske vi kan vänta med röntgen*. Prova Panodil så länge, tapeterna är uppsatta. Vi hörs igen framöver?

– Ja, jag ville bara höra, det var frun som var på mej.

Fru S ringde och ville ha Pc m.m. för sin hosta. Ville egentligen inte komma, så hemsk den var.

– En gång fick jag nåt på telefon... det var väldigt bra...

Nu togs anamnes. Och besök i journal. Hostan var tveklöst obstruktiv. Mycket riktig, det där Bra var ju Prednisolon.

– OK, vi provar fem per dag, tills vi hörs på torsdag*?

Nu begynte en mottagning. Orolige L 72 hade kommit halvakut med sitt huvud som sprängt i tre dagar. Han undrade om han hade hjärnblödning. Det blev lite knepigt. På sjukhuset blir det ju nu CT skalle direkt på såna. Men CT har vi ingen härute. Så då får man se till undersöka och värdera fallet omsorgsfullt. När sen alternativen ältades så stannade vi för hemkörsel igen med sonen*. Lite överkurs på lab, ett par rör, när han nu ändå dök upp i sin stadgade ålder. Slapp apoteket genom några Citodon brus i påse och så pling i morgon bitti. Förresten, bra att jag fick nys om att sonen satt där ute och tryckte i väntrummet. Transporterande söner bör involveras.

Utredningar står i omvänd proportion till kontinuitetsindex på läkarsidan. Nu kom Liz 40, inflyttad och olistad, så journalen var lättläst, desto tyngre var anamnesen på buksmärtor och ledvärk.

– Vem var förra doktorn?

– Jag och namn... dom har ju bytt jämt..., dom hittade ingenting, men nåt fel är det ju...? Kan ju inte ha det så här...

Nu kom Hedborg/Larsens gratis-tips i Allmänmedicin. Skapa förtroende direkt: "Jag ska försöka hjälpa dig". Inget dumt råd alls i sin självklarhet när en nyinflyttad tagit sats inför ny dr. Förhandlingsläget förbättrades helt visst, vi blev överens om att ligga lågt*. Och samla ihop oss och ses igen.

Så kom dagens minuspost: misslyckat stopp för MR. Fru O, 52, hade dragits med ischias dag och natt.

– Visst är det lite bättre?

– Nej, minsann, värre! Fru O var även uppeldad av frustrerade sjukgymnasten. Stödd härav kopplade O greppet och vann på fall. Dock kravade jag mig upp, fick in en slutreplik med en tribut av optimism: Vi kan ju avbeställa när det vänder(*).

* Vinstutfallet ej beräknat, men är approximativt avsevärt, särskilt vid extrapolering till årsbasis. Behövs allmänmedicinen i första linjen? (Försöket stoppat redan kl 10.30 av Sjukhusets Etiska kommitté ("Vinstintressen får ej styra vården").

Inge Carlsson, Eslöv

2009

Maj

Studierektorskonferens

"Nya grepp"

7-8 maj i Göteborg. Hotel Novotel, vid Röda sten.

Se Kursdoktors hemsida för mer info www.kursdoktor.nu

4:e Nordiska mötet för allmänläkare med intresse för allergi, astma och KOL

7-9 maj, Skanör/Falsterbo.

Kontaktperson eva.pilman@skane.se alt Kerstin Romberg kro@nlg.nu

"Tänk hjärna"

Läkartidningens utbildningsseminarium.

13 maj, KI Solna.

Anmälan och program:

www.lakartidningen.se/events

16:e Nordiska kongressen i allmänmedicin

The future role of general practice – managing multiple agendas

13-16 maj 2008, Köpenhamn

www.gp2009cph.com

Svensk Idrottsmedicins

förenings årsmöte

14-16 maj, Umeå.

Tema: Kvinnor och idrott. Prestation.

www.simf.se/varmote

Kurs i konsultation och

videohandledning

22-29 maj, Kalymnos, Grekland.

Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Kontaktperson: Jan-Helge Larsen,

jhl@dadlnet.dk

Juni

Berzelius symposium 81:

Porohyrins and Porphyrins

14-18 juni, Stockholm.

Website: www.sls.se/berzelius/6547.cs

mer information annie.melin@sls.se

XIX WAS World Congress for Sexual Health

21-25 juni, Göteborg.

Läs mer på:

www.sexo-goteborg-2009.com

September

Wonca Europe Regional Conference

The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty

16-19 Sep 2009, Basel, Switzerland

www.congress-info.ch/wonca2009/home.php

Oktober

När doktorn tar av sig skorna

Kurs i hemsjukvård.

21-22 oktober.

Kontaktperson: Gunnar Carlgren,

gunnar.carlgren@comhem.se

Anmälan senast 8 september.

www.sfam.se/hemsjukvard.html

WONCA regional conference

25-28 oktober, Sydafrika.

www.woncafrica2009.org/

November

SFAMs höstmöte i Uppsala

4-6 nov.



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