

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER I 2009 ÅRGÅNG 30



Reportage från amerikansk familjeläkarkonferens/sid 18

Mitt i ST/sid 11 • Nya utmaningar – gamla strategier/sid 5

Skriv i AllmänMedicin!

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



I nästa nummer av AllmänMedicin:

Nya perspektiv på om det förebyggande arbetet fått vad det förtjänar – Mats Granvik, utredare landstinget Dalarna

Erfarenheter från arbete med det Palliativa registret – Peter Olsson med flera från Jokkmokks vårdcentral

Omslagsfoto: Timothy Hursley

3 Ledare

Kan man lita på patienten?
Staffan Olsson

5 Vetenskap & Utveckling

Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete
Erland Svensson

6 Årets ST-uppsats

Är en enkät en framkomlig väg för att identifiera och påverka riskbruk?
Anna Hertin

8 ST-uppsats

Bland iterationer och indikationsglidningar – forskrivningsmönster av clopidogrel och atorvastatin på vårdcentral
Elisabeth Norén

11 Utbildning

Mitt i ST-värdering, Specialistexamen, SPUR-inspektion
Mogens Hey

18 Konferens

Rapport från internationell läkarkonferens i San Diego
Marcel Aponno

20 Notiser

Spännande dagar om framtidens primärvård

22 Konferens

Riksstämman 2008 – Globala hälsotrender och inflammatoriska tillstånd
Anders Lundqvist

24 Recensioner

Pillret – *Ingrid Carlberg*
Från blodhosta till vardagsstress – *Lars Werkö*
Medical Humanities Companion – *Flera författare*

29 SFAM informerar

Om att skapa utrymme för debatt
Madelene Andersson, Björn Nilsson
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

32 Krönika, kalendarium

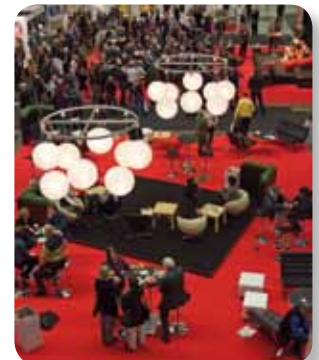
Livet utanför golfbanan – *Torsten Green-Petersen*

”Är kanske, trots allt det stora problemet att allmänläkare alltför sällan är med på noterna, när patienter söker för något av det dolda risk- eller missbrukets många symptom?”

Årets ST-uppsats 2008 av Anna Hertin handlar om alkoholpreventivt arbete på hälsocentral.
Sidan 6



Mogens Hey berättar om sina erfarenheter av att värdera kompetens med betoning på Mitt i ST.
Sidan 11



Anders Lundqvist rapporterar om globala hälsotrender och inflammatoriska tillstånd.
Sidan 22



Dubbelrecension av Peter Olsson och Andreas Karlsson.
Sidan 24

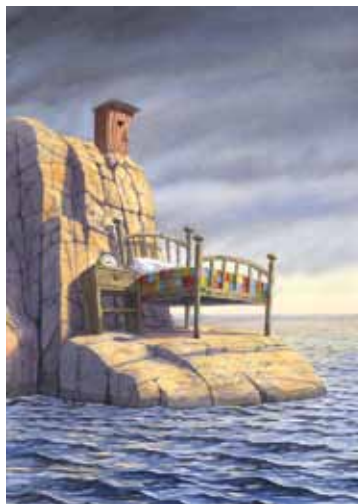
Signerade reproduktioner av årets och tidigare års omslagsbilder till Läkarmatrikeln

Sjuktransport • 2008



Peter Engberg

Sängläge • 2007



Peter Engberg

Sjukstuga • 2006



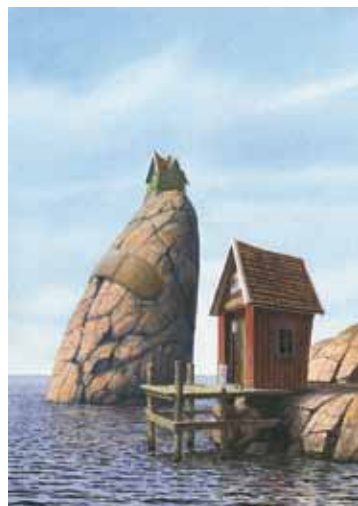
Peter Engberg

Stenbrott • 2005



Peter Engberg

Sjösjukan • 2004



Peter Engberg

Ö-Lasarett • 2003



Peter Engberg

Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg.
Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr).
Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären.
Gör er beställning på fax: 031-84 86 82,
via e-post: order@mediahuset.se
eller telefon: 031-707 19 30

PETER ENGBERG
Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning.
Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttio-talet med sina träffsäkra miljöbilder från Bohuslän.

Kan man lita på patienten?



Titeln är oroväckande, snudd på förolämpande. Ingen ser väl på sina patienter med ständig misstro – hållningen skulle kallas cynisk och förlegad om någon vågade yttra den. Samtidigt accepteras hållningar som vittnar om exakt samma inställning, men där den är politiskt korrekt och fullt accepterad.

Världvaldiskussionerna är det tydligaste exemplet. Att invånarna själva skulle kunna avgöra kvaliteten på vården som erbjuds är för många debattörer närmast otänkbart. Att man själv kan avgöra vem som skall fixa tändarna, håret eller bilen anses å andra sidan rätt självklart.

Vilka vårdgivare blir populära val? Släpphänta med receptblocket och sjukskrivningar vinner säkert en del på kort sikt. Den som fastnat i ett läkemedelsmissbruk skyller märkligt nog sällan på förskrivaren. Lika lite den som hamnat i en destruktiv passiv sjukskrivning – trots att doktorn ofta stått som passiv åskådare medvetet eller omedvetet, av egen förskyllan eller på grund av bristerna i systemet.

Men vem vinner i längden? Jag hoppas den som erbjuder kontinuitet, eftertänksamhet och den som tillvaratar och utvecklar sin kompetens. Det är kanske naivt och blåögt, men gröna öar av välfungerande allmänmedicin har verklig konkurrenskraft gentemot snabbköpsvarianterna som fyller snabba behov framför att erbjuda kontinuitet och hög kvalitet i varje patientmöte.

Några av Internets mest populära sajter är Prisjakt.nu och Pricerunner – där helt vanliga konsumenter utövar sin kollektiva makt när det gäller att jämföra priser och utbud av varor och tjänster. Vi har fått en blek motsvarighet i vår sfär: Doktorsguiden. Livligt debatterad i media, våra fackliga företrädare har med viss rätt protesterat mot en del avarterna i tjänsten. Grundfrågan förblir ändå – får vi inte och kan vi inte jämföras och bedömas av dem som skall utnyttja våra tjänster? Man kan däremot hoppas på avsevärt bättre, mer sofistikerade och seriösa verktyg för den vårdkonsument som vill välja rätt. Ett sätt skulle vara en frivillig recertifiering, naturligtast via SFAM, som säkerställer kontinuerlig vidareutbildning av hög kvalitet. Kort och gott en kvalitetsstämpel för den doktor eller mottagning som satsar på kvalitet och vidareutbildning. Högt ställda professionellt formulerade ambitioner torde vara avgörande för trovärdigheten – minimistandarden bör fastställas i avtal mellan finansierare och utförare, i viss mån av tillsynsmyndigheterna, och inte bygga på frivilliga åtaganden.

En betydligt mer delikat fråga är om man kan använda kvalitetsmätningar och -register av olika slag för att göra jämförelser och ranking mellan vårdgivare. Få skulle nog vilja bli rankade efter sitt resultat i NDR eller väntetidsmätningar. Patientenkäterna fyller inte heller kraven för att mäta

det man verkligen vill mäta – patientens upplevelse av uppfyllda mål, behov och önsknings. Frågorna är för grovhuggna, för ytliga och ofta alldeles för många för att någon skall orka engagera sig genom hela formuläret.

Vilka är alternativen? Svaren är inte givna, och här hoppas jag på fler kreativa lösningar från våra egna led. Ett experiment är att helt enkelt fråga patienterna. Flera framgångsrika vårdgivare använder fokusgrupper för att få fram vad som verkligen är viktigt för stora patientgrupper. Fördelarna är många; tysta och svaga grupper kan komma till tals, djupet på frågorna blir bättre, och svaren betydligt mer relevanta för verkligheten. Ingenting man kan använda för att jämföra sig med andra, eller för patienterna att använda för att jämföra olika vårdgivare. Däremot ett utmärkt sätt att fokusera sina ansträngningar med utvecklingsarbetet mot verkligt viktiga faktorer, i skarp kontrast mot chimärer som väntetidsmätningar och ranking utifrån kvalitetsregister.

Till slut vill jag rikta ett varmt tack till Anders Lundqvist, som nu gör sitt sista nummer av Allmänmedicin i rollen som chefredaktör för tidskriften. Ett sant privilegium att få jobba med Anders, och vi hoppas att han kommer att bistå redaktionen ett bra tag till.

Staffan Olsson

Kom till den Nordiska Kongressen för allmänläkare Köpenhamn – maj 2009

Anmälningarna till den Nordiska Kongressen för allmänmedicinska läkare är redan i full gång. Planeringen av kongressen har pågått i ett par år och det ser för närvarande riktigt bra ut. Titeln på det vetenskapliga programmet är "The future role of general practice – managing multiple agendas".

De olika vetenskapliga ämnena är bland annat; förebyggande åtgärder, behandling av kroniskt sjuka, komplexa hälsoproblem, läkarkliniken som en integrerad del av sjukvården samt undertemat barn. Se programmet och fler detaljer på gp2009cph.com.

Den Videnskabelige Komite har redan från början satt som mål att ni som deltagare ska erbjudas ett brett allmänmedicinskt relevant program av hög kvalitet och originalitet. Redan nu står det klart att vi på kongressen kommer att kunna

presentera ett brett utbud av vetenskapliga bidrag inom kongressens samtliga fem teman. Fyra spännande key-note lectures, 25 symposier, talrika workshops, posters och free standing papers kommer att ge deltagarna en aktuell uppdatering inom nordisk allmänmedicinsk forskning, utbildning och kvalitetsutveckling.

Barnen är vår gemensamma framtid, de vuxna med komplexa sjukdomar vårt dåliga samvete och de äldre medborgarna vår gemensamma historia.

Anmäl er nu! Aktivera era nordiska nätverk och använd kongressen som ett forum för kunskapsutbyten, nordisk inspiration och som en språngbräda till nya nordiska gemensamma projekt.

Välkomna till Köpenhamn i maj!



16th Nordic Congress of General Practice
Copenhagen 13–16 May 2009
Call for abstracts

Scientific programme
The future role of general practice – managing multiple agendas

More information
(detailed scientific programme, social programme, etc.):
www.gp2009cph.com

Organiser:
The Danish College of General Practitioners

16th Nordic Congress of General Practice Copenhagen, Denmark

Henrik Sångren
Medlem i Den Videnskabelige Komite

Kirsten Talbro Lاراignou
Kongressledare Nordisk Almenkongresskt.
plo@DADL.DK

ANNONS

Nya utmaningar, gamla strategier

–om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete

Läkarnas självständighet och makt bygger på deras expertkunskap på det biomedicinska området. Att betona den medicinska expertrollen, som ett försvar för yrkesgruppens självständighet, kan bli till en tvångströja som gör det svårare att hitta nya strategier och att samarbeta med andra yrkesgrupper.

Förutom fyra delarbeten har han skrivit en förhållandevis lång ramberättelse (se nedan) med utblickar mot sociologi och samhällsvetenskaper och en del historiska perspektiv.

Anders Hansson tycker att sam- och teamarbete är ganska självklart när man har att göra med komplicerade och multifaktoriella problem som kräver samordnade behandlingsinsatser. Han förundrades varför kollegorna på vårdcentralen inte deltog i det välutvecklade teamarbetet man hade startat på hans vårdcentral och att de inte heller var särskilt intresserade. Detta ointresse blev starten för hans avhandling. Utgångspunkten var att undersöka läkares inställning till teamarbete.

Det är intressant läsning men jag tycker att han ger en alltför pessimistisk bild av allmänläkeri och läkarutbildningen. Jag tror att nya momenten med ”strimma” och konsultationspraktik med reflektion och utvecklad samtalsmetodik kommer innebära positiva förändringar av läkarrollen. För mig har läsningen därför varit provokativ och utmanande. Vid disputationen deklarerade Anders Hansson att just detta var avsikten och att texten kan vara ett irriterande diskussionsunderlag.

Avhandlingen blir ett viktigt inlägg i diskussionen om vårdval. Den stödjer förslagen för ett bredare uppdrag. Där kan man finna argument emot listning till en enskild läkare till förmån för listning till ett vårdlag eller team.

Två av delarbetena är kvalitativa studier av intervjuer med allmänläkare. Många kände sig osäkra i sin yrkesroll eftersom de behövde balansera mellan olika perspektiv och roller. I avhandlingen undersöks di-

striktsläkarnas syn på att arbeta i team över yrkesgränserna. Trots att de intervjuade hade en positiv inställning till att arbeta i team så kände de sig klivna inför den nya rollen som en i teamet. I teamet delades ansvaret och allmänläkaren kunde förlora sin roll som den allvetande doktorn.

Han drar slutsatsen att det ligger i allmänläkarens uppdrag att förena de medicinska och humanistiska perspektiven. För att kunna introducera teamarbete bland allmänläkare måste därför hänsyn tas till deras uppfattning om den egna yrkesrollen och fördelarna måste redovisas: att ansvaret fördelas på fler personer som ger varandra stöd, att allmänläkaren får ny kunskap och nya perspektiv på problemen från andra yrkesgrupper, att teamet kan hitta gemensamma strategier för behandling och vård och att kontinuiteten ökar när den inte bara hänger på en person.

Anders Hansson menar att teamarbete inte är så vanligt bland allmänläkare men under disputationen blev det en diskussion av vad är egentligen att team. För nog utövas teamarbete inom kommunal hemsjukvård, på servicehus, på BVC eller inom skolhälsovård?

Kontinuiteten mellan läkare och patient har tidigare framhållits som ett av allmänmedicinens signum. Anders Hansson påpekar att idag är faktiskt läkaren den yrkesgrupp som har den högsta omsättningen på landets vårdcentraler. Många unga distriktsläkare önskar arbeta deltid, få vara föräldralediga och så vidare. Det gör att behovet av flexibla arbetstider ökar och

att möjligheterna till långvarig kontinuitet med patienterna minskar. I ett team kan ansvaret för kontinuiteten lättare delas av fler yrkesgrupper.

Teamarbete kan dessutom ha andra fördelar för allmänläkaren, till exempel genom att avlasta läkaren från att vara ensam ansvarig för patienten, renodla läkarens arbetsuppgifter till de mer medicinska, låta andra ta hand om patienter med enklare sjukdomstillstånd och rutinuppgifter som inte kräver en läkares långa yrkesutbildning. Då många patienter har psykosocialt komplicerade besvär krävs flera yrkesgruppers perspektiv i till exempel multidisciplinärt team.

Han beskriver att allmänmedicinen har sina rötter i den ensamme entreprenörens och affärsidkarens verklighet och patienterna var de enda uppdragsgivarna. Just friheten och oberoendet av andra var dåtidens belöning för ett i övrigt ganska slitigt och otacksamt arbete. Den självständiga entreprenörens ideologi, med den frihet och det oberoende det innebär, menar han tycks fortfarande i viss mån präglad inställningen till inblandning från politiker och administratörer. Det medför en skeptisk attityd till akademien, interkollegial kompetensutveckling och försök att enas kring gemensamma vårdprogram och behandlingsrekommendationer. Man litar på sitt eget omdöme och expertkunskap i första hand och ser inte samarbete med andra som en väsentlig ingrediens i arbetet. Han menar att en sådan kultur knappast är gynnsam för nya strategier.

Erland Svensson

erland.svensson@home.se

Titel: Nya utmaningar, gamla strategier– om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete
 Datum: Disputation Göteborg 081128
 Doktorand: Anders Hansson, studierektor vid FOU-enheten Vänersborg
 Epost: anders.hansson@vgregion.se
 Institution: Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska akademien, Göteborg
 Handledare: Professor Bengt Mattsson, Göteborg/Umeå
 Opponent: Docent Katarina Hamberg, Umeå
 Ramberättelsen kan hämtas på:
http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/18667/2/gupea_2077_18667_2.pdf



Alkoholprevention på hälsocentral

Är en enkät en framkomlig väg för att identifiera och påverka riskbruk?

Av Anna Hertin, ST-läkare i allmänmedicin, Hälsocentralen Esplanaden.
Handledare Carl Edvard Rudebeck, professor i allmänmedicin, Tromsö universitet.

Bakgrund

Alkoholkonsumtionen har under den senaste 10-årsperioden fram till 2004 ökat både genom att fler dricker alkohol och att berusningsdrickandet har ökat. Alkohol är riskfaktor för flera olika sjukdomar och skador såsom olycksfall, depression och självmord, cancer, diabetes, hypertoni, sjukdomar i lever och bukspottkörtel med mera. Berusningsdrickandet anses vara en större bidragande faktor till ohälsa orsakad av alkohol än alkoholkonsumtionen i sig [1]. Alkoholkonsumtionen har definierats i standardglas för att få ett enhetligt mått som kan jämföras i olika studier. I Sverige motsvarar ett standardglas 12 gram alkohol vilket finns i exempelvis 15 cl bordsvin, 33 cl starköl, 8 cl dessertvin eller knappt 4 cl sprit. Riskkonsumtion av alkohol definieras som intag av mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än 9 standardglas per vecka för kvinnor. Allt berusningsdrickande, det vill säga 5 standardglas eller fler vid ett tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor, betraktas som riskkonsumtion. I nationella befolkningsenkäten kan man utläsa att 17 % av männen och 10 % av kvinnorna har ett riskbruk [2].

Trots att sekundärprevention mot alkoholrelaterad ohälsa är effektiv och att små insatser kan minska alkoholkonsumtionsmönstret så har det inte förekommit i så stor utsträckning inom primärvårdens dagliga arbete. Hinder för att ta upp alkoholfrågor med patienterna har bland annat varit stress, personalbrist, avsaknad av vårdprogram, ambivalent inställning till alkohol, obehag att ta upp frågan och kunskapsbrist [3]. Alkoholfrågan uppmärksammas inte i

lika stor utsträckning som andra livsstilsfrågor såsom exempelvis tobak [4].

I Kalmar läns landsting har riskbruksprojektet erhållit medel för arbete med riskbruksfrågor. Det har bland annat genomförts alkoholveckor med alkoholenkät där syftet har varit att uppmärksamma alkoholfrågan och att stimulera till samtal om alkoholvanor med patienterna. Intentionen med alkoholveckan är att den genomföres två gånger om året för att på så sätt påminna vårdpersonalen om att fråga om alkoholvanor vid patientbesöket.

"Patienterna uppfattades vara positivt inställda till att svara på enkäten"

Syfte

Studien hade två syften:

- Att få en uppfattning om nyttan och användbarheten av en alkoholenkät riktad till patienter inför oselekterade läkarbesök.
- Att undersöka de intervjuade läkarnas upplevelser och förhållningssätt i samtalet kring alkohol mer generellt.

Metod

Studien utfördes på hälsocentralen Esplanaden, en centralt belägen hälsocentral i Västervik med 9500 listade patienter. Studien består av en kvantitativ del och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen grundar sig på åtgärdsenkäten (en enkät som delades ut till läkarna för att undersöka vilka åtgärder som vidtogs med pa-

tienterna som svarade på en alkoholenkät) och alkoholenkäten (en enkät som delades ut under en vecka till patienter från 18 år med frågor kring dryckesvanor). Under alkoholveckan var det 309 läkarbesök och 201 enkäter delades ut. Den kvalitativa delen grundar sig på intervjuer med de sex läkare som arbetade på Hälsocentralen Esplanaden vid tillfället för studien. Den omfattade två delar; en del där alkoholenkäten diskuterades och en del där alkoholsamtalet mer generellt togs upp. Intervjuerna genomfördes enligt semistrukturerad intervjuteknik med öppna frågor formulerade i en intervjuguide [5]. Intervjuerna skrevs ned och analyserades med avseende på sitt manifesta innehåll med kvalitativ innehållsanalys [6].

Resultat kvantitativ del

Alkoholenkäten

Av 201 enkäter var det 15 (7 %) stycken som påvisade ett riskbruk eller missbruk. Samtliga riskbrukspatienter svarade nej på frågan om de var oroliga över sina alkoholvanor.

Åtgärdsenkäten

Muntlig alkoholinformation var den helt dominerande åtgärden och åtta patienter fick detta.

Två patienter blev hänvisade till den lokala behandlingsenheten för alkohol och drogberoende, Varvet. Dryckesmönstret hos dessa två översteg definitionen av riskbruk och var snarare ett missbruk. En patient blev erbjuden ett nytt besök. En patient blev erbjuden "annat", i detta fall samtal. Här förelåg också ett missbruk. För tre patienter uteblev åtgärd.

Resultat kvalitativ del

Hur uppfattade läkarna alkoholenkäten?

Läkarnas uppfattning om alkoholenkäten indelades i fyra kategorier: nytta, tillförlitlighet, praktisk användbarhet och patienternas inställning till enkäten.

Nyttan kunde utläsas i att alkoholenkäten kunde öppna upp för alkoholsamtal och att enkäten gav mer struktur åt alkoholfrågorna. Tillförlitligheten ifrågasattes av några av läkarna i och med upplevelsen att det var de patienter med minst problem med alkohol som svarade på enkäten medan övriga läkare fäste stor tilltro till enkätsvaren. Patienterna uppfattades vara positivt inställda till att svara på enkäten. Alkoholenkäten var oftast inte belastande att använda.

Samtal om alkohol

Samtal om alkohol indelades i tre kategorier: problem, när det är lätt, och strategier.

I problemkategorin noterades bland annat svårigheten att prata om alkohol såsom ämnets känslighet och den laddning som kan uppstå i samtalet samt känslan av att patienterna undanhöll information. Det går lätt att prata om alkohol om patienterna är motiverade och läkarna inte har känslan av att information undanhålls.

Strategier som tillgreps för att underlätta alkoholsamtalet var bland annat; generella strategier såsom att ta upp alkoholfrågan rutinmässigt och på ett neutralt sätt samt att låta objektiva undersökningar ligga till grund för alkoholsamtalet. Mer specifika strategier tillämpades då det fanns en försvärande faktor såsom känslan av att information undanhölls. Läkarna tog då upp alkoholfrågan i samband med symtompresentation och det inträdde en viss försiktighet i samtalet kring alkohol.

Diskussion

Svårigheter i allmänläkares alkoholsamtal med sina patienter, som beskrivits i tidigare studier, bekräftades. De intervjuade läkarna uttryckte just hur alkoholfrågans "laddning" till och med kunde medföra att den helt undveks. Vad är då "laddat"?

Läkarna ansåg att den genereras av att patienten inte vill prata om en överkonsumtion som han eller hon faktiskt har. "Laddningen", kan emellertid ha flera orsaker; den kan finnas hos läkaren, hos patienten eller i interaktionen mellan de två. Det vore intressant att studera dess orsaker och beståndsdelar mer ingående, liksom dess begränsande inverkan. Men vissa utsagor i undersökningen kan också tyda på att laddningen gör läkaren uppmärksam och att den därmed markerar tillfällena för värdefulla samtal.

I gruppen som fick muntlig alkoholinformation var veckokonsumtionen lite högre än i gruppen där ingen åtgärd vidtogs. Detta kan till någon del förklara att åtgärd uteblev men orsaken kan handla om något annat. Frågan penetrerades dock aldrig i intervjuerna.

Alkoholveckan underlättade dock inte att prata om alkohol med alla patienter utan läkarna avstod när patienten inte hade en alkoholenkät med sig. Detta var troligtvis av hänsyn till integriteten – patienterna hade valt att inte svara på enkäten – men sätter ändå ett frågetecken för enkätens effektivitet. Kanske hade flera av dem som avstod från enkäten redovisat sin konsumtion på en direkt fråga. Omvänt var kanske fler uppriktiga när de svarade på enkäten än vid en direkt förfrågan. Men på principiell nivå är frågan om så kallad opportunistisk screening i allmänmedicinen långt ifrån avklarad. Vilken rätt har jag som läkare att fråga? När är det befogat att fråga om alkohol? [7].

Sammanfattningsvis kan en alkoholenkät under en begränsad tidsperiod inför oselektade läkarebesök vara ett bra och föga arbetskrävande hjälpmedel i allmänläkares arbete med alkoholproblemet i befolkningen. Förutom att ett antal personer med ett okänt – ibland även för dem själva – riskbruk identifierades, gav enkäten struktur till alkoholsamtalet och en träning som skulle kunna göra de deltagande läkarna mer uppmärksamma och bekväma i situationer där riskbruk kan misstänkas. En sådan hypotes, som delvis ligger bakom kampanjer som "Alkoholveckan" ger uppslag för nya studier

Hur fungerar samtalen i arbetsperioder som ligger långt från alkoholveckorna? Är kanske, trots allt, det stora problemet att allmänläkaren alltför sällan är med på noterna, när patienter söker för något av det dolda risk- eller missbrukets många symptom? I så fall räcker inte den träning med "lätta" riskbrukspatienter som alkoholenkäten ger möjlighet till, utan läkarna måste få tillgång till utbildning och övning för de situationer som de upplever särskilt svåra och laddade.

Referenser

1. Andreasson S, Allebeck P. Alkohol som medicin fungerar dåligt. *Läkartidningen* 2005;9:632-37.
2. Nationella folkhälsoenkäten 16-84 år, Hälsa på lika villkor Statens folkhälsoinstitut 2004-2007).
3. Dahl G, Damström Thakker K. Så kan primärvården påverka patientens alkoholvanor "Enkel intervention" ger nytt perspektiv på behandlingen. *Läkartidningen* 1998; 43:4726-30.
4. Aira M, Kauhanaen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Preventive Medicine* 2004;38(4): 473-78.
5. B Starrin och B Renck. Den kvalitativa intervjun. I: *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 1996. s. 52-78.
6. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24:105-112.
7. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.



Anna Hertin
AnnaHe@ltkalmars.se

Bland iterationer och indikationsglidningar – förskrivningsmönster av clopidogrel och atorvastatin på vårdcentral

Sammanfattning

Syftet med undersökningen har varit att studera förskrivningsmönstret vid en husläkarmottagning av clopidogrel (Plavix®) och atorvastatin (Lipitor®), två kostsamma läkemedel med smala indikationer.

En majoritet av de undersökta förskrivningarna var iterationer av ordinationer som initierats vid andra sjukvårdsinstanser. Av clopidogrelförskrivningarna var en majoritet inkorrekt förskrivna, av atorvastatinförskrivningarna var en majoritet korrekt förskrivna. Ett stort bortfall på grund av otillräcklig information i journalen fanns bland de ordinationer som var initierade vid annan instans.

Bakgrund

Den nu presenterade undersökningen är ett sammandrag av den uppsats som jag 2008 skrev inom ramen för specialistexamen i allmänmedicin. Jag har tjänstgjort som ST-läkare vid Täby centrumdoktorn, en i Stockholms läns landsting belägen husläkarmottagning med cirka 19 000 listade patienter.

De båda studerade medicinerna, Plavix® och Lipitor® utgör behandlingsalternativ vid vissa speciella tillstånd, men enligt Läkemedelsverket och regionala läkemedelskommittéer bör de inte utgöra förstahandsbehandling annat än i undantagsfall, eftersom man anser att dessa läkemedel inte är kostnadseffektiva. Acetylsalicylsyra (Tromblyl®) respektive simvastatin är i stället de i första hand rekommenderade läkemedlen. En årsförbrukning av Plavix® kostar 6520 kr, Tromblyl® 244 kr. För Lipitor® är årskostnaden minst 3440 kr (beroende på styrka), medan simvastatin kostar 292 kr.

Ursprunget för undersökningen var en uppfattning bland läkarna vid Täby centrumdoktorn att många patienter vill få förnyade recept på läkemedel de tidigare fått utskrivna vid annan vård-



instans (privatläkare, företagsläkare, medicinklinik etcetera). Husläkarmottagningens kvalitetsråd hade också funnit att förskrivningen av clopidogrel och atorvastatin var oönskat hög.

Sammanställningar av läkemedelsstatistik hade tidigare gjorts på gruppnivå, men jag hade inte hittat några rapporter där man gjort analysen på patientnivå, det vill säga analyserat omständigheterna kring varje patients bakgrund till att ha fått de undersökta preparaten. Här kunde denna studie tillföra ny kunskap.

För de båda preparaten ställdes två frågor:

- 1) Var preparatet primärt insatt vid Täby centrumdoktorn, eller var förskrivningen en iteration av en ordination initierad av annan sjukvårdsinstans?
- 2) Var preparatet förskrivet utifrån en korrekt indikation?

Material och metod

Undersökningen är en deskriptiv studie. Den undersökta gruppen var patienter med urvalskriterium att de under åren 2006 och 2007 fått recept utskrivet på clopidogrel eller atorvastatin.

I begreppet ”korrekt indikation” valde jag att för clopidogrel följa Socialstyrelsens rekommendationer om diagnoser och tidsgränser. Om jag inte fann belägg i journalen att någon nämnd indikation förelegat bedömde jag det som inkorrekt, likaså om förskrivningen uppenbart överskridit tidsgränserna.

För korrekt indikation för atorvastatin utgick jag från Stockholms läkemedelskommittés ”Läksaks” rekommendationer: ”Välj simvastatin och eftersträva måldosen 40 mg per dygn för prevention av hjärt-kärlsjukdom hos högriskpatienter.”

Jag gav mig under undersökningen inte in i bedömning av värdet av primär versus sekundär prevention. Jag tog inte heller ställning till nivåer på blodfetterna, utan endast om simvastatin var prövat som första alternativ.

Begreppet ”oklar” innebar att tillräckliga uppgifter i journalen inte kunnat hittas. Det gick därmed inte att säkert uttala sig om huruvida indikationen var korrekt eller inkorrekt. Jag valde att visa hur stor andelen av de oklara fallen var, för att därefter exkludera dem.

Resultat

Clopidogrel (Plavix®):

Clopidogrel förskrevs till 87 patienter under åren 2006–2007.

Efter korrigering för externa ordinationer (=journalförda utan reell förskrivning) återstod 62 patienter. De fördelade sig utefter frågeställningarna enligt följande:

ProfDoc	48 från annan vårdgivare	14 primärt insatta på Täbydoktor
korrekt	18	3
inkorrekt	30	11

Atorvastatin (Lipitor®):

Atorvastatin förskrevs till 119 patienter under åren 2006–2007. Efter korrigering för externa ordinationer (se ovan) återstod 109 patienter. De fördelade sig utefter frågeställningarna enligt följande:

ProfDoc	60 från annan vårdgivare	49 primärt insatta på Täbydoktor
korrekt	14	33
inkorrekt	8	14
oklar	38	2

I de fall då indikationen har bedömts oklar gick det inte att uttala sig om korrekt eller inkorrekt förskrivning, varför dessa 40 patienter också fick utgå. Därmed återstod denna fördelning av de återstående 69 patienterna:

ProfDoc	22 från annan vårdgivare	47 primärt insatta på Täbydoktor
korrekt	14	33
inkorrekt	8	14

Diskussion

Clopidogrel:

77 procent av förskrivningarna var iterationer av ordinationer från andra enheter. 66 procent av samtliga förskrivningar föreföll inkorrekta utifrån de kriterier jag haft för min undersökning och den information jag kunnat få fram.

De inkorrekta förskrivningarna var fler bland de ordinationer som gjorts primärt på Täby centrum-doktor, än vid de som var initierade vid annan vårdinstans. En förklaring kan vara bristande kunskap om det ovanliga preparatets indikationer. Det är tveksamt om alla känner till rekommendationen att acetylsalicylsyra i kombination med protonpumpshämmare ger ett bättre skydd mot ulcus än enbart clopidogrel. En rekommendation i enlighet med den som gjorts i Region Skåne – att allmänmedicinare inte ska sätta in eller förnya clopidogrel - skulle troligen minska de felaktiga förskriv-

ningarna, men tanken på inskränkningar i den fria förskrivningsrätten är förstuds kontroversiell.

Vid iterationer är det viktigt med uppgifter i journalen om indikation och tänkt behandlingstid. Dessa uppgifter saknades ofta. Hos patienter med ASA-intolerans bör sådan framgå i varningstext i journalen, något som i flera fall saknades. Detta är en viktig kvalitets- och ansvarsfråga.

Atorvastatin:

Drygt hälften av förskrivningarna var iterationer från andra instanser. Vid journalstudien sågs en skillnad i journalkvalitet mellan de vid andra instanser insatta och de vid Täby centrum-doktor primärt initierade förskrivningarna. I den vid Täby centrum-doktor initierade gruppen sågs en stor andel (67,3 procent) av korrekta förskrivningar, medan jag i den från andra vårdgivare itererade

gruppen ofta saknade information för att kunna avgöra om det rörde sig om en korrekt eller inkorrekt indikation. För att besvara frågan hade det varit nödvändigt att studera journalerna hos de vårdgivare (privatläkare, företagsläkare, medicinkliniker etcetera) som initierat preparatet – något som inte låtit sig göras inom ramen för denna undersökning. Jag fick därför införa begreppet ”oklar indikation”, vilket med en positiv tolkning skulle kunna uttydas som ”inte uppenbart felaktig”. Dock saknades belägg för att så skulle vara fallet, och jag kunde därför inte i resultatet inkludera denna grupp, som utgjorde över hälften av journalerna i den itererade gruppen.

I gruppen som var initierad på Täby centrum-doktor var det lättare att få den önskade informationen, och endast två fall fick exkluderas på grund av oklar indikation. Detta talar för att det ur ett kvalitetsperspektiv är dåligt med iterationer från andra instanser. Vi har helt enkelt för lite information om hur den tidigare förskrivande läkaren tänkt vid sin förskrivning.

Sett över de båda grupperna var 68 procent av atorvastatinförskrivningarna korrekta.

Allmänna synpunkter:

En framträdande lärdom av undersökningen är vikten av kvalitet vid journalföring och vid skriftlig kommunikation mellan olika instanser. Kvaliteten på fakta som gått att utläsa ur journaler har bitvis varit förvånande låg. Många iterationer från privatläkare, företagshälsovård, Sophiahemmet och andra stadsmottagningar saknade motivering. Sannolikt förelåg det i många fall goda anledningar till förskrivning av de undersökta preparaten, men det är inget som kunnat utläsas ur journaltexterna vid Täby centrum-doktor.

Ansvar för korrekt förskrivning vid iterering åligger receptskrivande läkare vid Täby centrum-doktor, men på grund av oklara instruktioner och tidsbrist finns här ett kvalitetsproblem. I den kliniska vardagen saknas ofta tid och möjligheter att med varje enskild patient diskutera och initiera byte till ►►

ett annat preparat. De många oklara och inkorrekta indikationerna kan tala för indikationsglidning. Det verkar finnas en diskrepans mellan läkemedelskommittéernas rekommendationer och de studier som återopas av sjukhusspecialister. Allmänmedicinaren kan här hamna i en svår diskussion med sina kollegor vid andra enheter.

I fallet med clopidogrel skedde en tredjedel av förskrivningarna med en korrekt indikation, vad gällde atorvastatin var två tredjedelar korrekt förskrivna. Ur ett ekonomiskt perspektiv kan man uppskatta kostnaden för varje felaktig förskrivning av clopidogrel (där ASA hade kunnat användas) till 6276 kr/år, för atorvastatin (där simvastatin hade kunnat användas) 3148 kr/år. De i undersökningen granskade 41 inkorrekta clopidogrelförskrivningarna och 22 inkorrekta atorvastatinförskrivningarna motsvarade en "onödig" kostnad på totalt 257 316 kr respektive 69 256 kr. Detta innebar alltså en total årlig kostnad på 326 572 kr för den inkorrekta förskrivningen, vilket innebär stora onödiga kostnader – oavsett vem som står för dem.

Frågan om vem som ska bära betalningsansvaret är komplicerad. Kostnaderna understryker betydelsen av korrekt indikation och journalinformation, och

av att ha så få inblandade aktörer som möjligt. Receptförskrivande läkare är givetvis alltid ansvarig för sina egna förskrivningar. I praktiken kan man dock se att de ersättningsmodeller som premierar många besök leder till kortare besök och i praktiken sämre möjligheter till ordentliga läkemedelsgenomgångar. När patienterna har svårt att nå sina andra läkare vänder de sig ofta till husläkaren för att få förnyade recept. I en situation som i undersökningen, där en majoritet av de undersökta förskrivningarna utgjordes av iterationer av andra vårdinstansers förskrivningar kan det tyckas vara orimligt att kostnaden för dyra läkemedel som itereras ska bäras av vårdcentralen.

Svagheter med denna undersökning var att det rört sig om förhållandevis små grupper och ett socioekonomisk och geografiskt selekterad grupp, som troligen har en för landet stor andel patienter som har ett flertal läkare inblandade i sin behandling. Då många fall fått exkluderas på grund av den otillräckliga informationen i journalerna hade det varit till gagn för studien om den omfattat en större tidsperiod.

Undersökningens styrka är att den är den första i sitt slag där förskrivningen studerats på patientnivå. Andelen iterationer respektive primära insättanden är förhål-

landevis lätt att beräkna och kan vara av intresse vid förarbeten inför läkemedels-ekonomiska beräkningar. Studien är lätt reproducerbar och skulle kunna göras vid andra instanser både på primärvårds- och specialistnivå. Den skulle också kunna göras om vid Täby centrum-doktorn för kvalitetsuppföljning.

För att bättre kunna besvara frågeställningen gällande korrekta eller inkorrekta indikationer vore det av stor vikt att fullständiga journalhandlingar för samtliga patienter kunde tas fram, alltså även från andra vårdgivare. Detta skulle innebära ett mer resurskrävande men praktiskt fullt möjligt arbetssätt.

Man skulle också kunna tänka sig en mer omfattande studie, i så fall gärna vid flera olika sjukvårdsinstanser med geografisk och socioekonomisk spridning.



Elisabeth Norén
ST-läkare Täby centrum-doktorn
lisa@famnoen.com

Vad skulle du göra om du vann en miljon?

Lisa i Ystad betalade lånet på huset. Rut i Örebro ska ut och resa med sin dotter. Perttu i Stockholm kunde sluta oroa sig för sin förtidspensionering. Blir du nästa miljonär i Cancerfondens Rikslotteri?

Vinner du inte en miljon, väntar drömmesor, mat eller andra fina vinster. Och vinner du inte alls, hoppas vi att du känner glädje ändå – behållningen från lotteriet går till svensk cancerforskning.

Ring 020-78 11 79 eller gå in på cancerfonden.se

 Cancerfonden

Mitt i ST-värdering Specialistexamen SPUR-inspektion

Erfarenheter från femton år som SFAM-värderare och -examinator

Reflektion av Mogens Hey

Specialistexamen har funnits sedan 1989 och Mitt i ST sedan 1999. SPUR-inspektioner förekom mest under åren kring sekelskiftet. Jag har haft olika uppdrag i det råd som utvecklat och ansvarat för värderings- och examensprogram med momentansvar och som mentor i rådet har vi arbetat utifrån ST/specialiseringstjänstgöringens målbeskrivning som just förnyats. Det som värderas är kompetens, hur i praktiken kunskaper och färdigheter fungerar i praktisk yrkesutövning. Målet med ST är att utvecklas från novis till expert inom yrkes- och specialistområdet Allmänmedicin.



Illustrationer: Katarina Liljeqvist

Värderaruppdrag och pedagogisk credo

Värderare är den benämning jag helst vill använda för mitt uppdrag. Det står för mig som en sammanfattning av en roll som utvecklare, handledare, coach och mentor. Som examinator har uppdraget ytterst varit att fastställa att en milstolpe kan passeras, intyg om specialistkompetensen i allmänmedicin. Mitt pedagogiska förhållningssätt beskrivs så framt genom Kierkegaards filosofiska credo;

Pedagogiskt credo

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör,

men först och främst förstå det hon förstår.

Om jag inte kan det

så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

(Søren Kierkegaard)

Utvecklingen av värderarkompetensen

Värderarkompetensen har successivt utvecklats genom själva värderararbetet och stämts av i årliga möten med övriga examinators och värderare. Som stöd och grund har jag haft SFAMs anvisningar för arbetet med Mitt i ST och Specialistexamen. De är tillgängliga på hemsidan. Värdering och examination är ett ensamarbete, även om medvärderare finns.

Värderingsprocessen

ST-läkare som önskar värdering och/eller examination anmäler sig till SFAM, som föreslår värderare. När åtagandet är klart och accepterat tar den praktiska planeringen vid. Jag har genomfört ett femtiotal Mitt i ST, varit examinator eller medexaminator för specialistexamen vid femton tillfällen. Jag har genomfört SPUR-inspektion i ett studierektorsområde samt vid två vårdcentraler.

Erfarenheter

I denna artikel beskriver jag processen och mina erfarenheter som examinator/värderare främst från Mitt i ST. Jag har under åren sedan starten kring år 2000 värderat över 50, därav 40 stycken under åren 2006–2008. Jag har besökt platser i alla delar av landet från Ystad till Pajala, från Uddevalla till Karlskrona.

Beställning och planering av värdering/examination

ST-läkaren skickar i sin första kontakt en beställning på omfattningen av värderingen utöver det som kallas portföljen och praktikdagen. Det kan vara träff med handledare, studierektor och verksamhetschef och/eller värdering av videospelade konsultationer eller FoU-arbete (uppsats). Vi följer upp vår kontakt fortlöpande med e-post. Jag besvarar frågor och preciserar. ST-läkaren skickar sin portfölj.

ST-portfölj ("lgår")

Egenpresentation

Sammanställning av kompetensutveckling

Självvärdering

Handledningen inom allmänmedicin

Vi överenskommer om schema för praktikdagen. Vi beräknar minst 6 timmar under en arbetsdag, därtill lunch och raster.

Resor som värderare

Många resor har gått till Stockholms-trakten med snabba tågresor som varit avkopplande förberedelse- och avrundningsstunder vid den portabla datorn har kunnat hanteras. Där transportnätet har varit svagt har hämtning och övernattnings ordnats.

Olikheter, individuella variationer

Frånsett de yttre ramarna är inget värderingstillfälle likt något annat. Mina värderingar är av en lång rad mycket individuella situationer och händelser. Allt är olika – från läkarna själva, deras handledare och kolleger, till mottagningarna, geografien och befolkningen. Det är en ny situation som möter mig varje gång. Jag vill därför berätta utifrån min egen resa och lyfta fram, såväl grundläggande likheter som olikheter. ►►



Portföljen berättar

När jag anländer till ST-läkarens arbetsplats har jag förberett mig genom att läsa portföljen. Jag har speciellt fäst mig vid livskarriären som innehåller både åtaganden såväl utanför som innanför det medicinska området. Jag tittar på engagemanget för vår specialitet Allmänmedicin, det som funnits under ST och det som planeras, samt självvärderingen och handledningen.

Imponerande portföljberättelser

Jag är imponerad av de många fina redovisningar jag läst. Alla är skrivna på ett engagerat och personligt sätt. Portföljen ger verkligen ett underlag för presentationen av ST-läkarens bakgrund, deras "igår". Det behöver jag veta för att förstå deras "idag" och kunna bidra till planeringen av deras "imorgon". Alltså en process som är jämförbar med patientmöten eller processen i ett FoU-arbete. Jag vill värdera med mina utgångspunkter och ett förhållningssätt som bygger på empati. ST-läkaren är i fokus – dennes agenda styr vårt möte, dialog och planering.

På ST-läkarens arbetsplats

Om jag kommer tidigt till ST-läkarens arbetsplats hinner jag andas in atmosfären – alltifrån P-platsen, köpcentret, entréhallen till receptionen. Jag läser skyltar och reflekterar över hur strömmen av vårdsökande fungerar. Ibland letar jag mig själv fram till ST-läkarens expedition. En och annan gång är jag tvungen att gå vägen via en reception som inte varit informerad, men i allmänhet känner jag mig välkommen. Mitt uppdrag är oftast inte känt av en bredare krets av medarbetare. Frågetecken finns och ST-läkaren förklarar och presenterar.

Rundvandring i vårdcentralen

Jag har inledningsvis beställt en stund, minst en timme, ensam med ST-läkaren för att vi ska bekanta oss och planera den följande medsittningen. Under timmen vandrar vi runt och jag får inblick i lokalernas funktioner och personalens gruppering, jag hälsar på kollegor och medarbetare. Jag får tillfälle att efterfråga

ST-läkarens åsikter om verksamhetens starka och svaga sidor.

Läkarexpeditionen

När vi är vid ST-läkarens expedition, som vi tillsammans granskar, funderar vi: Hur ser skylten ut utanför dörren, står det "namn och allmänläkare"? Eller står det "ST-läkare"? Jag undrar varför. Jag undrar om expeditionen är egen eller delas, fast eller tillfällig. Vi tittar på utrustning och möblering, diskuterar ändamålsenligheten. Vi konstaterar om medsittning har skett eller videoinspelningar gjorts, och i så fall hur det tekniskt genomförts. Oftast har rummet inte använts till dessa ändamål. Vi behöver hitta lämplig plats för mig utanför besökande patients synfält. Många spännande innovativa lösningar har jag varit med om att hitta på under åren.

Expeditionens utrustning

Det är uppenbart att det är undantag att regelbunden medsittning har förekommit, trots att det är den enda observationsform som är fullvärdig för extern värdering av praktiskt arbete. Jag ser mig omkring, tittar på bokhyllans lästa och olästa böcker. Skrivbordets placering och besökstolens observeras och vi diskuterar motiveringen för olika lägen. Den tekniska apparaturen och eventuell brits med tillhörande instrumentbord granskas och fördelar och nackdelar ventileras. ST-läkarens egna åsikter och ansvar lyfts fram i vår dialog, liksom förutsättningar för att utveckla och förbättra. Vi kommer osökt in på ST-läkarens ställning på arbetsplatsen, inflytande på eget arbete och delaktighet i helheten. Relationen till övriga kolleger, handledare och verksamhetens ledning berörs.

Medsittning

Efter en kort fikapaus i personalrum, (alltid en ny kultur jag får inblick i, så olika de kan vara!), återgår vi till det viktigaste, möten med patienterna. Jag har utifrån mina erfarenheter rekommenderat att dessa bokas på sätt som är brukligt. Tidsåtgången inklusive journalhantering inplaneras. Därtill läggs minst en kvart för dialog mellan ST-läkaren

och mig. Patienter ska vara informerade och acceptera min närvaro. Jag ska presenteras som en kollega som sitter med för att observera kollegan utan att delta i konsultationen. Jag efterfrågar blandade patientkontakter, vilket inte alltid är lätt, om inte ST-läkaren befinner sig i en period med lång och kontinuerlig tjänstgöring på vårdcentralen. En timme per patient brukar fungera om det är förbokade besök. Mycket gärna vill jag se tidigare kända patienter med multipla problem, helst alla åldrar, planerade och/eller akuta besök. Det är inte lätt om ST-läkaren endast kommer till Mitt i ST-dagen och för övrigt är i en sidosutbildning.

Ensamarbete

Alla ST-läkare, som jag besökt, arbetar ensamt, påfallande långt ifrån sina läkar-kolleger och medarbetarna. ST-läkaren ser i princip ingen av dessa under Mitt i ST-dagen utöver på avstånd eller i fikarummet.

Medarbetare och kollegor är inte kopplade till ST-läkaren i en teamrelation om man inte härmed menar hela vårdcentralens stab. Patienter bokas av ambitiösa ST-läkare, som är i tjänst permanent under en längre period, annars av någon annan, som sällan ordentligt informerats om min närvaro. Patienterna är ofta hemma i den vanligtvis stora vårdcentralen och finns därför att hämta på intern väntrumplats nära eller mera avlägsen. ST-läkaren sköter alla angelägenheter kring sitt rum med undantag för provtagning i speciellt laboratorium eller när assistans behövs vid mindre ingrepp eller EKG-tagning. Letande efter disponibel hjälppersonal är ibland tidsödande.

Kollegakontakter inom vårdcentralen

Kolleger frågas om medicinska problem, handledaren träffas mera formellt under förberedda veckotimmar, men ömsesidig medsittning förekommer sällan. Bäst är när ST-läkaren delar lista med handledaren. Då klaras avlösning vid frånvaro. Att sjuksköterskor och kolleger anlitas för uppföljningar vid frånvaro verkar inte alltid välorganiserat. Insikten om

medarbetarnas egentliga kompetens bygger ofta på antaganden, eftersom mycket litet patientarbete utförs gemensamt.

Medsittningens innehåll

Före patientbesöket orienteras jag av ST-läkaren om den bakgrund som är känd genom tidigare kontakter och journal. Jag vill veta vilken frågeställning som gäller vid dagens besök, vilka tankar och funderingar. Jag följer med när patienten hämtas, avlägsnar mig diskret om patienten visar sig inte acceptera min närvaro. Jag sitter i bakgrunden, gör noteringar till vår påföljande dialog och min rapport. Om ST-läkaren behöver lämna rummet följer jag med, jag ska inte lämnas ensam med patient. Efter besöket dikteras eller skrivs journal. Därpå vidtar vår dialog. ST-läkaren börjar med egen värdering, vi har överenskommit att använda SWOT-analysen.

SWOT

S= Strengths (Styrkor)

"starka sidor – det som är bra"

W= Weaknesses (Svagheter)

"det som är mindre bra – det som kan utvecklas"

O= Opportunities (Möjligheter)

"förutsättningar för att förändra, utveckla"

T= Threats (Hot/Hinder)

"förhållanden som hindrar utveckling"

Vi får tillfälle att dra i alla trådar, medicinska, administrativa, sociala, personliga. I sitt medicinska handlande fungerar som regel ST-läkaren rutinerat och kunnigt. Vi ägnar speciellt uppmärksamhet åt konsultationen, om patientens agenda med de tre F:n – funderingar, farhågor, förväntningar – presenterats och respekterats. Jag efterfrågar, vilken kompetensutveckling som förekommit, om utbildningsbakgrund, kurstillfällen och litteratur inom konsultationsområdet. Jag finner att medsittningen vanligtvis inte förekommit och att kännedom om allmänmedicinsk metodik enligt SOAP är okänd.

SOAP

(Subjective, Objective, Assessment, Planning)

Undersöka	S Subjektivt	Patientens egen berättelse	Empati
	O Objektivt	Läkarens kompletterande frågor och undersökning	
Bedöma	A Avstämning	Problemsammanfattning	Intuition
Handla	P Planering	Uppföljning, utvärdering	Reflektion

Journal skrivning – ett problem för ST-läkaren

Journal skrivningen följer den modell som kandidaten/underläkaren lärt på sjukhus och cementerats genom återkommande "randningar" i underordnad ställning som AT- eller ST-läkare. I allmänhet är journalerna rutinerat dikterade och innehåller det som behövs. De är däremot otympliga och långa och med ord som hör hemma i talspråket. Även om sökord följs så trillar spontan information lätt in under fel rubrik. Någon formell samlad praktisk och teoretisk utbildning i dokumentation förekommer i mycket begränsat omfattning.

ST-läkarna är ambitiösa och ansvarstagande

Mitt samlade intryck är emellertid att ST-läkarna jag mött, är duktiga, ambitiösa, formbara, flexibla och tålmodiga. De är flitiga, ansvarstagande och lojala. Däremot är bekräftelsen på arbetsplatsen ojämn. Har ST-läkaren i sin handledare en ambitiös vän kan utveckling väl ske trots brister. De som har engagerats i ST-forum som bland annat finns i Stockholm har oftast en mögnad och självständighet i tanke och utblickar, liksom de som har tagit på sig ledande funktioner i olika sammanhang.

Individualisering av ST

Fortfarande finns områden inom landet där organisationen av ST är centralstyrd och byråkratisk och där ST-läkarnas bakgrund inte tillräckligt beaktas vid planering av tjänstgöring. ST-läkarna är i hög grad individer och bör bemötas utifrån

sina personliga förutsättningar. Flera har mångårig bakgrund inom andra yrken, några har u-landserfarenhet, andra har en läkarutbildning i annat land, inom eller utom EU. En stor andel av ST-läkarna har sitt föräldraskap att bevaka parallellt. Några har en lång läkarkarriär bakom sig. En nödvändighet för alla som ska ha inflytande över ST-läkarnas kompetensutveckling är, att de behöver beakta individualiteten i varje enskild läkare situation. Byråkratisk schemalagging av de viktiga fem årens handledda tjänstgöring bör inte förekomma.

Lunchpaus naturligtvis

När dagens mottagning är slut, har vi lunch, ibland på tumanhand, men ofta har handledare och andra varit med. Dessa lunchraster har en variationsrikedom, lika mångfaldig som ST-läkarna. Allt förekommer från ST-läkarens medhavda lunch till en närliggande matsal, från snabbmat till kvarterskrog.

Återföring om uppfyllda kriterier på allmänläkaruppdraget

I vår gemensamma genomgång av kompetensen brukar jag lyfta fram de kriterier som de norska läkarna för över 25 år sedan i akronymen KOPF karakteriserade allmänläkarnas uppdrag.

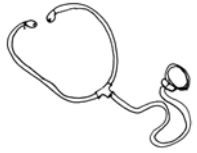
Allmänläkares uppdrag

K – Kontinuerligt

O – Omfattande

P – Personligt

F – Förpliktande



Jag har funnit att ST-läkarna, trots att deras tjänstgöring ofta är fragmenterad på grund av att kontinuitet i patientlista och fasta medarbetare inte har vårdats, i det enskilda patientbesöket uppvisar dessa kvaliteter med sin professionella attityd. ST-läkarna tar reda på patienternas "igår" träffar dem "idag" och följer i planeringen upp "imorgon". Konsultationer innehåller hela tidsförlopp, ambitiöst planeras uppföljningen av undersökningar och behandlingar. Samtalstonen är personlig och grunden är lagd för en fast läkarrelation.

Träffa handledare

Under eftermiddagen träffar vi alltid handledaren och redovisar vad vi sysslat med under dagen och lyfter fram synpunkter på ST-läkarens kompletterande utbildning. Jag brukar utgå från det faktum, att de som söker ST inom Allmänmedicin är legitimerade läkare. Det innebär att de har läkarexamen och godkänd praktik enligt AT. Jag vill då påminna om att ST är yrkestjänstgöring för utvecklande av kompetens och lärande i arbetet. Övriga inslag som sidoutbildningar och kompletterande teoretiska moment är sekundära och ska utgå ifrån ST-läkarens bakgrund och de utvecklingsbara områden som inom vår specialitet har uppmärksammats.

Om sidoutbildning och annan komplettering

Kompletteringar inom ST måste genomföras i former som motsvarar behoven. De kan vara olika från person till person. Tjänstgöringar i underordnad ställning som underläkare bör därför inte förekomma om det enbart avser bemanning av en klinik. Klinik som erbjuder sidoutbildning bör vara inspekterad och godkänd som utbildningsplats med kompetenta handledare som tar sitt uppdrag på allvar. I samtal med ST-läkarna hör jag ett språkbruk kring sidoutbildningar, nämligen "randning", "ryggsäck" och "hemvändardagar", som antyder skola och elevstatus, uttryck som på sin höjd hör hemma under AT.



Om sjukhuskliniktjänstgöring

Många positiva argument kan redovisas för månadslånga sjukhuskliniktjänstgöringar. Syftet kan uppfyllas om kliniken förstår att det är en blivande allmänläkare det rör sig om. Det kan särskilt fungera på mindre sjukhus med sitt nära samarbete med primärvården. Här kan personliga kollegiala relationer uppstå samt ett lärande av metodik som är tillämpbar på vårdcentral. Bäst kan det medicinska gränslandet finnas på öppna specialismottagningar. Där är inte heltidstjänstgöring nödvändig, den kan mycket väl kombineras med deltid på vårdcentralen.

Satsning på den allmänmedicinska tjänstgöringen

I våra samtal framkommer önskemål om tjänstgöringar. Det är emellertid uppenbart att attityden hos ST-läkare redan har ändrats på senare tid, det märks under den tiden av ST som redan pågått. I början fanns AT-tänkandet kvar, då var sjukhuset tryggheten och kollegerna, funktionen fortsatt underläkarens och mycket litet av den blivande specialistens. Halvvägs efter längre tids sammanhängande vårdcentraltid ändras insikten, särskilt om den får stöd i ST-gruppen. Mer målinriktat koncentrerat lärande sker i andra, bättre former än i sjukhusunderläkartjänst.

ST-läkare i allmänmedicin tänker om

Mitt i ST är verkligen tiden för omprövning och många av de ST-läkare jag besökt har tagit tillfället iakt att tänka om och funnit stöd i detta hos sina handledare. Långa frånvaroperioder för sjukhus-tjänstgöringar står i ett starkt motsatsförhållande till uppfyllandet av grundkraven på arbetsformerna inom vår specialitet. I områden med stor förekomst av öppenvårdsspecialister och därmed vårdsökande med många samtida vårdkontakter försvåras ST-läkarnas uppdrag som allmänläkare. Det motarbetas av påtvingade arbetsinsatser när de ständigt ser nya patienter. Många av dessa har omfattande journal, som ska läsas, kontakter med andra läkare som ska tas, har flera mediciner i bagaget och så har ST-läkaren brist på egen tid till uppföljning. Insikter om dessa förhållanden vägs inte tillräckligt in i planeringen inför deras framtida allmänläkarkarriär som specialister.

Mitt i ST-dagens avrundning

När vi avrundar dagen överenskommer vi om att göra var sin skriftlig värdering, ST-läkaren uppmanas att använda SWOT analysen av dagen och innehållet. Själv skriver jag en mer omfattande rapport, som beskriver innehåll, process och förslag till kompetensutveckling. Jag presenterar bilder av böcker som för mig

varit viktiga och att rekommendera. Dessutom visar jag ett antal bilder med viktiga översikter som Jantelagen, ledarskapskriterier, akronymerna SWOT, KOPF och SOAP samt en kompetensmatrix.

Detta är Jantelagen

1. Du skall inte tro att du är något
 2. Du skall inte tro att du är lika god som vi
 3. Du skall inte tro att du är klokare än vi
 4. Du skall inte inbilla dig att du är bättre än vi
 5. Du skall inte tro att du vet mer än vi
 6. Du skall inte tro att du är förmer än vi
 7. Du skall inte tro att du duger till något
 8. Du skall inte skratta åt oss
 9. Du skall inte tro att någon bryr sig om dig
 10. Du skall inte tro att du kan lära oss något
- Aksel Sandemose (1899–1965)*

Dessa bilder skickas sedan som elektronisk kopia. Jag brukar avsluta med att ta bild av ST-läkaren, som också skickas. Även mitt CV får ST-läkaren om så önskas. Vi skickar samtidigt till varandra våra värderingar några dagar efter praktikdagen. Efter det kan vi ha en avslutande dialog. Slutligen skriver jag ut min rapport med eventuellt överenskomna tillägg och ett intyg om genomfört Mitt i ST. Detta får vandra den långsamma vägen med ”snail mail”.

Ledarskap enligt Puh

Mäta och analysera
Fastställa mål
Organisera
Motivera andra
Utveckla människor
Kommunicera



Värderingen sker i SFAMs regi

Min värderarinsats är en del av det ideella arbete som vi arbetar med inom SFAM för att utforma och implementera ett värderingsinnehåll med kompetenta värderare för återkommande värderingar. Vi utgår ifrån att alla som nyttjar vår insats också är medlemmar i SFAM och därmed stödjer vår förening i dess arbete med att höja och vidmakthålla kvaliteten i vårt arbete som specialister. En del av den avgift SFAM tar ut för värderingen går till värderaren. För att få genomslag av vårt kvalitetsarbete önskar vi att flera ST-läkare efterfrågar värdering med stöd av sina finansärer och med uppbackning av Socialstyrelsen och andra av samhällets kontrollorgan.

Slutord

Jag är full av beundran och förhoppningar för de många ST-läkare jag träffat. Jag önskar dem verkligen ett gott liv som allmänläkare och en tid där de vågar ta befälet över sin praktik oavsett organisationsöverbyggnader. Jag önskar att vårdverksamheternas företrädare uppskattar ST-läkarna så mycket att en handledaranda präglad av coaching och mentorskap vinner insteg. Jag tror på ST-läkarnas egen förmåga att ta hand om sin kompetensutveckling med stöd av organisatoriska former som ett ST-Forum och SFAM.

I samarbete med SFAMs Kompetensvärderingsråd i ST och dialog med kollegerna i rådet, Inge Carlsson och Ulf Måwe.

Litteratur:

Hunskar, red B Hovelius, Allmänmedicin (KOPF), Studentlitteratur 2007.

McWhinney, Ian R, Familjemedicin (Grundsatser, SOAP), Studentlitteratur 2004.

Svensk Allmänmedicin igår idag imorgon/ Empati, intuition, reflektion, AM suppl. 1/02.

Egidius, H m fl., Vägen till Specialist, Studentlitteratur 2007.

Egidius, H, Bli en bättre coach och mentor, Natur & Kultur 2008.

Egidius, H, Termlexikon i pedagogik mm (SWOT), Studentlitteratur 2006.

Allen, Roger E., Management enligt PUH, W & W 1995.

Målbeskrivning av ST inom allmänmedicin 2007, SFAM, www.sfam.se.

SFAMs Komp. Vård. råd, Anvisn. för Mitt i ST och specialistexamen 2007, SFAM.

Hey, M, Medsittning, SFAMs studie-brev.

Prestegaard, K, Strategiskt lärande (Kompetensmatrix), LT 18/03 sid 1630-33.



Mogens Hey

mogens.hey@telia.com

Kurs i kompetensvärdering utvecklande för handledare

När jag skriver detta har det gått ett par veckor sedan jag gick en så kallad vecka 3-kurs i kompetensvärdering på Wiks slott utanför Uppsala. Liksom efter mina två tidigare kurstillfällen känner jag mig upplyft av allt engagemang som visades av kursledning och kursdeltagare. Ursprungligen var kursen skraddarsydd för

SFAMs examinatore, men målgruppen har vidgats på senare år till studierektorer och handledare. För mig framstår den som nödvändig för att vid medsittning och granskning av videoinspelade konsultationer kunna ge återföring med kvalitet till ST-läkaren. En grundläggande handledarutbildning är ju minimikravet

för att fungera som handledare, men det behövs påfyllning. Alla handledare behöver utveckla sin förmåga till kompetensvärdering. Därför känns det också angeläget att det blir fler kurstillfällen. Missa inte de tillfällen som erbjuds!

Anders Lundqvist, VC Viken

anders.lundqvist@lvn.se

ANNONS

ANNONS

Rapport från

American Academy of Family Physicians Scientific Assembly

San Diego 17–21 September 2008

Internationell läkarkonferens. Smaka på det. Viktigt. Betydande. San Diego mötte mig och min ST-läkarkollega med strålande sol.

San Diego är en ung stad, i princip uppvuxen kring världskrigen. Innerstaden känns som gjord för turister, vackert belägen mitt i hamnen. Konferenscentret var givetvis enormt men förvånansvärt lättmanövrerat. AAFP har över 93 000 medlemmar och vi var ungefär 5 000 som träffades för förkovring och inspiration. Arrangemanget var oklanderligt. Bra och överskådlig information, till exempel fanns handouts att skriva ut före alla föreläsningar. Samtidigt pågick en mässa som var väldigt lik vad som finns på vår svenska läkarstämma.

Utbudet av föreläsningar, workshops, debatter och seminarier var stort. Runt klockan 7 var första tillfället att förkovra sig och programmet pågick till sent in på kvällen. Man kunde inte boka sig för en viss föreläsning, endast vissa workshops var förbokade. Vi såg inget tydligt kliniskt tema på föreläsningarna som spann mellan vanliga ämnen som astma och ortopedi till mer amerikanske företeelser som kosmetisk dermatologi och koloskopier i primärvården. Vi kom båda dit med ett stort mått av respekt där känslan var att våra amerikanska kollegor måste vara riktigt duktiga. Redan första dagen slogs vi dock av att de diskussioner som fördes var på en nivå där vi kunde följa med och att vi kliniskt var lika duktiga eller bättre. Vår känsla förblev sedan att

vår ST-utbildning håller en mycket hög internationell nivå. Så när vi vid första dagens lunch slog oss ner på en terrass med havsutsikt kunde vi snart enas om att gå med lite rakare rygg.

Då vi märkte att de kliniska föreläsningarna höll samma nivå som hemma så sökte vi oss i första hand till den typen av föreläsningar där vi märkte att de kommit längre än oss, de organisatoriska, ekonomiska och ledarskapsinriktade föreläsningarna. Utbudet vid varje given tidpunkt var stort så vi delade på oss för att få med oss maximalt med utbyte. Bland mycket annat gick jag på en föreläsning där man frågade hur man vet att man ger *excellent patient care*. Man tog upp att vården ska vara säker, effektiv, patientcenterad, tidseffektiv med bra resultat för patienten. Sedan la man till lönsam, vilket speglar den amerikanska sjukvårdens uppbyggnad där det finns en mångfald av vårdgivare. Man underströk behovet av att mäta sin outcome och att systematiska mätningar kan öka kvaliteten på den vård du ger.

En föreläsning som var intressant ur svensk synvinkel var *"Transform your practice to a patient-centered medical home"*. Det var en mycket allvarlig läkare som satte en krisstämpel på amerikansk allmänmedicin. Hans åsikt var att om inte specialiteten förändrades så skulle den inom 10 år inte finns kvar. Endast två procent av de amerikanska läkarstudenterna vill bli allmänmedicinare. Bättre arbetssituation för småbarnsföräldrar var en viktig punkt.



Kollegan Emil Johansson i San Diego

I sammanhanget måste nämnas en monter på utställningen vars stora säljargument var 40 timmars arbetsvecka. Med många kroniskt sjuka och mycket pappersarbete var många tvungna att ta med arbete hem, många arbetar under en stark tidspress med otillräckliga resurser. Vård enligt rekommendationer ges i USA till endast 54,9 procent. Inom allmänmedicin måste man bli bättre på att följa rekommendationer och mäta effekten av arbetet. Inte arbeta hårdare och längre utan smartare. Känner vi igen oss?

AAFP satsar hårt på varumärket allmänmedicin och utför ett lobbyarbete mot politiker både lokalt och nationellt. Deras nya slogan är *Strong medicine for America*. Man tryckte på behovet att utbilda, förbereda, motivera och informera ledare inom allmänmedicinen och

” Excellent care ökar compliance hos patienten, ökar patientens nöjdhet men ökar också läkarens nöjdhet.

överallt pratade man om behovet att förändras och förnyas. Man delade även ut gräsrots-kit. I foldern fanns information om hur du kunde påverka din folkvalda representant via brev, e-post och telefon, en intressant tanke. En föreläsare ansåg att allmänmedicin hade tappat i självförtroende, remitterade för lätt och att man tappat i lön jämfört med andra specialiteter. En allmänmedicinare tjänade ungefär 180 000 USD per år medan en ortoped eller röntgenolog låg på runt 480 000. Det var inspirerande att se detta lobbyarbete, speciellt som vi i Sverige kämpar med liknande frågor. Särskilt inspirerande var det att se storleken på evenemanget och att känna en samhörighet med så många allmänmedicinare från världen över.

En föreläsning rörde nya modeller för att driva mottagning. Man gav exempel på läkare som tröttnat på den traditionella modellen där man var ansluten till ett visst försäkringsbolag. Man strävade efter mer frihet. Några modeller presenterades: Solopraktiken, som accepterar försäkringsbolag och har få anställda. Medlemskapsmodellen, en relationsbaserad modell med mottagning i hemmet och många hembesök. Kongressmodellen, medlemsavgifter och en fee-for-service med kontanta betalningar. Robin Hood-modellen, där man kunde ge oförsäkrade patienter vård via ett abonnemang för sina övriga patienter. De läkare som representerade de olika modellerna var alla entusiastiska över friheten och möjligheten med just deras modell.

Men den mest givande föreläsningen hölls av Stephen C Beeson, en allmänmedicinare från San Diego som anställ-

des som physician fire-starter. I Sverige kan väl detta liknas vid en verksamhetsöverläkare. Han pratade om *Practicing Excellence*, hur man gav varje patient vård av hög kvalitet. Hans spännande idéer finns att läsa om i hans bok som heter just *Practicing Excellence – A physicians manual to exceptional health care*. Den kan starkt rekommenderas. I korta drag pratade han om att förbättra sin mottagning med målet att vara den bästa mottagningen. I USA rankar man det mesta, så även mottagningar. Målet var att hålla sig inom den 99:e percentilen nationellt. Varför skulle man göra detta? Excellent care ökar compliance hos patienten, ökar patientens nöjdhet men ökar också läkarens nöjdhet.

Första steget är att skapa en vision för sin organisation som går att kommunicera enkelt. Denna vision måste sedan säljas in till läkargruppen i första hand. Hur många PM vi än upprättar är det en läkares interpersonella egenskaper som är viktigast för patienten. Hon vill bli sedd och tagen på allvar. Det är svårt att nå ett mål utan att veta vad målet är och kunna mäta huruvida man uppnår det. Mät alltså vad du vill uppnå. I en intressant studie hade man studerat patienters nöjdhet vid långa väntetider. Om man noggrant informerade om väntetiderna så spelade väntetiden ingen större roll, patienterna var nöjda oavsett om de väntat lång eller kort tid. Inte bara pratade han om att mäta kliniska data utan även om att mäta patientnöjdhet, kollegors nöjdhet och personalens nöjdhet.

Men mätningar i sig förändrar inte en mottagning, ser man brister måste utbildning till för att förbättra situationen. Dr Beeson hade tagit fram ett *scorecard* för läkare som han hade på sin mottag-

nings hemsida. Han pratade även om vikten av en värdegrund där man kom överens om hur man skulle behandla varandra och patienterna. När jag skriver detta inser jag hur amerikanskt detta låter. Men jag personligen tror att vårdval kommer driva utvecklingen mot denna verklighet. Hur ska patienter kunna välja mottagning i framtiden? Vad måste vi förändra för att våra patienter ska välja just vår mottagning? Kommer verkligen dåligt fungerande vårdcentraler att tappa så många patienter att de tvingas stänga ner?

På vägen hem kunde vi sammanfatta att vi kände oss stärkta i vår allmänmedicinska identitet. Vi hade båda idéer med oss hem hur vi kunde förbättra vår egen mottagning. Att åka på en internationell konferens är roligt, inspirerande, utvecklande och givande. Det kan starkt rekommenderas till alla allmänmedicinare men framför allt till ST-läkare.



Marcel Aponno
ST-läkare VC Kusten Ytterby
marcel.aponno@ptj.se

Spännande dagar om framtidens primärvård

Primärvården möter nu viktiga utmaningar och vägval inför framtiden där de ökade kraven på valfrihet ställer delvis nya krav på primärvårdens arbetsformer.

Det finns krav från befolkningen på ökad tillgänglighet, kontinuitet, helhetssyn och valfrihet som kan synas vara svåra att förena. Inom sjukvården finns goda kunskaper om att exempelvis hälsofrämjande insatser för en förändrad livsstil är nödvändiga. Kommer den framtida vården att kunna tillgodose alla dessa behov?

Dessa frågor kommer att diskuteras på nästa Primärvårdskonferens den 7–8 maj 2009 i Falun som arrangeras av landstingen i Gävleborg och Dalarna. Konferensen kommer att inledas av socialminister Göran Hägglund.

Målgrupp är personer inom främst primärvården med ett politiskt, medicinsk och administrativt lednings- och utvecklingsansvar, medarbetare med ledningsuppgifter vid vårdcentraler motsv. samt till ansvariga för beställaruppdrag. Andra intresserade är välkomna i mån av plats.

Syftet med konferensen är

- Att ge en överblick över och en inblick i viktiga utvecklingsfrågor inom svensk hälso- och sjukvård, med särskild betydelse för primärvården.
- Att ge deltagarna möjlighet att ta del av viktiga utvecklingsarbeten inom primärvården.
- Att ge möjlighet till kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom aktuella områden.
- Att ge möjlighet för alla landsting att presentera viktiga utvecklingsområden och resultat.

Fokus på strukturer

Konferensen kommer bland annat att ha fokus på strukturer och förutsättningar med tyngdpunkt på vårdval. Rätten till fast vårdkontakt och tillämpning av vårdgarantin kommer också att få utrymme under konferensen.

Intressanta föreläsare

Under dagarna deltar bland andra Peter Gabbitas, Director of Health and Social Care från Edinburgh som förmedlar intressanta slutsatser kring samverkan mellan hälso- och sjukvård och vård och omsorg.

Regeringens utredare Toivo Heinsoo presenterar förslag kring vårdval, vårdgaranti och vårdkontakt. Merete Mazarrella, professor i litteraturvetenskap och hedersdoktor i medicin i Uppsala, fokuserar på patientperspektivet.

Deltar gör också Anders Anell, professor med speciell inriktning på hälsoekonomi, och Gunnar Wetterberg, SACOs samhällspolitiska chef, tar upp ett demografiskt/samhällsperspektiv.

Moderator under dagarna blir Marianne Olsson som i dag är projektledare för tillskapandet av Angereds närsjukhus.

Konferensen kommer också att följas och kommenteras av socialutskottets ordförande, riksdagsman Kenneth Johansson (C).

Brett program

– Vårt fokus har varit ett brett och engagerat programinnehåll, förklarar arrangörerna Agneta Brinne och Anders Paperin.

Under dagarna finns också möjlighet till fördjupningar kring Samverkan, Empowerment och Kunskapsbaserad vård.

Saxat från konferensens hemsida:
www.primarvardskonferensen.se

SFAM Norrbotten inbjuder till en succé i repris:

Andra vårmötet i Jokkmokk

25–27 Mars 2009

Ur programmet:

Matters of Life and Death, Iona Heath

Kolesterol och fett, Uffe Ravskov

Smärtupplevelse samt tidigare mycket uppskattade praktiska verkstäder

Diskussioner, kunskap, inspiration i vårvinterns Jokkmokk.

Boka in 25–27 Mars 2009 i din kalender.

För närmare information besök

www.sfam.se eller kontakta markus.beland@nll.se

Notis



När "surrogatmått" blir livsfarliga

NDR har i Allmänmedicin nummer 6 2008, sidorna 22–23 bemött min kritik "Nonsens i NDR, sluta med ranking och uppge jäv" (först publicerad i Allmänmedicin Norrbotten nummer sept 2008).

Istället för att debattera vidare skulle jag vilja be läsarna reflektera över följande centrala citat:

"PO påminner oss om att riskfaktorer bara är surrogatmått, men det stämmer bara när en viss behandling studeras avseende antingen effekten att minska en riskfaktor eller att minska den komplikation som riskfaktorn leder till. När sambandet mellan en riskfaktor och en komplikation har fastställts med evidens är inte riskfaktorn längre bara ett surrogatmått, utan också ett viktigt mått på diabetesvårdens kvalitet."

Ståndpunkten är väl värd att analyseras dels i sitt sammanhang, men även tillämpat på mycket annat i vår verksamhet. Det kan vara en kortfattad och konkret utgångspunkt bland annat i utbildning och handledning.



Peter Olsson

Ur nya målbeskrivningen för specialistutbildning;

Medicinsk vetenskap

Den specialistkompetenta läkaren ska ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt, kunskap om forskningsmetodik, inklusive epidemiologiska grundbegrepp, samt om metoder för evidensbaserad medicin och granskning av vetenskaplig information.

Förbättrings- och kvalitetsarbete

Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättrings- och kvalitetsarbete. Målet är att kunna initiera, delta i och ansvara för kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete med betoning på helhetsperspektiv, patientsäkerhet, patientnytta, mätbarhet och lärandestyrning för att kritiskt kunna granska och utvärdera den egna verksamheten.

ANNONS

Globala hälsotrender och inflammatoriska tillstånd

Riksstämman 2008

"Framtidens hälsa – då och nu" och "Inflammation på gott och ont" var årets två teman. Inledningen då Susanne Gabrielsson presenterade sin forskning i föredraget "Antigenpresenterande exosomer i allergi", följt av Hans Roslings spektakulära framställning av "Hälsa ur ett globalt perspektiv", och sedan tonsättarporträttet av Ludwig van Beethoven lät oss ana vilken bredd och djup som programmet skulle erbjuda.

Global hälsa

Detta jubileumsår då Svenska Läkarsällskapet fyllde 200 år var det särskilt spännande att se och höra professor Hans Rosling, Karolinska Institutet, beskriva den globala hälsoutvecklingen under denna tid. Gamla begrepp som u-länder och i-länder är sedan länge passé. De representerade ett destruktivt "vi och dom"-tänkande. Det handlar nu snarare om en indelning av världens länder i förhållande till inkomster; low income, middle income och high income. Till de senare hör förstås Sverige, men också länder som Oman och Trinidad/Tobago. Kina återfinns i "middle income"-gruppen, men delas landet upp i sina olika regioner återfinner man exempelvis Shanghai i high income-, medan regioner i västra Kina ofta återfinns i low income-kategorin. Världen är full av moderna människor utbrast han entusiastiskt. Annars lyfte han ett varningens finger för ett engagemang med avsaknad av faktakunskaper när det gäller global hälsa. Den huvudsakliga globala trenden som gäller för ungefär 2/3 av mänskligheten är konvergens, det vill säga människors levnadsförhållanden



Foto: Gunnar Brink

blir mer och mer lika. För de återstående två miljarderna som lever i misär finns mycket att göra. Han gick igenom hur den globala hälsopolitiken har förändrats sedan tiden efter andra världskriget, och uttryckte sin beundran för Bill och Melinda Gates insatser. Inte så mycket för storleken på själva penningflödet, utan framför allt för deras strategi hur biståndet ska användas.

Hans Rosling rekommenderade hemsidan www.gapminder.org för den som vill uppdatera sina kunskaper i global hälsa.

Klimatberoende infektioner

Ingen har väl kunnat undgå att jordens klimat håller på att förändras. I Sverige som fortfarande har ett samhälle och ekosystem anpassat till ett kallt klimat med uttalade årstider, kan vi nog räkna med en utveckling mot kortare vintrar, ökad nederbörd (skyfall), och värmeböljor. Detta kommer att påverka vattenkvalitet och livsmedelshantering. Direkt

smittspridning i badvatten ligger bakom exempelvis badsårsfeber, en åkomma speciellt allvarig för personer med nedsatt immunförsvar. För vektorburna infektioner, exempelvis *Borrelia*, innebär det en ändrad geografisk utbredning och förlängd säsong med ökad risk för smitta. Speciellt varnades för sandmyggans nordliga vandring. I dagsläget har den nått södra Tyskland. Visceral leishmaniasis är inte att leka med, speciellt inte för HIV-smittade där konsekvenserna i form av ökad mortalitet blir oerhörda.

I norra Sverige hade vi 2007 en osedvanligt stor epidemi av sorkfeber, nephropatia epidemica. Det är ett så kallat hantavirus som orsakar symtomen. En bakomliggande möjlig förklaring till epidemin kan ha varit att det var en mild vinter med mindre snö och mer is i början. Sorkarna söker sig gärna under snötäcket, men då detta i hög utsträckning saknades, tog den stora sorkpopulationen sin tillflykt till vedbodor och lador, vilket gjorde att människor exponerades

i mycket högre grad än tidigare år för deras spillning. Huruvida hantavirus kan spridas via blodgivning fick vi inget svar på, inte heller huruvida det kommer något vaccin mot sorkfeber.

Fria föredrag

Här gick det undan kan man säga. Åtta föredrag på vardera tio minuter med ingen tid över till frågor, var inte riktigt i min smak. Det var ändå spännande att få höra om hudkonsultationer över Internet, läkarstudenters lärande av konsultationen och patient-läkarrelationen, och hur den patientcentrerade konsultationsmodellen står sig i förhållande till olika screeninginstrument när det gäller upptäckt av depression.

Social ojämlikhet i hälsan

Sir Michael Marmot, professor i epidemiologi och folkhälsa från London, författare till boken Statussyndromet och tillika ordförande i WHO-kommissionen om sociala bestämningsfaktorer, höll en mycket intressant föreläsning baserad på sin forskning om sociala faktorer betydelse för ohälsa. Han presenterade en hel del data blandat med exempel från dagens Storbritannien, där hälsoläget varierar stort beroende på vilken social position man har. Det är i hög grad en upplevelse av autonomi på livets alla arenor som befrämjar hälsa. Han deltog också i det stora jubileumssymposiet Global Health In A New World som hölls i Scandinavium, men som jag tyvärr inte hade möjlighet att bevaka. "Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation" heter WHO-rapporten.

Luftrörskatarr eller lunginflammation – det är frågan?

Det här symposiet kändes matnyttigt för mig eftersom jag inte hunnit läsa Läke-medelsverkets utmärkta genomgång från i maj. Hur ofta har man inte haft en övertro på värdet av CRP inför fortsatt handläggning? Många patienter med

akuta bronkiter har säkert fått antibiotikabehandling helt i onödan. Tillbaka till kliniken med en samlad värdering av anamnes och status, där ibland CRP och röntgen på strikta indikationer kan ge ytterligare pusselbitar i diagnostiken, var det huvudsakliga budskapet. Viktigt att registrera andningsfrekvens i sammanhanget.

Hur ska vi då mäta att vi gör på rätt sätt? Vilken nivå bör eftersträvas? Här kan vi ha nytta av våra IT-system, förutsatt att vi tillämpar en konsekvent diagnosättning.

Ett antal kvalitetsindikatorer från *pv.kvalitet.se* presenterades:

Diagnoskvot pneumonier/akut bronkit + hosta *mål <0,2*.

Andel patienter med CRP < 20 som får antibiotika *mål <10 procent*.

Andel patienter med akut bronkit som får antibiotika *mål <20 procent*.

Andel patienter med antibiotikabehandlad exacerbation av kronisk bronkit/KOL som har purulenta sputa *mål >70 procent*.

Andel av patienter med antibiotikabehandlad pneumoni som behandlas med penicillin V *mål >70 procent*.

Andel patienter med pneumoni eller med exacerbation av kronisk bronkit/KOL där andningsfrekvens finns registrerad i journalen *mål >70 procent*.

Reflektion

Det som gjorde mest intryck på mig har jag valt att redovisa ovan. Förutom föredragen fanns det ju en stor utställning att ta del av. I detta mingel stötte man på många bekanta, och där fanns det också möjlighet att lyssna på föredrag. Kollegan Peter Olsson, Jokkmokk, berättade till exempel fängslande om sina erfarenheter från sin utlandstjänstgöring i olika afrikanska länder och på Grönland under svåra förhållanden. Posterutställningen gav tillfälle att snabbt skaffa sig en överblick över vilken typ av allmänmedicinsk forskning som bedrivs i landet.

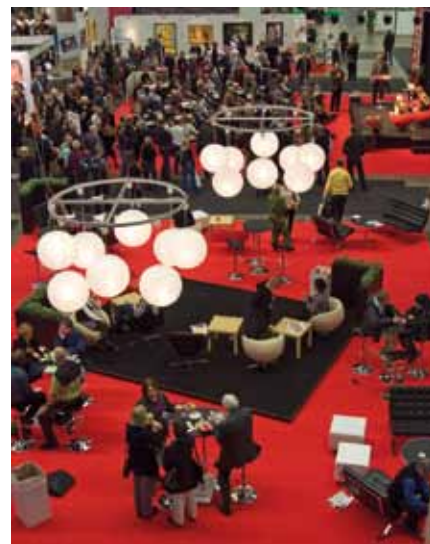


Foto: Gunnar Brink

Riksstämman har nog sin främsta styrka i att kollegor träffas över specialitetsgränserna, även om det för vissa mindre specialiteter är en av de viktigaste träffpunkterna under året. För allmänmedicin verkar SFAMs höstmöte och Allmänmedicinskt forum vara mer attraktiva som mötesplatser. Det är viktigt att vi finns med i detta sammanhang och diskuterar frågor som handlar om specifika sjukdomsområden, men också sådant som handlar om etik, profession, organisation och lärande. Läkare från olika specialiteter har mycket att lära av varandra och på Riksstämman får vi möjlighet att utveckla en ömsesidig respekt för varandras kompetenser.

Även om det kan vara skönt ibland att tämligen kravlöst släntra in i anonymiteten under en föreläsning, tror jag att Riksstämman skulle vinna på att pröva lite modernare pedagogiska former. Workshops med högre grad av deltagaraktivitet, bikupor, smågruppsaktiviteter, mentometerknappar exempelvis skulle ge lite mer liv åt programmet. Dessutom finns det ju betydligt fler sätt att möblera än dessa ändlösa stolsrader.

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

Pillret

En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader

I somras kom vi, Peter Olsson och Andreas Karlsson, överens om att läsa samma bok och sedan recensera den på var sitt håll för att få två olika generationers – eller två olika personers – syn på innehållet. Resultatet ser ni här.

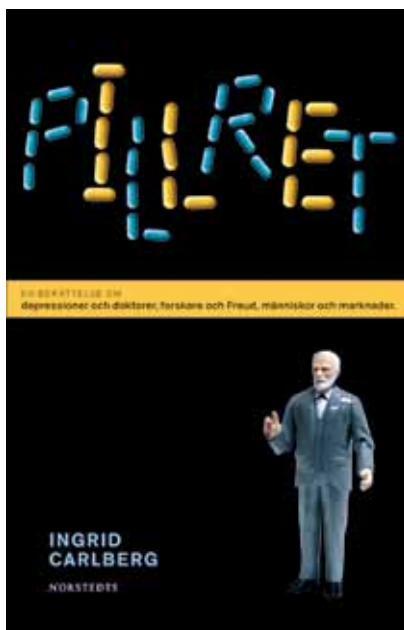
Peter Olsson:

Tänk om alla de allmänmedicinare som känner en tvekan inför kontakten med industrirepresentanter på utbildningar kunde förmås att läsa denna viktiga och lärorika bok!

Ingrid Carlberg, journalist på DN, har undersökt och beskrivit två decennier med moderna antidepressiva läkemedel. Enligt omslaget tar uppskattningsvis 600 000 svenskar dagligen något av dessa. I bokens historiska bakgrunds-teckning ställs Freud mot Kraepelin, psykologi mot biologi och efterhand ”prat mot piller”.

Den journalistiska stilen är lättläst och spännande, tar inte uttalat ställning utan berättar torrt, sakligt och neutralt. Källmaterialet är omfattande och intervjuerna med de inblandade ger en helt annan bild än vetenskapliga rapporter förmår. Kanske läser andra berörda parter boken med helt andra värderingar? Marknadsstrategier som vill vidga underlaget för nya läkemedel kan identifiera mängder av sätt att påverka en godtrogen och naiv (allmän)läkarkår. Vi får följa Arvid Carlssons upptäckter bland signalsubstanserna, som långt senare gav honom Nobelpriset i medicin. Astras dramatiska fiasko med Zelmid, en föregångare som drogs in på grund av biverkningar, väcker fortsatt starka känslor hos intervjuade företrädare för Astra.

De biologiskt inriktade psykiatrerna tog över DSM-III i USA och den svenska översättningen gavs ut på privat förlag.



Pillret

En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader.

Författare: Ingrid Carlberg

Förlag: Norstedts

Utgiven: 200803, sidantal:384

ISBN10: 978-91-1-301481-4

Foto: Peter Hoelstad



Ingrid Carlberg

Psykiatern Jörgen Herlofsson reste runt på turné och utbildade den svenska psykiatrin med starkt stöd av industrin. Nu kunde man slå in en kil med ”läkemedelsvänligt prat”. Idag är kognitiv teori med ikonerna Aaron Beck i ropet, men personligen hoppas jag det är för tidigt att räkna ut psykodynamiken.

Lundbeck fick en sensationell framgång med Cipramil i Sverige. Läkemedelverket fick en förändrad roll i konkurrens med andra europeiska myndigheter i läkemedelsvärdering. Problemet var att bara en av Lundbecks fem ansökningsstudier visade att Cipramil var en bättre behandling än sockerpiller mot depression.

Pfizers Zoloft såldes med charterresor och påkostad utbildning. Det sägs att tre fjärdedelar av allmänläkarkåren täcktes av de så kallade Daisy-kurserna.

I bakgrunden finns hela tiden en märklig professor Stuart Montgomery (M:et i MADRS-skalan) som bland annat ligger bakom en massiv läkemedelsindustrikampanj i många länder för att organisera patienter i väloljade lobbygrupper. Massmedia följer oftast med där patienter träder fram.

Det gäller att vidga marknaden och att få ut maximalt medan patentskyddet gäller. Allmänläkarna har utbildats i panikångest, social fobi, generaliserad ångest. I boken förutses lanseringen av nya indikationer för SSRI-preparat, som smärta (vid fibromyalgi) och premenstruella symtom. Stort genomslag fick ”The Gottfries Gospel” som hävdade att äldre på ålderdomshem var underbehandlade och nedstämda. Trots biverkningsrapporter möter man stort motstånd om man ifrågasätter sådan terapi till så gott som alla servicehusboende. Vi tveksamma noterar ett växande antal allvarliga biverkningar, exempelvis osteoporos och frakturer.

Det visar sig vara svårt att få ett svar på frågan om depressionernas utbredning verkligen påverkas av denna massiva medicinering?

Marknadsföringen av dessa diagnoser har påverkat en stor del av mitt yrkesverksamma liv, de har blivit en viktig del av vår kultur och för var och en finns myndigheters rekommendationer om behandling och utredning.

SFAM-Ls ordförande Jan Håkanson nämns med respekt i boken för ett ifrågasättande av sammanblandningen industri och utbildning.

Jag fick just från den ansvarige för psykiatri i vårt område ett gruppmail, där det betonades att den senaste SBU-rapporten hävdade evidens för att SSRI hjälper mot alla grader av depression.

Det sägs att läkarstudenter på termin 1 får Läkemedelsboken, ett alternativ vore att göra "Pillret" till obligatorisk läsning och reflexion kring etik i förhållande till industrin.

Den som tipsade mig om boken skrev så sant: Vi blir hela tiden grundlurade!

Andreas Karlsson:

Allt började med en artikel som författaren, journalist för DN, skrev om "Mia" som medicinerade med SSRI och sedermera tog sitt eget liv. Artikeln resulterade i e-post från flera människor som ville berätta sin historia och även kontakt med Mias anhöriga. Efter lång tids tvekan och fundering började Ingrid Carlberg sin research. Hennes målsättning var att kartlägga Pillret med stort P – SSRI-preparaten, och hur det kunde bli en sådan enorm produktion och konsumtion. För att göra det, och för att få klarhet i om medicinen verkligen fungerade som avsett, "...var jag tvungen att hålla mig borta från den polariserade debattens skyttegravar. Min berättelse fick inte bli den svartvita historia, som sorterar skurkarna i ena hörnet och änglarna i det andra".

Boken är uppdelad i olika delar som alla inleds med ett "patientfall". Delarna går igenom vetenskapens och samhällets syn

på att må bra och att inte må bra, samt hur man skall behandla detta. Vi får följa med på en resa som börjar redan i slutet av 1800-talet med Freud och Kraepelin, via Nobelpristagaren Arvid Karlssons självupppoffrande jakt på signalsubstanser vidare till 80-talet och 90-talets massproduktion av antidepressiva mediciner, fram till nutidens och framtidens genforskning. Under resans gång får vi ta del av olika människoöden, olika trosbekännelser, läkemedelsföretagens arbete baserat på genomläsning av olika dokument, intervjuer och, förmodligen, några gissningar och efterkonstruktioner.

Språket i boken är anpassat efter formen, enkelt och publikfångande, som en populärvetenskaplig bok skall vara. Man får intrycket av att författaren deltagit på olika möten och suttit som en fluga på väggen på hemliga träffar. Något som förvirrar mig är att den initialt är kronologiskt upplagd, en kronologi som försvinner ju längre in i boken man kommer. Likaså fortskrider boken med ömsom återberättande, ömsom presens, och mitt i allt dyker författaren själv upp. Till texten finns cirka 340 fotnoter med förklaringar längst bak i boken.

Titeln anger att boken skall handla om Pillret, i detta fall SSRI. Dock handlar den till en inte oansenlig stor del även om SNRI, personmöten, läkemedelsföretag och annat smått och gott. Författaren vill att vi ska se både individen och marknadskrafterna på en gång, hur olika saker påverkar varandra, medvetet eller omedvetet. En inte helt lätt uppgift, vare sig för författaren eller för läkaren.

Det är med en liten portion skepsis jag tar mig an boken. För egen del anser jag inte att "patientfallen" tillför boken något, ibland är det svårt att se kopplingen till kapitlet som följer. Jag stör mig på oredan som uppstår när kronologin haltar, lika mycket som på fotnoterna som jag i början felaktigt tolkar som referenser. Fotnoterna innehåller bland annat rykten, partsinlagor, en stor mängd intervjuer som är omöjliga att granska, samt även forskningsresultat och tidningsartiklar. Jag upplever att dessa används för att förstärka en åsikt

eller ansats i texten, och ibland känns det som om "det här har jag inte belägg för, men det finns andra som tycker som jag".

Symboladdade uttryck som "Pandoras ask" (som enligt myten innehöll världens alla olyckor), "palatsdrama" och "90-talsoffensiv" används flitigt, ofta precis i slutet av ett stycke eller kapitel. Dessa författarknep är givetvis smarta och tillåtna, men gör att objektivitetskronan kommer på sniskan.

Att hon skriver på ett sätt som skall få läsaren att tro att hon varit med, förvirrar mig också. Angående biverkningarna av SSRI står det till exempel: "I säljarsnacket omvandlades det emellanåt till att de i princip inte fanns." I detta fall finns inte ens en fotnot, bara ett påstående. Stämmer det? Det kopiösa material, resor och alla hundratals intervjuer som det refereras till har jag svårt att se att man hinner med att genomföra under ett år. Men om detta kan jag bara gissa.

På det stora hela inte så mycket nytt, och som en kollega sa: "Det kanske är bra att det kommer något som får slag-sida åt andra hållet." Det som irriterar är ändå att hon inleder med att ställa sig vid sidan om och att INTE ta ställning. Som sagt lyckas hon inte med de intentionerna. Boken är också skriven för att sälja. Hon förefaller skarva och välja ord som slår an känslor och berör. De personliga porträtten skall ge oss effekten av sjukdomar och läkemedel hos individen, så att vi inte kan avstå från att förfasas. Skrev hon boken utan tanke på någon som helst vinning, eller kan hon tänka sig tjäna pengar på andra människors ohälsa?

Jag som på något sätt skall representera "den yngre generationens doktorer" kan ibland lite förvånande notera att inte bara befolkningen i stort, utan även äldre kollegor, uppfattar läkemedelsföretagen som lurendrejare. För mig är det företag. Deras mål är att tjäna pengar. Punkt. Vilken bransch de är i är för de flesta i företaget ganska ointressant. Att de skulle göra läkemedel för medborgarna av ren altruism är en ganska naiv inställning. Vi är omgivna av reklam och påverkan. Som exempel kan nämnas annonserna

i medicinska tidskrifter, sponsring av patientföreningar, apoteksutbildning i APO-dos och landstingets utbildningar i läkemedelsgenomgångar. Utbildarna har ett syfte, och det är sällan det är patienten som är i fokus. Det betyder INTE att jag är anhängare av läkemedelsindustrins påverkan på förskrivning av deras mediciner! Jag menar att vi inte blir oberoende bara för att vi tar bort den öppna sponsringen, sponsringen blir bara svårare att upptäcka.

Jag hade väntat mig mer av boken, mer hårda fakta, mer sensation, men kanske var det förväntningarna från min sida som var för höga?

Boken recenseras i mycket positiva ordalag av DN ("En av vårens höjdpunkter!"), Expressen och GP, alla inom samma Bonnierkoncern. En slump eller är det marknadskrafterna som styr?

Peter Olsson
distriktsläkare Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Andreas Karlsson
ST-läkare Luleå
andreas.karlsson@nll.se

Från blodhosta till vardagsstress

Lars Werkö synar sjukvården och medicinerna i 1900-talets Sverige

I samband med Svenska Läkaresällskapet 200-årsjubileum ombads Lars Werkö att ge ett axplock ur 1900-talets medicinska framsteg och beskriva vilken betydelse den svenska läkarkåren och Svenska Läkaresällskapet har haft för dessa framgångar. Det är svårt att tänka sig en lämpligare person än Lars Werkö, hedersledamot och ofta kallad svensk medicins "grand old man", för denna uppgift. Han har varit verksam i nationella och internationella vetenskapliga och professionella sammanslutningar, och haft uppdrag inom såväl näringslivet som offentliga sammanhang. En tongivande röst i den svenska sjukvårdsdebatten under flera decennier, som påbörjade sin bana som medicinare redan på trettioalet!

Medicinska framsteg

Det är nu ingen traditionell medicinhistorisk nostalgivandring läsaren bjuds med på, utan här bjuder författaren på en kritisk betraktelse av vad som egentligen hände i den svenska sjukvården detta omvälvande sekel. Det är hans egna personliga erfarenheter som i hög grad utgör underlaget, och hans unika personkännedom ger texten en ytterligare dimension. Han har klokt valt ut några



Från blodhosta till vardagsstress
Sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige.
Författare: Lars Werkö
Förlag: Sellin & Partner
Utgiven: 2008
ISBN10: 978-91-7055-382-0

medicinska områden där framstegen varit stora och ofta dramatiska, och där det varit möjligt att följa utvecklingen med tiden. Det handlar om det nästan fullständiga uttraderandet av tuberkulos i det svenska samhället, upptäckten av insulin

och utvecklingen av diabetes som spridd sjukdom, och hur behandlingen av högt blodtryck fått en helt ny dimension. Samspelet mellan vetenskaplig forskning och praktisk sjukvård på dessa tre områden blir genomlyst. Kirurgins utveckling från fältskärsliknande förhållanden till avancerat högteknologiskt teamwork blev det fjärde ämnesvalet.

I början av 1900-talet utgjorde sjukdomarnas höga dödlighet ett reellt hot för såväl enskilda patienter som samhälleliga funktioner. Mot slutet av seklet var detta hot till stora delar undanröjt men ohälsan hade tagit sig andra uttryck, delvis fångat i begreppet "doing better but feeling worse". En fascinerande medicinsk utveckling ägde rum under tiden. I mitten av seklet förändrades sjukvårdens organisation på ett genomgripande sätt, samtidigt som den medicinska kunskapsmängden ökade snabbt. Skördandet av frukterna skulle emellertid komma att dröja. I många fall tog det flera decennier innan resultatet visade sig i den praktiska sjukvården, eller hade betydelse för folkhälsan i stort. Sensmoralen att minskningen av offentligt stöd i slutet av seklet kommer att innebära färre medicinska framsteg det närmaste decenniet ligger nära till hands.

Förändrade arbetsvillkor

Arbetsförhållandena inom sjukvården har genomgått större förändringar än inom många andra privata eller offentliga arbetsplatser. De odelade lasarettan med enväldiga kirurgöverläkare dominerade fram till mitten av trettio-talet, därefter vidtog en successiv specialisering med klinikbildningar. De lågt betalda underläkarna bodde på sjukhuset med ständigt jour. Sjuksköterskeyrket betraktades som ett kall och dess innehavare levde i en nunneliknande tillvaro i anslutning till vårdavdelningarna. Först 1970 kom arbetstidslagen att omfatta även sjukvårdspersonal.

Tiden mellan andra världskriget och början av 70-talet beskrivs annars mest i positiva ordalag. Det här var en tid av expansion och framför allt sjukhusens roll stärktes. Läkarna som blev allt fler till antalet hade en dominerande ställning, och politiker och tjänstemän utstrålade framtidsoptimism. Med den så kallade sjukvårdsreformen följde reglering av arbetstid, förbud att utan arbetsgivares medgivande idka privatpraktik och för många läkare blev detta ett abruptt uppvaknande. Den fria entreprenörrollen försvann i och med att man nu i likhet med alla andra medarbetare i sjukvården blev tjänsteman i landstinget eller i staten. Bristen på inflytande sved i skinn hos många. Under seklets sista decennier präglades sjukvården av nedskärningar och omstruktureringar. Läkarna tappade ytterligare i inflytande i förhållande till administratörer, men också till andra yrkesgrupper i sjukvården. Man anar att här finns en grogrund till de observationer om vantrivsel i yrket som varit framträdande det senaste decenniet. Why are doctors so unhappy? hette en berömd ledare i British Medical Journal för några år sedan.

Vad förbättrar hälsan?

I slutet av boken diskuteras den ojämlika fördelningen av hälsa ur ett globalt och nationellt perspektiv. Vilken roll har de vetenskapliga insatser som lett till förbättrad sjukvård haft i förhållande till den allmänna ekonomiska och sociala utvecklingen? Hälsan tycks

ändå ha utvecklats positivt oavsett samhällstyp, vilket inte behöver innebära att den medicinska vetenskapen ensam har stått för den förbättrade hälsan. Det handlar förstås om samverkan. Alla delar av välfärdssamhället är beroende av varandra.

Stagnation eller utveckling?

I det sista kapitlet "Ökade kunskaper måste styra utvecklingen" beskrivs hur sjukvården ställning i samhället har varierat med tiden. I seklets mitt fanns när det gäller utbyggnad av läkarutbildningen och den vetenskapliga forskningen en samsyn mellan läkarorganisationerna och politiska beslutsfattare. Det gällde emellertid inte på alla områden. Primärvården har befunnit sig i ett ständigt underläge. Axel Höjer generaldirektör i kungliga medicinalstyrelsen genomförde i slutet på 40-talet en utredning av sjukvårdsorganisationen och förespråkade en socialiserad för patienterna kostnadsfri sjukvård med löneanställda läkare. Ursprungligen var uppdraget begränsat till att utreda den öppna vården. Hans radikala förslag stötte på kraftfullt motstånd från läkarorganisationerna och det dröjde ytterligare ett par decennier innan provinsialläkarväsendet förändrades och så småningom upphörde. Först 1970 kunde förslagen genomföras i sina huvuddrag.

Avslutningsvis beskriver Lars Werkö att sjukvården och universiteten haft ett antal decennier av stagnation snarare än

utveckling. Läkaresällskapets inflytande över centrala beslut för forskning och sjukvård har minskat. Samarbetet mellan akademi och läkemedelsföretag gynnades förut av korta beslutsvägar i form av personliga kontakter mellan beslutande personer i företagen och enskilda läkare/forskare. Nu är det betydligt krångligare med kontaktvägarna, vilket förmodligen har bidragit till dagens situation med färre verkliga innovationer. Det ökade avståndet till sjukvårdens verklighet är ytterligare en försvårande faktor. Patientnära forskning måste stödjas på ett mer helhjärtat sätt. Men hur ska man övertyga beslutsfattande politiker att satsa på klinisk forskning?

Boken styrka ligger i en fokusering på de fyra ämnesområdena, vilket ger utrymme åt en ingående skildring av olika personer vars insatser varit särskilt betydelsefulla. Här känns det att Lars Werkö verkligen har befunnit sig i händelsernas centrum. Han lyckas förmedla sin personliga bild av de olika aktörernas drivkrafter och bevekelsegrunder för sitt agerande i olika situationer. Det skänker ett högt läsvärde åt framställningen. Den här initierade exposén över sjukvård och medicinare in 1900-talets Sverige rekommenderas varmt för alla och envar som är intresserade av att veta något om hur det blev som det blev.

Anders Lundqvist

VC Viken Örnsköldsvik
anders.lundqvist@lvn.se

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



Medical Humanities Companion

Volume One • Symptom

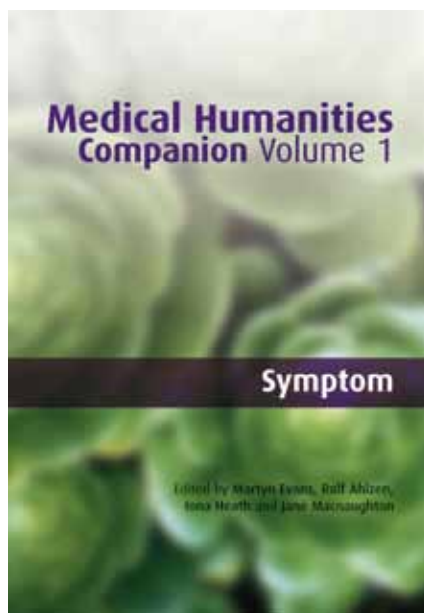
En blivande följeslagare?

Det engelska förlaget Radcliffe har nyligen utkommit med första boken i en serie som skall belysa upplevelse av hälsa och ohälsa ur perspektivet medicinsk humaniora. Som ses i faktarutan härintill finns en mycket stor samlad kunskap och erfarenhet bland bokens redaktörer och författare. Redaktionsgruppen står för inledande ord och bidrar även med varsitt kapitel.

Denna första bok undersöker på djupet begreppet symptom. Symtomets fenomenologi, symtomet som idé, symtomets betydelse, symtomet som inledning på sjukdomens eller ohälsans väg. Hur kan symptom förstås i ett humanistiskt och tvärvetenskapligt synsätt? Det som betonas är vikten av att hela tiden tänka i ett upplevelseperspektiv. Vad är det patienten upplever och erfar? Vad betyder det för just den här personen när något i kroppen inte känns som vanligt?

Ett litet stycke i inledningen förtjänar att översättas: ”Som vi alla vet, måste det i varje liv falla en del regn, och som vi också vet, tar sig detta ibland uttryck som ohälsa eller oförmåga. Regnets första droppar är symtomen – den ökande medvetenheten om att något är fel, att något inte önskat sker, att detta något är oönskat i sig, men också oönskat för vad det kan komma att betyda.”

Till en början presenteras fyra patientberättelser i litterär form, skrivna av Anne MacLeod. Korta glimtar ur fyra människors liv. Det är tioåriga Rakel som senaste veckorna varit så törstig och börjar känna sig trött och konstig, hon läser in sig på toaletten för att inte visa sin belägenhet, medan hennes mamma och bror bankar på dörren. Det är Jake, som en kväll tampas med hur han skall



Medical Humanities Companion
Volume One • Symptom
Författare: se faktaruta
Förlag: Radcliffe Publishing Ltd
Utgiven: 2008, sidantal: 146
ISBN-10: 1 84619 286 2
ISBN-13: 9781846192869

hantera sin psoriasis och sin krångliga mage under mötet med en kvinna han är förälskad i. Det är Liz, som inte vill tolka den huvudvärk hon den dagen har, som något som förebådar ett av hennes epileptiska anfall, hon måste ju finnas där för sin dotter. Och slutligen är det 70-åriga Jen som sköter sin sjuklige make när hon nås av ett brev, en kallelse till läkare för utredning av hennes blodiga upphostningar, något hon in i det sista knappt låtsats om att hon har.

Därpå följer varje författares bild av eller syn på fenomenet, konceptet symptom och också deras analys av patientberättelserna. Att här kortfatta beskriva varje

kapitel mer ingående skulle kräva mycket tid och utrymme. Många av texterna är mättade med kunskap och klokhet. Symtomet belyses ur många vinklar, ingenting görs enkelt, litet i taget ökar förståelsen. Vissa kapitel är svårgenomträngliga, men mödan värda, som om man efter genomläsning kommer att kunna omfamna ännu mer komplexa skeenden i sina konsultationer. Det är en bok man definitivt återvänder till och serien i sin helhet kommer att vara en god följeslagare framöver.

Tina Nyström Rönnäs

Redaktörer:

Martyn Evans, Professor inom Medicinsk humaniora, John Snow College, Durham, hedersdoktor i The Royal College of General Practitioners.

Rolf Ahlzén, allmänläkare, Karlstad, lektor vid fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Karlstads universitet, ordförande för Etiska gruppen, Landstinget i Värmland.

Iona Heath, General Practitioner, författare, London, Jane Macnaughton, lektor, chef för Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine, Durhams universitet.

Övriga författare:

Anne MacLeod, hudläkare och författare, Skottland.

Carl-Edvard Rudebeck, allmänläkare, Västervik, lektor Linköpings universitet, Professor Tromsö Universitet.

John Saunders, Professor fakulteten för medicinsk filosofi, humaniora och juridik, Wales universitet, Swansea, lektor läkarutbildningen, Wales universitet, Cardiff, psykiaterkonsult, Nevill Hall Hospital, Abergavenny.

Jill Gordon, Professor Centrum för medicinsk etik och juridik, Sydney universitet.

Raimo Puustinen, allmänläkare, författare Tampere, Finland

Om att skapa utrymme för debatt

I dagens informationssamhälle blir det allt viktigare att synas i samhällsdebatten – syns du så finns du. I vårt uppdrag som specialitetsförening ligger även uppgiften att lyfta fram allmänmedicinens särart och behovet av allmänläkare i en hälso- och sjukvård där sekundärvården blir alltmer subspecialiserad.

För att lyckas med detta krävs att vi som förening arbetar mer aktivt med kommunikation, både utåt och inåt i den egna organisationen. Den debattgrupp som nu arbetar med dessa frågor har skapats för att underlätta för lokalföreningar, råd och nätverk. Men vi klarar inte uppdraget själva, vi behöver er hjälp för att veta vilka behov som finns och framförallt för att göra det viktiga arbetet på hemmaplan, skapa kontakter med tjänstemän, politiker och media på lokal nivå.

Läser på Ordbyte en fråga: ”Varför är vi allmänmedicinspecialister så dåliga på att ”marknadsföra” oss?”. Frågan innehåller ett påstående, och frågeställaren är inte ensam om att tycka att vi är dåliga på detta. Vidare ”vi borde kunna berätta vad vi är bra på och att vi är bra”.

Ord som marknadsföring, PR och lobbyning har haft en dålig klang, som om det vore jämförbart med ohederlig reklam. Vi tror att detta är ett något ålderdomligt synsätt och att tiden är mogen för oss att med stolthet träda fram i samhällsdebatten. Särskilt yngre kollegor har efterlyst detta, som Aponno och Ekeliuss i artikeln ”Allmänmedicin® som varumärke” i denna tidskrift nr 1/08.”

Några SFAM-are har sedan hösten 2006 vridit och vänt på frågan och åstadkommit en del inlägg i aktuell debatt. Vi kallade oss från början SFAMs idé- och debattgrupp eller kortare debattgruppen. Från början förde vi ett resonemang enligt följande schema.

Löst kontaktnät, men ofta, via mail.

Söka av aktualiteter, snabbt dela med sig

av tankar.

Uppdrag från styrelsen. För att kunna jobba fritt är det viktigt med ramar.

Uppsökande verksamhet (gentemot intresseföreningar; pensionärsföreningar och dylikt).

Skriva kärna och ramar som kan användas i artiklar.

Föra ut lobbyarbetet lokalt.

Vara aktiva gentemot facktidningar, och nyhetsmedia.

Skriva snabbt med ett, högst två budskap.

Vid fullmäktige på höstmötet 2007 framfördes önskemål att SFAM ska synas mer i debatten och styrelsen beslutade att vi skulle arbeta vidare på det inslagna spåret. Vi ser ett behov av att skapa en plattform för att bättre kommunicera med allmänhet, politiker och tjänstemän, men även en möjlighet att stärka den egna kåren. Vi vill att allmänmedicin skall finnas högt uppe på den politiska agendan. Med ett medvetet kommunikationsarbete vill vi uppfölja följande mål:

- Bygga kunskap och förtroende hos nyckelaktörer.
- Öka resurstilldelningen.
- Öka efterfrågan på allmänläkarnas kompetens.
- Bygga intern kunskap och stolthet.

I ett försök att skapa struktur på vårt kommunikationsarbete har vi haft kontakt med en PR-byrå, Westanders, www.westanders.se. Titta gärna in på deras hemsida och läs deras PR-handbok (länk i vänstra spalten). Upprepade samtal och en workshop har nu lett fram till en handlingsplan för fortsatt arbete som bland annat innebär att vi under våren kommer att:

- Skapa ett pressrum på SFAMs hemsida.
- Skapa sändlistor till press.
- Skriva en debattartikel som fungerar som en plattform för SFAMs fortsatta kommunikationsarbete.
- Skapa utrymme för debattgruppen på SFAMs hemsida för artiklar som kan kopieras eller inspirera de som vill vara aktiva i debatten.

Vi har identifierat följande styrkor, svagheter, möjligheter och hot:

Styrkor: samhällsekonomiskt relevant, behjärtansvärda frågor som berör många, lokal och regional organisation kan mobiliseras, kompetens, kommunikationskompetens, en tydlig kompetensdefinition och möjligheterna att enas.

Svagheter: oenighet inom de egna leden, politisk miljö med ständigt skiftande prioriteringar, beslutsfattarnas okunskap, tidsbrist samt en kompetensdefinition som inte är fullt ut förankrad inom den egna kåren.

Möjligheter: uppfattas som en trovärdig aktör som behövs, kunskapsluckor som kan fyllas och världsmodellen.

Hot: resursstarka aktörer med motsatta intressen, ekonomiska stridigheter med specialister, frågorna karaktäriseras av mycket ogrundat tyckande, inflytande av aktörer med särskilda intressen, splittring, fragmentering av debatten och världsmodellen.

Det absolut viktigaste arbetet är det som sker ute i våra lokalföreningar, er kontakt med lokala sjukvårdspolitiker och tjänstemän samt er kommunikation med lokalpress.

Vi i debattgruppen vill gärna underlätta det arbetet och har funderat mycket på hur det skall gå till. Vi tänker skapa en mail-lista med intresserade från lokalföreningarna där vi snabbt kan sprida information om aktuella ämnen och utbyta idéer samt skapa utrymme på SFAMs hemsida där debattartiklar, publicerade som opublicerade, läggs in för att kopieras eller inspirera.

Hör av er till någon av oss, eller till SFAMs styrelse om ni är intresserade, har idéer eller har skrivit något som ni vill dela med er av.

Madelene Andersson

froken_andersson@hotmail.com

Björn Nilsson

bjorn.nilsson@ptj.se

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@ltkalmar.se

ST-rådet

Madelene Andersson
Froken_andersson@hotmail.com

Utbildningsrådet

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

Hemsjukvård

Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin
Jonas Sjögren, 070-679 92 83
jonas.sjogreen@ptj.se

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning
(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

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@salem.mail.telia.com

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

Anna-Karin Svensson
anna-karin.svensson@sfam.a.se

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Viktoria Thiger
viktoria.thiger@telgeakuten.se

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Torsten Green-Petersen
torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Lars Kvist
Lars.kv@telia.com
Christina Nilzén
Christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Diplomerade allmänläkare
Cecilia Ryding, 08-672 38 77
cecilia.ryding@telia.com

Etiskt filosofiskt nätverk
Madelene Andersson
Froken_andersson@hotmail.com

Gastroprima – för mag-tarmintraserade allmänläkare
Lars Agréus
lars.agreus@klinvet.ki.se
Ture Ålander, ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

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

Palliativ vård
Se Hemsjukvårdsrådet

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

SFAM post.doc
Margareta Söderström
031-61 78 59
margareta.soderstrom@allmed.gu.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

Transkulturell allmänmedicin
Monica Löfvander
monica.lofvander@rinkeby.vssso.sll.se

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström & Birgitta Danielsson

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

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Bertil Hagström
Bertil.hagstrom@telia.com

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

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

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
chefredaktör@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
Åkessonstryckeri 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


Åkessonstryckeri, Emmaboda



När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, Hemsjukvårdens Hus, Linköping och Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka
Målgrupp: Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna tillsammans med handledare.

Arrangör: Kursen planerad och arrangerad av SFAM.

Plats: Sjövillan, Sollentuna.

Tid: Ons 4 mars 2009 kl. 09.30 – tors 5 mars 2009 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar 6000 kr, inkl. logi.
Antal deltagare: 25

Innehåll:

Syfte: Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och säker sjukvård i det egna hemmet.

Områden: Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelshandling/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

Kontaktpersoner: Heléne Swärd, SFAMs kansli, tel 08-23 24 05, fax 08-20 03 35.

Hör av Dig angående platstillgång.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till
helene.sward@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Box 503, 114 11 Stockholm,
tel 08-23 24 01 www.sfam.se

Livet utanför golfbanan

Jag är runt femtio och lever ett gott eller hyggligt liv. Runt mig blir vännerna sjuka. Ovarialcancer, sarkoidos, diabetes, aortadissection och hjärtinfarkt. Själv vandrar jag runt här i regnet med en varierande depression och blodtryck i överkant. Och diagnoserna duggar som fuktiga droppar över ögonlocken på kvällen i oktober. Jag läser Eli Berg. Om mellanrummen. Som jag själv skrivit om, försökt formulera mig runt, för många år sedan. Och tänker på hur andra människors livsöden kan fungera som slipsten och bryne för min egen blick, iklä sig pianostämmarens lekande fingrar för mina egna tondöva öron.

Eller om alltihop. Jag själv med mitt eget liv. Patienternas historier. Om allt flyter omkring som plastankor i badkaret jag nu har i nya lägenheten med havsutsikt.

Under telefontiden varje vardagsmorgon leker jag Hasse Tellemar. Patienten som ringer får först önska en skiva och jag låtsas prata med grammofonarkivet innan de får möjlighet att framföra sin undran.

Men jag känner dem ju allesammans. Är det då förlåtet? Och vad heter domaren?

AT-läkaren jag skall anställa berättar livfullt hur andra orter arrangerar guidade bussturer för sina intervjuoffer. Och jag som anländer orakad till sjukhusentrén med tom mage sedan jag fått bensinstopp halvvägs från Slite och liftat med en pensionerad inseminör sista milen till Visby. Busstur? Stadsvandring?

Ansökningarna är fyllda av äventyr. Studier på andra sidan jordklotet, förtroendeuppdrag, elitidrottsprestationer och avan-

cerade hobbies. Min egen största merit innan AT var förmodligen att jag tillhörde ledarna för skogsoccupationen på Ålidhem 1977. Om inte mina 300 fågelarter räknades. Fan vet.

Kollegorna har sina liv. Fyllda, ja väl fyllda, som konditori Rotas temlor. Av umgänge, forskning, resor och meriter. För att inte tala om exemplariska barn! Eller golf. Bevara mig!

Och jag känner mig naturligtvis som den brustna länken, hacket i kedjan, Guds svartaste får med alla mina tvivel, min alienation och alla mitt livs skavanker.

Samtidigt tänker jag drista mig påstå detta. Varning för starka ord och självhävdelse!

Att läkaryrket behöver just oss andra! Vi som inte fötts i en golfbag eller någonsin brytt oss om vilken gaffel som tillhör desserten. Vi som för in våra livs skavsår på dagordningen genom vår blotta existens. Vi som inte orkar riktigt men ändå försöker. Och vi som älskar våra vänner människorna mitt i deras elände med alla möjligheter och omöjligheter.



Självporträtt

Torsten Green-Petersen

torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

2009

Mars

Global mödra- och barnhälsa
2-6 mars, Södersjukhuset, Stockholm.
Arrangör: Sachska barnsjukhuset och Södersjukhuset.

När doktorn tar av sig skorna
4 mars. Se annons sidan 31.

Andra vårmötet i Jokkmokk
25-27 mars. Diskussioner, kunskap, inspiration i vårvintersolen. Arrangör SFAM Norrbotten. Gäster: Iona Heath, Uffe Ravnskov, m fl. Kontakt: markus.beland@nll.se.

Konferens om diagnostik och behandling vid whiplashrelaterade besvär
30 mars, 09.30-17.00. Hur arbetar vi bäst med whiplash-skadade?
Hotell Hilton Stockholm Slussen, Guldgränd 8.
Information: linda.gustafson@capiro.se

Läkardagarna i Örebro: "Om sjukskrivningar"

31 mars-1 apr.
Programmet behandlar läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. Information: ewa.nystrom@orebroll.se. Program och anmälan fr.o.m. hösten 2008.

April

20-22 april.
Träning i värdering av allmänmedicinsk kompetens för handledare, studierektorer och andra intresserade. Grundkurs för den som vill bli examinatore i specialistexamen eller mitti-st-värderare. Lokal blir någonstans i Sörmland.

SFAMs ST-dagar i Kalmar
22-24 apr. Tema: Kommunikation - från hälsa till helhet.
Läs mer på www.st-dagarna.se

9:e nationella konferensen i Glesbygdsmedicin
23-24 april Hemavan.
www.glesbygdsmedicin.info

Maj
Studierektorkonferens "Nya grepp"
7-8 maj i Göteborg. Hotel Novotel, vid Röda sten.
Se Kursdiktorns hemsida för mer info www.kursdiktorn.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

16:e Nordiska kongressen i allmänmedicin
The future role of general practice - managing multiple agendas
13-16 maj 2008, Köpenhamn
www.gp2009cph.com

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: Porphyrins 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

November
SFAMs höstmöte i Uppsala
4-6 nov.



Kursdiktorns 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.kursdiktorn.nu