

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 6 2008 ÅRGÅNG 29



Reportage från SFAMs Höstmöte /sid 9

Yrkeskunnandets domäner/sid 14 • Nya Fortbildningsrådet/sid 33

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar 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 anders.lundqvist@lvn.se Efter 2009-01-01 nya uppgifter – se www.sfam.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 Gunnar Brink gunnar@mediahuset.se Tel 0525-323 52

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Rapport från
Riksstämman
Recensioner

Omslagsillustration: Lynne Lancaster

3 Ledare

Bitterljuv nostalgi och allmänmedicinsk renässans
Anders Lundqvist

5 Vetenskap & Utveckling

Reflektioner kring patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor i en väntrumsenkät
Mats Granvik

9 SFAMs Höstmöte

SFAMs förmöten, årsmöte och utmärkelser
Anders Lundqvist

Framtidens globala hälsa – hur mår nästa generation patienter? – *Anders Lundqvist*

Banketten – guld och humor i skön kombination
Staffan Olsson

Probiotika – på gott och ont? – *Staffan Olsson*

Dialogseminarium om allmänläkarens yrkeskunnande
Anders Lundqvist

Allmänmedicin: en specialitet utan evidensbaserat existensberättigande – *Christer Andersson*

Michelangelos kupol eller hur man skall bedöma en allmänläkare – *Henrik Åhsberg*

Väntrumsenkät, konsultation, meditation – *Magnus Adern*
Avslutning, Testpatrullen sätter betyg – *Staffan Olsson*

22 Debatt

Nonsens i NDR

Björn Eliasson, Jan Cederholm, Björn Zethelius, Peter Nilsson, Katarina Eeg-Olofsson, Soffia Gudbjörnsdottir

24 Praktik

Dinosauriens rop – *Torsten Green-Petersen*

25 Utbildning

Den goda utbildningen
Madelene Andersson, Sven Hagnerud

26 Konferens

Om Nordic Federation of General Practice och de nordiska kongresserna – *Monica Löfvander*

29 Recensioner

Psykologilexikon utarbetat av Henry Egidius
Gunilla Byström

Medicinska mag- och tarmsjukdomar – *Hans Händel*
Konsten att leva innerligt – *Tina Nyström Rönnås*

33 SFAM informerar

SFAMs nya utbildningsråd satsar på FQ-grupper
Gösta Eliasson

SFAMs råd och nätverk

Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Om hyrläkare och nomader – *Kristian Svenberg*



Anna Hertin fick pris för Årets ST-uppsats under SFAMs höstmöte.
Sidan 9

”Michelangelo kunde ju efteråt med egna och andras ögon konstatera att hans fantastiska kupol i Peterskyrkan höll måttet, den blev bra både byggnadstekniskt och konstnärligt, men hur gör man som allmänläkare?”

Henrik Åhsberg reflekterar över hur man blir en bra allmänmedicinsk specialist.
Sidan 16



Torsten Green-Petersen skriver om den moderna diagnostiken.
Sidan 24



Hans Händel recenserar en ny bok om medicinska mag- och tarmsjukdomar.
Sidan 29

ANNONS



Bitterljuv nostalgi och allmänmedicinsk renässans

Min arbetsplats upphör att existera under nästa år – ett offer för strukturrationaliseringen. Nu har den värsta ilskan lagt sig, och jag har förlikat mig med det politiska beslut som är fattat. Det handlar om att "gilla läget", även om jag har svårt att begripa vilka ekonomiska vinster som görs i slutändan. Jag kan i alla fall sluta drömma om "att sitta på samma stol i 34 år" likt Balintgurun John Salinsky i London. Jag nådde bara halvvägs.

Det är en omskakande upplevelse att inse att det snart är dags att ta farväl av det gamla arbetsrummet. Här har jag haft många fascinerande patientmöten, sett småbarn förvandlas till unga vuxna, och lärt känna människan bakom sjukdomen. När patienter frågar mig vad som ska hända med "oss" (det vill säga patienten och jag) i samband med stängningen, kan jag ibland undra vad det är för slags relation vi har.

Bytet av arbetsplats, så länge det inte handlar om att få en sämre arbetsmiljö, kan ju faktiskt bli en nyttig erfarenhet. Med det fria vårdvalet följer ju också en möjlighet för patienterna, åtminstone i teorin, att behålla mig som doktor. Som vid alla kriser genomgår man olika faser, och jag känner nu ett visst hopp om att komma helskinnad ur det hela. Värre skulle det nog vara om min FQ-grupp eller de kollegiala träffpunkterna på vårdcentralen rationaliserades bort. Om utrymmet för sådan reflektion för-

svann skulle jag nog bli riktigt förbannad – länge!

Det har nu gått fem år sedan jag blev chefredaktör för denna tidskrift. När jag tittar i gamla nummer inser jag att mina ledare ofta kretsat kring mina två hjärteämnen – fortbildningen och begreppet personlig läkare. Kanske det har blivit så för att jag upplever att dessa frågor, hur centrala för allmänmedicinen de än må vara, hamnat på undantag i dagens hälso- och sjukvård. De har blivit förbikörda av tidens modeord – tillgänglighet, närvård, vårdval, kvalitetsregister, monitorering, vårdprocesser, lean health-care med flera. Priset för denna vårdens omvärldsorientering har blivit ett mindre utrymme för allmänmedicinska kärnvärderingar i den kliniska vardagen. Behovet av en allmänmedicinsk idédebatt har knappast varit större än nu. Det är lätt att gå vilse om man inte har fasta riktmärken. Om ingen bryr sig om viktiga företeelser som kollegial dialog och personlig läkarkontinuitet – hur ska det då gå med den allmänmedicinska identiteten? Det är en fråga av existentiell karaktär som drivit mig under de här åren och samtidigt en förklaring till ämnesvalen i mina ledare.

Den pånyttfödelse av begreppet personlig läkare vi såg under Protosdebatten verkar tyvärr redan ha kommit av sig. Vi allmänmedicinare har i en tilltagande omfattning blivit utbytbara och sett oss själva som det. Snart behövs inte heller

vår specialistkompetens för att utföra det arbete vi gör, enligt våra lagstiftare. I det här läget behövs en samling kring den allmänmedicinska värdegrunden. Det är hög tid för en allmänmedicinsk renässans av mer genomgripande karaktär än tidigare. Även om det inte blir ett nationellt uppdrag för primärvården kanske skillnaden mellan att vara allmänmedicinskt verksam i privat respektive offentlig drift blir mindre, vilket kan skapa förutsättningar för enighet.

Det är min förhoppning att den ideologiska debatten lockar nya skribenter upp på banan, såväl i denna tidskrift som på SFAMs debattforum Ordbyte. Jag skulle vilja tacka mina tidigare och nuvarande medarbetare i redaktionen för gott samarbete under dessa fem år. Det har varit en mycket stimulerande tid! Jag vill också tacka Gunnar Brink med flera på Mediahuset i Göteborg AB för smidig samverkan, SFAMs styrelse för gott stöd, alla skribenter för givande dialog runt texterna, och alla trogna läsare förutan vilket detta arbete vore förgäves. Slutligen vill jag önska den nya redaktionen lycka till i fortsättningen!



Foto: Henrik Lundqvist

Anders Lundqvist

ANNONS

Reflektioner kring

Patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor i en väntrumsenkät

Ur ett dalaperspektiv redovisas i denna artikel jämförelser som gjorts mellan 20–64-åriga patienters rapportering av på rök-, alkohol- och motionsvanor i en väntrumsenkät med rapporteringen i landstingets återkommande befolkningsenkäter.

Gjorda jämförelser pekar mot att både män och kvinnor inte sällan underskattar ("mörkar") sitt bruk av alkoholhaltiga drycker när det gäller information till allmänläkare. Däremot verkar man vara fullt uppriktiga när det gäller att ge besked om sina rökvanor, medan man ofta överskattar (överdriver?) sitt fritidsmotionerande.

Introduktion

Hälsofrämjande arbete kring befolkningens tobaks-, alkohol- och motionsvanor står högt upp på den hälsopolitiska dagordningen i Dalarna. Landstinget Dalarna utfärdade 1998 riktlinjer för distriktsläkare och distriktssköterskors intervention gentemot patienter som är dagligrökare och/eller är högkonsumer av alkoholhaltiga drycker. Sedan många år tillbaka har landstinget satsat på utbildning av sjukvårdspersonal i konsten att på ett bra sätt kunna samtala med patienter om deras alkohol- och tobaksvanor. På senare tid har ordinationer av fysisk aktivitet rekommenderats som behandlingsinsats.

En så kallad *väntrumsenkät* användes under februari månad 2008 vid besök på fyra allmänläkarmottagningar i Dalarna. Ur ett verksamhetsperspektiv var syftet att prova om ett arbetsredskap i form av en väntrumsenkät kan underlätta för behandlande allmänläkare att systematiskt samla in uppgifter om patienten som underlag för dialog med patienten, framför allt för att lätt kunna uppmärks-



Mats Granvik

samma levnadsvanor och livssituationer som kan vara av betydelse för insatser av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande slag. Fokus låg bland annat på patienternas rök-, alkohol- och motionsvanor.

Syfte

Ur ett utredarperspektiv var ett av syftena med att prova en väntrumsenkät som ett arbetsredskap att kunna jämföra 20–64-åriga patienters rapportering i denna med 20–64-åriga patienters rapportering i landstingets återkommande befolkningsenkäter med avseende på fokuserade parametrar.

Frågor och svarsalternativ i de båda mätinstrumenten var utformade så att rapporterade rök-, alkohol- och motionsvanor kunde jämföras – om än inte helt opproblematiskt – med avseende på om rapportörerna röker dagligen, dricker vin, sprit och/eller starköl varje vecka och motionerar varje vecka. Utfallet av de jämförelser som gjorts redovisas i denna artikel och kan vara av intresse ur såväl

ett empiriskt perspektiv som ett metodologiskt.

Väntrumsenkäten

Väntrumsenkäten [1] – ett tvåsidigt formulär där framsidan skulle fyllas i av patienten och baksidan av behandlande läkare – användes under februari månad 2008 vid besök på allmänläkarmottagningarna på Bristarvets vårdcentral, Gagnefs vårdcentral, Mora vårdcentral och Rättviks vårdcentral. Besöken gällde besök hos såväl ordinarie läkare som hyrläkare och AT-/ST-läkare.

Väntrumsenkäten delades ut av mottagningspersonalen när patienten anmälde sig i receptionen, fylldes i under väntetiden i väntrummet och lämnades till läkaren när konsultationen skulle inledas.

För statistiska bearbetningar och sammanställningar inkom totalt 2 237 enkäter. 1 254 av dessa gällde patienter i 20–64-årsåldern. Svarsfrekvensen i åldersgruppen blev ungefär 60 procent.

Landstinget Dalarnas befolkningsenkäter

Landstinget Dalarnas så kallade befolkningsenkäter är postenkätundersökningar som riktat sig till såväl ungdomar, personer i yrkesverksam ålder (20–64-åringar) och hemmaboende äldre. Den enkät som riktat sig till personer i yrkesverksam ålder har genomförts vartannat eller vart tredje år sedan 1992. Urvalet har under åren gått till så att var fjortonde person valts ut från Landstinget Dalarnas befolkningsregister för deltagande efter det att den aktuella befolkningen först sorterats efter kommun, kön och ålder.

I 2006 års undersökning, den senaste i raden av de undersökningar som riktat sig till personer i yrkesverksam ►►

ålder, uppnåddes en svarsfrekvens på 70 procent [2]. Jämförelser med vänt-rumsenkäten har gjorts enbart utifrån rapporteringen i den undersökningen. Databearbetningarna kom då att bygga på 7 694 besvarade enkäter.

Med patienter i landstingets befolk-ningsenkät avses personer som uppgivit att man varit på besök hos allmänläkare "under den senaste tolv månaders perio-den".

Resultat:

Rökvanor

Enligt rapporteringen i *väntrumsenkäten* rökte i runda tal 8% [95% KI: 6–10%] av männen dagligen och 14% [95% KI: 11–17%] av kvinnorna.

Enligt rapporteringen i 2006 års be-folkningsenkät rökte cirka 11% [95% KI: 10–12%] av männen och 17% [95% KI: 16–18%] av kvinnorna dagligen [3]. För män och kvinnor som vid behov av lä-karhjälp i första hand brukar vända sig till de i väntrumsenkäten medverkande vårdcentralerna var andelarna 10% [95% KI: 7–13%] respektive 14% [95% KI: 11–17%], alltså ungefär desamma som för lä-net i stort. Andelarna var bland både män och kvinnor (enligt chi-två-test) ungefär desamma även bland dem som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" som bland övriga, det vill säga ungefär desam-ma ur såväl ett befolkningsperspektiv som ett patientperspektiv, runt 8–11% för män och 14–17% för kvinnor. Det innebär att rapporteringarna i de bägge undersök-ningarna rimmar rätt väl med varandra.

Alkoholvanor

I 19% [95% KI: 16–22%] av besök gjorda av kvinnliga patienter möter läkaren, en-ligt rapporteringen i väntrumsenkäten, en kvinna som uppgivit sig dricka stark-öl, vin och/eller starksprit varje vecka. Enligt landstingets befolkningsenkät dricker 34% [95% KI: 33–35%] av länets kvinnor starköl, vin och/eller starksprit varje vecka [3]. Andelen kan (enligt chi-två-test) anses vara ungefär densamma för kvinnor som vid behov av läkarhjälp i första hand brukar vända sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med vänt-

rumsenkäten och ungefär densamma ur såväl ett befolkningsperspektiv som ett patientperspektiv. (Om bruket av starköl exkluderas, så dricker 26% [95% KI: 21–31%] vin och/eller starksprit varje vecka bland kvinnor som "under den se-naste tolv månadersperioden" vänt sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med väntrumsenkäten, enligt rapporteringen i befolkningsenkäten.)

I 29% [95% KI: 25–33%] av besök gjor-da av manliga patienter möter läkaren, enligt väntrumsenkäten, en man som uppgivit sig dricka starköl, vin och/eller starksprit varje vecka. Enligt landsting-ets befolkningsenkät dricker 65% [95% KI: 63–67%] av länets män starköl, vin och/eller starksprit varje vecka [3]. An-delen kan anses vara ungefär densamma för män som vid behov av läkarhjälp i första hand brukar vända sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med vänt-rumsenkäten. Även denna andel är, pre-cis som för kvinnor, ungefär densamma ur såväl ett befolkningsperspektiv som ett patientperspektiv. (Om bruket av starköl exkluderas, så dricker 36% [95% KI: 30–42%] vin och/eller starksprit varje vecka bland män som "under den senaste tolv månadersperioden" vänt sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med väntrumsenkäten, enligt rapporteringen i befolkningsenkäten.)

En jämförelse mellan utfallen i vänt-rumsenkäten och landstingets befolk-ningsenkät tyder på ett mindre utbrett bruk av vin, starksprit och starköl bland allmänläkares patienter då dessa inför läkarbesöken rapporterar sina alkohol-vanor i en väntrumsenkät än då rappor-teringarna görs på annat håll i en befolk-ningsenkät. Ett beaktande av bruket av starköl och en god uppskattning av det-ta, i synnerhet bland män, är sannolikt avgörande för resultatet. Antalet perso-ner som konsumerar starköl varje vecka kan i de gjorda beräkningarna utifrån rapporteringen i befolkningsenkäten ha överskattats då dessa definierats som så-dana om man uppgivit att man "dricker i genomsnitt minst en flaska eller burk per vecka". Huvudintrycket av de båda rapporteringarna av alkoholvanorna står dock fast.

Motionsvanor

91% [95% KI: 89–93%] av kvinnorna och 84% [95% KI: 81–87%] av männen motionerar varje vecka enligt rappor-te-ringen i väntrumsenkäten.

Enligt rapporteringen i landstingets befolkningsenkät motionerar cirka 69% [95% KI: 68–70%] av kvinnorna och 56% [95% KI: 54–58%] av männen varje vecka [3]. Andelarna kan anses vara ungefär desamma för kvinnor och män som vid behov av läkarhjälp i första hand brukar vända sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med väntrumsenkäten. Enligt rapporteringen i befolkningsenkäten motionerar varje vecka 68% [95% KI: 63–73%] och 62% [95% KI: 56–68%] bland kvinnor respektive män som "un-der den senaste tolv månadersperioden" vänt sig till de fyra vårdcentraler som arbetade med väntrumsenkäten, enligt rapporteringen i befolkningsenkäten.

Vid jämförelser mellan de båda mätin-strumenten skall det beaktas att befolk-ningsenkäten lär fånga upp lågintensi-vare motion bättre än väntrumsenkäten eftersom motionerandet i väntrumsen-käten avgränsas till att gälla motion "i minst 30 minuter" och att det inte fanns någon gräns alls i befolkningsenkäten. Till saken hör också att betoningen lagts vid "fritidsmotion" i befolkningsenkäten och vid "motion" i väntrumsenkäten.

Det skall också beaktas att personer som inte motionerar varje vecka i vänt-rumsenkäten enbart hade *ett* passande svarsalternativ – "ingen dag i veckan". I befolkningsenkäten fanns *två* svarsalter-nativ som låg nära till hands – "i stort sett aldrig" och "då och då, men inte så ofta som varje vecka". Den relativt starka framtoningen i väntrumsenkäten av svars-alternativen "1–2 dagar", "3–5 dagar" och "6–7 dagar" kan, sannolikt, ha inbjudit till en överskattning av motionerandet.

Slutsatser och avslutande kommentarer

Rökvanorna, definierade som dagligrö-kande, kan anses vara ungefär desamma enligt både väntrumsenkäten och lands-tingets befolkningsenkäter. Fritidsmo-tionerandet är mera frekvent och bru-ket av alkoholhaltiga drycker mindre frekvent enligt väntrumsenkäten. Kan

det måhända vara så att både män och kvinnor är fullt uppriktiga när det gäller information till allmänläkare om sina rökvanor, ofta överskattar (överdriver?) sitt motionerande och inte sällan underskattar ("mörkar"?) sitt bruk av alkoholhaltiga drycker?

Även om de mått (andel dagligrökare) som använts för jämförelser mellan de båda aktuella mätinstrumenten är exakt lika utformade och tillämpade på enkätmaterialen, så *torde* utfallen, åtminstone delvis, bero på att frågor eller svarsalternativ inte varit helt identiska, framför allt vad gäller alkohol- och motionsvanor. Det som sannolikt är viktigast att beakta rörande de redovisade iakttagelserna är att alkoholvanorna fångats upp med enbart *en* fråga i väntrumsenkäten ("Hur ofta dricker Du starköl, vin och/eller starksprit?"), men med *tre* frågor i befolkningsenkäten, en för varje dryckesslag ("Hur ofta brukar Du dricka vin?", "Hur ofta brukar Du dricka starksprit?" och "Hur många starköl brukar Du dricka i genom-

snitt per vecka?"). I mätinstrumenten har de fasta svarsalternativen på frågorna om vin och starksprit dock varit tämligen snarlika. Den redovisade slutsatsen kring alkoholvanorna måste med hänsyn till olikheterna i frågeställandet betraktas som en hypotes, vilket för övrigt framgår av redovisningssättet. Ett beaktande av bruket av starköl och en god uppskattning av detta, i synnerhet bland män, är sannolikt avgörande för resultatet. Vad gäller väntrumsenkäten kan motionsvanorna ha överskattats på grund av svarsalternativens utformning med en relativ stark tonvikt lagd på ett tämligen flitigt motionerande. Olikheter i frågeställandet gör att resultaten av jämförelserna kan tilldra sig ett intresse i första hand ur ett metodologiskt perspektiv, även om empirin i sig också kan vara av intresse, inte minst ur ett vårdgivarperspektiv.

Mats Granvik

Utredare vid Huvudkontoret,
Landstinget Dalarna, Falun
mats.granvik@ltdalarna.se

Referenser:

1. Granvik, M. 2 237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna. Utredningsrapport nr 152 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2008.
2. Granvik, M. 2006 års postenkätundersökning – Beskrivning av metod och material och resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård och tillgodoseendet av de upplevda vårdbehoven. Utredningsrapport nr 138 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun oktober 2006.
3. Granvik M. 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på hälsotillstånd och levnadsvanor. Utredningsrapport nr 142 (http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____912.aspx). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun februari 2007.

Notis

AT-fest på Osaby

I september bjöd SFAM Kronoberg och primärvårdsförvaltningen i Kronoberg in länets AT-läkare till en fest på Osaby herrgård utanför Växjö. Under trevliga former med god mat i fin miljö fick AT-läkarna möjlighet att lära känna distriktsläkarna och de blivande specialisterna i allmänmedicin. Kvällen präglades av diskussioner och reflektioner över framtida inriktning och vad det innebär att arbeta inom primärvården. Anders Ylvén och Vesna Prazic beskrev på ett både underhållande och tankeväckande sätt varför de valt just allmänmedicin.

I senaste nationella rankingen klättrade Växjö upp och placerade sig bland de tio bästa platserna i landet att göra sin AT på. Speciellt goda betyg fick tjänstgöringen på vårdcentral där handledning och kollegialt stöd beskrevs som mycket välfungerande. För oss inom allmänmedicin är det angeläget att AT-läkarna ska uppleva tjänstgöringen på vårdcentral som en både trevlig och utvecklande tid där man får möjlighet att arbeta självständigt under stöd och handledning. Det är därför glädjande att just dessa aspekter lyfts fram i den senaste utvärderingen.



Kvällen på Osaby avslutades med att Christer Petersson, studierektor för ST-utbildningen i allmänmedicin, gav en levande beskrivning av allmänmedicins mångfacetterade natur. Vi hoppas att de som lockas av allmänmedicin förhoppningsvis ska uppleva att Kronoberg är en plats där man kan utvecklas inom specialiteten.

Mattias Rööst, Växjö
SFAM Kronoberg
mattias.roost@gmail.com

ANNONS

SFAMs förmöten, årsmöte och utmärkelser

Förmöten

Lokalordförandemötet präglades av diskussion kring vårdvalsmodellerna. För en del representerar dessa ett hot mot primärvårdens utveckling, men för andra nya möjligheter för primärvården att komma på fötter genom att bland annat patientens ställning stärks. Konkurrens om patientunderlaget uppmuntrar kvaliteten i utbudet menar tillskyndarna. Inte självklart alls menar belackarna, som varnar för att arbetsmiljön kan bli sämre utan en övre gräns för antalet listade personer, och försämrade möjligheter till kollegial samverkan. Den föreslagna lagändringen av § 5 HSL med slopande av kravet på allmänmedicinsk specialistkompetens för den fasta läkarkontakten kritiserades hårt. Vårdjättarnas framfart när det gäller nyetableringar uppmärksammades. Intressant att få höra erfarenheter från de delar av landet som haft modellen en tid, bland annat Halland, Stockholm, och Västmanland. Skåne står i startgroparna med en delvis anorlunda modell.

Studierektorsmötet bjöd bland annat på diskussion kring hur man ska se på behovet av komplettering när det gäller dels läkare med specialistkompetens i allmänmedicin från sina hemländer, men också för de läkare från EU som har fått en svensk legitimation men har en bristfällig klinisk erfarenhet. Handleddarfrågan runt det skriftliga individuella arbetet diskuterades också. Många handledare saknar kompetens i forskningsmetodik. Glappet i vetenskaplig kompetens mellan handledare och handleddd kommer nog att nödvändiggöra särskilda insatser för handledarna.

En intressant utbildningsmottagning på VC Skägetorp i Östergötland presenterades. Ett antal erfarna distriktsläkare (6–7 st) anställs på två lärartjänster för att handleda utbildningen av läkare med ringa erfarenhet av svensk primärvård. Genom introduktion och kompetensvärdering hoppas man kunna slussa



Chefredaktör Lundqvist kan numera titulera sig "Årets Lejon".

dess läkare vidare till ST-utbildning så småningom.

I övrigt hade examinatorerna och examinanderna fullt upp med sina angelägenheter och NäSTa samlade sitt nätverk av ST-läkare till möte. Teaterföreställningen om doktor Semmelweis blev mycket uppskattad.

Årsmötet

Margareta Troein Töllfors, vice ordförande i Svenska Läkaresällskapet, ledde även denna gång årsmötesförhandlingarna med fast hand, så att vi skulle hinna bli klara i lagom god tid inför kvällens mingel på Örebro slott. De senaste två åren har annonsmarknaden för medicinska tidskrifter sviktat rejält. SFAM erhåller nu en mindre andel per nummer av AllmänMedicin jämfört med tidigare från Mediahuset. Fortfarande är emellertid föreningens ekonomi god. Scandinavian Journal of Primary Health Care finns numera tillgänglig i nätversion för SFAMs medlemmar. Det fastslogs att SFAMs kansli inte har möjlighet att hålla lokalföreningarna uppdaterade med e-postadresser till sina medlemmar. En föreslagen höjning av årsavgiften avlogs efter sedvanlig diskussion. Gunnar Carlgren avtackades som skattmästare och efterträds av Ulf Peber som därmed lämnar en post som övrig ledamot i styrelsen ledig. Efter en fantastisk arbetsinsats under många år



Foton: Staffan Olsson

Katarina Hedin fick utmärkelse för "Årets Avhandling".

lämnar nu Karin Lindhagen styrelsen, men ansvarar fortfarande för hemsidan. Robert Svartholm slutar också som övrig ledamot. Sofia Hellman, Eva Jaktlund och Mats Rydberg valdes in som nya ledamöter i styrelsen.

Utmärkelser

ÅRETS LEJON

Anders Lundqvist,

Vårdcentralen Viken, Örnsköldsvik

Det är en sannskyldig glädje att till årets lejon få utse en person som varit mycket aktiv inom många av SFAMs verksamhetsområden, som för fram det allmänmedicinska arbetet på ett mycket trevligt och rekryterande sätt i vår tidskrift och som på hemmaplan är ett stöd för ST-läkare och allmänmedicinsk utveckling.

ÅRETS AVHANDLING

(avser avhandlingar 2007)

Katarina Hedin

Vårdcentralen Ryd

Infections in small children and their families – symptoms, consultations and antibiotics.

Katarina Hedins avhandling rör ett centralt område inom allmänmedicinen, och den har gett oss en mängd ny kunskap, viktig för alla allmänläkares vardag. Genom att barnfamiljer tillfrågats via BVC, och föräldrar sedan fått notera familjemedlemmarnas infektionssymtom, har hon väsentligt bidragit till en ökad ►►



Birgitta Björkman
– Årets Handledare

Mikael Lilja
– Årets Handledare

förståelse för små barns infektionssjuklighet, inklusive möjligheterna till förebyggande åtgärder. Hon har tagit fram ny kunskap om föräldrars utnyttjande av socialförsäkringssystemet, hon har bidragit till att förklara regionala skillnader i läkemedelsförskrivning, och hon har gett oss ökad förståelse för skillnaderna i sjuklighet mellan barn i olika omsorgsformer.

ÅRETS UPPSATS FÖR SPECIALISTEXAMEN

Anna Hertin,
Esplanaden HC, Västervik
Alkoholprevention på hälsocentral

Hedersomnämmande:
Fredrik Settergren, Elisabet Norén,
Eva Litnäs, Susanne Björnstedt Buhovac.

ÅRETS HANDLEDARE

Mikael Lilja,
Odensala HC, Östersund
"Du har med din stora medicinska kunskap, din klarsynthet och breda engagemang varit en förebild för din ST-läkare. Du har givit din ST-läkare verktyg för att utvecklas i sin läkarroll, stärkt hennes tro på den egna kunskapen och förmågan, och funnits där som hjälp och stöd vid behov."

ÅRETS HANDLEDARE

Birgitta Björkman,
Esplanaden HC, Västervik
Du har med din lyhördhet, empati, och kreativitet inspirerat din ST-läkare. Din dörr har alltid stått öppen, och du har uppmuntrat och stöttat din ST-läkare att prova nya utmaningar samt visat omtanke både på det professionella och personliga planet.

Anders Lundqvist



Examinander:

Övre fr vä: Rabeh Farhod, Fredrik Settergren, Malin Sjöström, Markus Sandén.
Mitten fr vä: Alberto Ferro, Susanne Lacke, Anna Hertin, Fredrik Wang.
Nedre fr vä: Maria Hjalmarsson, Eva Litnäs, Elisabeth Norén, Cecilia Börjesson.
Saknas på bilden: Antonio Cintra, Trine N Cirklow, Carina Seidel, Suzana Björnstedt-Buhovac och Christian Axelsson.



Examinatorer:

Övre raden från vänster: Göran Eriksson, Jonas Sjögren, Peter Olsson, Henning Pedersen, Anders Fredén.
Mellersta raden från vänster: Filippa Hummer, Monica Johannesson, Gunilla Byström, Mogens Hey.
Nedersta raden från vänster: Ulf Måwe, Torsten Green Petersen, Ylva Johansson, Dorte Kjeldman.

Framtidens globala hälsa – hur mår nästa generation patienter?

Vårt arbete kretsar allt som oftast kring det enskilda mötet med patienten. I detta mikrokosmos tar vi då och då tempen på samhället. Vi kan känna tidens strömningar och globaliseringen ger sig till känna i det dagliga arbetet. Vi behöver ibland lyfta blicken till de globala sammanhangen för att öka vår förståelse för vad hälsa är. Professor Staffan Jansson, barnläkare och folkhälsoforskare som delar sitt arbete mellan Karlstads och Örebro universitet, bidrog med en inspirerande start på höstmötet.

Under de trettio år som har flutit sedan Alma Atadeklarationen har barnadödligheten i världen minskat med 27 procent. Det är en positiv utveckling som i stort inbegriper hela världen utom länderna söder om Sahara. Bland dödsorsaker i åldrarna 6–24 år nämnde han att cancersjukdomarna dominerade i det yngre intervallet, olycksfallen under tonårstiden och hos de yngre vuxna låg självmorden i topp. Gruppen är sårbar där förlusten av socialt sammanhang har betydelse för hälsan. Nyckelfaktorer för barns hälsa och möjligheter till ett gott liv är förekomst av krig och konflikter, fattigdom och ojämlik inkomstfördelning, familjen och nära relationer, nutrition, fysisk och social miljö, sociala attityder och stigmatisering, riskbeteenden, genetik, samt tillgång till hälso- och sjukvård.

När det civila samhället råkar ut för sammanbrott drabbas de minsta barnen först. Innan Kuwaitkriget 1991 hade Irak den lägsta barnadödligheten i Mellanöstern. I dagsläget är barnadödligheten lägre i Kurdistan än i övriga Irak. En uppväxt i relativ fattigdom får konsekvenser även i länder som Sverige när det gäller risken att utveckla kroniska sjukdomar i vuxen ålder.

Attityderna till och förekomst av kroppsliga bestraffningar har under de senaste 50 åren förändrats på ett sätt i

Sverige som saknar motstycke i världen. Staffan Jansson menade att detta måste vara en av de största attitydförändringar i en befolkning som förekommit i historien. I Sverige infördes en lag mot barnaga 1979. Under en dryg tioårsperiod dessförinnan hade andelen vuxna som ansåg att det var acceptabelt att aga förskolebarn sjunkit från 95 procent till 35 procent. Under 2000-talet har siffran sjunkit under 10 procent.

Det var dystert att höra resultat från en engelsk studie som visade att risken att bli slagen hemma ökade ju fler funktionshinder barnen hade.

För varje femårsperiod rapporteras en försämrad självskattad hälsa hos tonåringar. Flickor mår sämre än pojkar. Självmordsfrekvensen har inte ökat, men däremot har stressrelaterade problem blivit vanligare och alkoholbruket mer utbrett. En intressant bild över globala värderingsförändringar kastade ljus över fenomenet existentiell ångest hos ungdomar.



Foto: Staffan Olsson

Staffan Jansson

Den samtidiga förskjutningen från traditionella till sekulära värdenormer och den ekonomiska utvecklingen som gått från överlevnad till självförverkligande, har placerat Sverige i synnerhet i en unik position i världen. Intressant att se olika delar av världen presenteras på detta vis. Den existentiella problematik som inryms i detta, att man måste skapa sitt liv själv, är nog bakgrund till en hel del av den psykiska ohälsa vi bevittnar idag.

Anders Lundqvist



Foto: Staffan Olsson

Banketten – guld och humor i skön kombination

Kvällens konferencier höll tempot på en frenetisk nivå. Såväl en del obligatoriska läkarskämt som en del betydligt mer oväntade presenterades med en humor som man inte är direkt van vid att möta på höstmötet. I skarp kontrast stod de två dansnummer som framfördes av Östanå teater, fyllda av mystik som stimulerade fantasin till associationer bortom scenframträdandet.

Årets bankett lyckades också att fira årets examinander på ett sätt som borde bli tradition – med guldregn, fanfar och hyllningar från hela sällskapet.

Staffan Olsson

ANNONS

Blodtrycksmedel och bakterier

Tre föreläsare med ganska olika utgångspunkter beskrev fördelar och enstaka nackdelar med ett numera ganska välkänt och populärt begrepp – probiotika.

Vi fick lära oss att man skall skilja på effekterna hos olika stammar, eftersom de tydligen kan ha diametralt olika effekt. Säkerhetsdata presenterades också, där sköra patienter med svåra sjukdomar ibland har negativa effekter. För mig som BVC-läkare blir det lite svårt att extrapolera detta till riskerna med att ge laktobaciller till kolikbarnen, och generellt gavs lugnande besked kring riskerna. Sammantaget verkade det vara ett relativt svårt uppdrag att forska kring effekterna av probiotika, när kunskapen generellt om tarmfloras betydelse är ganska skral.

Allmänläkaren och media – domptera eller lämna tegelbyggnaderna?

Programpunkten inleddes med en dialog mellan Bengt Karlsson och en lokal radiojournalist, Päivi Kotka. Bakgrunden var en programserie i lokalradion där primärvårdens villkor beskrevs på ett mycket nyanserat, och för yrkeskåren rättvist sätt. Flera goda råd utdelades; att man inte skulle dra sig för att bli intervjuad, men gärna ta reda på intervjuens syfte och kräva att få ta del av det färdigredigerade materialet innan publicering. Hon betonade också källskyddet och att åtminstone lokala journalister inte har råd med att använda dold mikrofon eller andra fula tricks. Att jobba kvar efter ett sådant klavertramp vore omöjligt, menade hon.

Andra delen handlade om tv-doktorn Gunilla Hasselgrens engagemang i TV-programmet *Fråga doktorn*. Till att börja med citerade hon Olle Lyngstams uppmaning att "lämna tegelbyggnaderna" – att vi skulle våga visa oss i media. Fascinerande att höra hur hon lyckats med att få in ett sant allmänmedicinskt synsätt i ett program på bästa sändningstid. En



Gunilla Hasselgren

Anders Hernborg

Foton: Staffan Olsson

klar bedrift är det! Hennes uttalade ambition att skapa en stämning av värme och hopp för de som ställer frågorna, verkade också vara väl uppfylld.

Anders Hernborg om blodtryck

Vem skall vi behandla? Frågan kan tyckas vara enkel och riktlinjerna är också ganska enkelspåriga. Svårigheterna inträder främst bland äldre, och här kunde HY-VET-studien ge oss en del svar. Bland de äldre kan man tydligen se betydande vinster med att behandla höga blodtryck även i höga åldrar. Biverkningarna med blodtrycksbehandling verkar också vara överdrivna. Kontentan för de yngre var att vi skulle se till den totala risken för hjärt-kärlsjukdom, och inte bara titta på blodtrycket. Kanske inte alldeles nytt för alla, men värt att tänka till om igen.

Vårdval och politikens irrgångar

Det högaktuella ämnet presenterades av utredningens sekreterare Robert Larsson. Det mesta var känt sedan tidigare, och man kunde skymta lite av vad politikerna vill med utredningen. Tyvärr verkar det som att det många hoppas på, mer av statlig styrning av primärvården, inte kommer att komma till stånd. SKL verkar ha haft stort inflytande på utredningen, och det kommunala självstyret verkar återigen vara viktigare att värna om än att få till en fungerande primärvård. En betydande förändringströtthet var svår att missa i publiken.

Staffan Olsson

Dialogseminarium: Allmänläkarens yrkeskunnande. Kan man bli erfaren snabbare?

Det här lät spännande tyckte jag, men allt för sent hade jag uppmärksammat uppmaningen att skicka in en text. Jag tror knappast jag var ensam om det bland deltagarna, så det var inte med alltför dåligt samvete jag beslöt att närvara. Distriktsläkarna Henrik Åhsberg och Christer Andersson deltar i forskarutbildningen på Yrkeskunnande och Teknologi, KTH, med projektet Allmänläkarens yrkeskunnande. Deras i förväg på SFAMs hemsida utlagda inspirationstexter kan ni läsa i sin helhet på de sidor som följer. Med sig hade de Bo Göransson, professor inom YoT, KTH. Han har utvecklat en unik metod, dialogseminariemetoden, för att bedriva forskning kring erfarenhetsbaserad tyst kunskap.

Under första delen presenterade Bo Göransson bakgrunden till hur metoden kom att utvecklas. Det ska sägas att det inte var alldeles lätt att följa den röda tråden i hans framställning. Det blev i alla fall en lärd vandring med filosofiska och litteraturhistoriska utvecklingar, för att så småningom komma fram till syftet med våra kollegors projekt, nämligen att sätta den tysta kunskapen i rörelse.

Den andra delen började med att kollegorna Magnus Adern (se hans text), Sara Holmberg, Kenneth Nolcrantz, Torsten Green-Petersen och Urban Brunell läste upp sina mycket intressanta och välformulerade texter. Seminariet tog fart och det utbröt en livlig diskussion på varje tema. Vilka duktiga skribenter det finns bland kollegorna, tänkte jag och gnuggade redaktörshänderna av pur förtjusning. Vi som deltog kommer att kunna följa hur projektet utvecklas.

Anders Lundqvist

Dialogseminarium: Yrkeskunnandets domäner

Allmänmedicin: en specialitet utan evidensbaserat existensberättigande

Vård efter behov heter det enligt den svenska modellen, men vem är det egentligen som avgör hur behovet av vård ser ut? Är det läkaren, patienten eller kanske någon annan, till exempel landstingspolitikerna?

I idealfallet kanske det är en mix av dessa tre nivåer. Politikerna representerar folkviljan och väljs utifrån vad de beskriver att de vill göra i sjukvården och anslår därefter resurser till olika medicinska insatser. Läkarpprofessionen deltar genom, att i dialog med politikerna, dela med sig av sin kunskap och sin erfarenhet. Allt i akt och mening för att bidra till bättre beslut om hur resurser skall fördelas. Patienten kan påverka hur behovet av vård ser ut, dels genom att bli sjuk i en viss sjukdom och därigenom konkretisera "vårdbehovet" och dels genom att vara en samhällsmedborgare som röstar i val och har åsikter om sjukvårdspolitik.

Det brukar heta att läkarpprofessionen är en stark påtryckargrupp som kan hävda sina egna och sina patienters intressen. Det är möjligt att det är så, men jag skulle vilja nyansera och dela upp läkarpprofessionen i de sjukhusorienterade organ- och åldersspecialiteterna å ena sidan och allmänläkarpprofessionen å den andra sidan. I Sverige finns det idag ungefär 4 800 allmänläkare och 23 000 kliniska specialister. Detta borde inte vara något stort problem då allmänläkarna som grupp betraktat har en enormt stor gemensam erfarenhet av kliniskt arbete, något som borde vara intressant att ta del av för såväl sjukvårdspolitikerna som övriga läkargrupper. Detta sker dock, enligt min mening, i mycket liten utsträckning och man kan fråga sig varför? Den erfarna och duktiga allmänläkarens yrkeskunskande rör sig, enligt min egen bedömning, mellan kunskapsynerna

mêtis och *fronesis*, med visst inslag av *epistheme*¹. Det är ett kunskande som ytterst är kontextberoende och partikulärt, såsom läkarens specifika kunskaper om en viss person.

En viktig delförklaring är förmodligen det som James C. Scott skriver om i *Seeing like a state*, hur den *generaliserbara påståendekunskapen* i vårt moderna samhälle tränger bort den *lokala, praktiska kunskapen*, *mêtis*. Det moderna, rationalistiska samhället värderar helt enkelt kunskap som kan hänföras till *epistheme* högre. Det handlar, enligt min förklaring, om hur olika maktstrukturer, i det här fallet landstingspolitiker och tjänstemän, ser på olika typer av kunskap. Den vetenskapliga medicinen har haft ett stort gehör hos beslutsfattare på alla möjliga nivåer i samhället och fortsätter att så ha. Problemet blir att om man som beslutsfattare inom området sjukvårdspolitik begränsar sig till att låta sig påverkas av den evidensbaserade medicinen och utesluter den erfarenhetsbaserade, praktiska kunskapen, så kommer man att bidra till att driva sjukvården i en *tayloristisk* riktning. Med detta menar jag försöken att formalisera, specificera och bryta ned de olika vårdprocesserna för att göra läkarens arbete mer likt en industriarbetare i den meningen att man vill kunna detaljstyra vad mötet mellan läkare och patient skall innehålla.

I ansträngningen att påverka dagordningen för det sjukvårdspolitiska området förefaller det som om allmänläkarna ständigt misslyckas med att få gehör för sina uppfattningar. Det som i stället vinner genklang hos regioner och landsting är den evidensbaserade medicinen. Min bedömning av varför organspecialisterna nästan alltid "vinner" dessa kraftmätningar har att göra med



Christer Andersson

hur våra respektive områdens kunskap är *organiserad*. Mina kollegor och jag har samtalat om detta vid flera tillfällen och det förefaller som om problemet ligger i att allmänmedicinen inte har någon egen domän (inom medicinen) av påståendekunskap, där vi så att säga kan "slå organspecialisterna på fingrarna". Inom alla de områden inom den vetenskapliga, evidensbaserade medicinen där vi arbetar, till exempel diabetes, finns det någon som är expert, i det här fallet diabetologen och han eller hon kommer att ha mer kunskap om de senaste studierna kring just diabetes. Varför skall en landstingspolitiker lyssna på några allmänläkarens praktiska erfarenhet av att behandla diabetes när det finns de som gör fina studier och besitter så kallad *expertkunskap*?

Konsekvensen av detta blir att kunskapen som ligger bakom de riktlinjer och vårdprogram, som exempelvis Västra Götalandsregionen vill att vi som allmänläkare skall följa, blir av teoretisk *epistheme*-karaktär, medan den mänskliga erfarenheten lämnas därhän. Vi, allmänläkarna, blir reducerade till en slags *medicinens fabriksarbetare* som skall utföra det som den universella kunskapen i detalj säger att vi skall göra.

Inte så sällan får vi inbjudningar till kurser med rubriker i stil med: "Hur minskar vi gapet mellan riktlinjer och praxis?" Det är ett uttryck för den utopiska strävan mot att alla skall göra exakt på samma sätt och komma bort ifrån den "irrationella" praxis som utgår från det enskilda. Till slut kan man på det här sättet sätta stop för den enskilda läkarens utövande av sina specifika, partikulära, yrkeskunskaper.

Finns det då något existensberättigande för en medicinsk specialitet som fortsätter att hävda *mêtis* som en viktig del av vår kunskap? Hur skall i så fall detta existensberättigande hävdas i ett sjukvårdspolitiskt landskap där expertkunskapen, den artikulerbara påståendekunskapen, samverkar med politikens önskan om en så kostnadseffektiv vård som möjligt?

Ett uttryck för att det blir allt svårare att skapa ett utrymme för *mêtis* inom medicinen är hur exempelvis Västra Götalandsregionen gör sina upphandlingar av primärvård. Upphandlingsunderlagen är dokument som försöker *detaljstyra* vad vi skall och inte skall göra, i vilket styrmedlet är pengar. Ännu så länge kan man hitta "hål" i deras sätt att sätta ihop sina dokument, med andra ord så finns det ett visst utrymme att erbjuda en verksamhet som ger utrymme åt enskilda läkare att använda sitt omdöme.

Om utvecklingen fortsätter på detta sätt och regionens tjänstemän kan vässa sina vapen ytterligare och smälta ihop den evidensbaserade medicinen, vårdprogrammen, med ett ännu mer detaljrikt ekonomiskt styrsätt, så kanske utopin om den totala rationaliteten, den hund-

raprocentiga evidensbaserade värden till slut blir verklighet? Om detta är önskvärt är det lika bra att hoppa över omvägen med ett besök hos läkaren och istället få diagnos och behandling via en automat av ett eller annat slag.

Fotnot:

¹ Termen *mêtis* löper som en röd tråd i James C. Scott, *Seeing like a state*, Yale University Press, 1998 och motsvarar en viss typ av lokalt, praktiskt kunnande. De båda kunskapssynerna *fronesis* (förtrogenhetskunskap) och *epistheme* (vetenskap) redogörs för i Aristoteles *Den Nichomachiska etiken*.

Christer Andersson, Göteborg
christer.c.andersson@bredband.net

ANNONS

Dialogseminarium:

Michelangelos kupol Eller hur skall man bedöma en allmänläkare?

Vad är instinkt baserad på erfarenhet? Och hur tillskansar man sig detta åtråvärda arbetsredskap? Den som arbetar med händerna, såsom en hantverkare eller kirurg, har ju alltid resultatet att gå på. Det råder sällan något tvivel om vem som är en skicklig hantverkare, inte konstnär eller kirurg heller för den delen. Deras resultat talar på något sätt för sig själva.

Den norske ortopeden Eldbjörn Ronglan, vars klinik i Elverum jag hade förmånen att tjänstgöra på under ett halvår, kunde dag efter dag presentera perfekta post-operativa röntgenbilder på morgonens röntgenrond. Varenda skruv satt perfekt, aldrig en vinkelfelställning vid frakturoperationerna. Hur det gick till anar jag inte, som assistent vid Ronglans höftoperationer kunde jag bara konstatera att han bände och vred, borrade, sågade och skruvade med ofattbart tempo och frenesi utan att lägga särskild tid på att kontrollera arbetet under dess gång, mäta vinklar eller vridmoment, dock alltid kolerisk med ständiga svordomar och utskällningar. Eldbjörn Ronglan var helt enkelt en fena på att operera. Hans motsats mötte jag i den trinde lundensiske ortopediprofessorn (vars namn jag glömt) under studietiden, som oftare sågs orera än operera. Förlägenheten på kliniken var stor när han förevisade sina egna (undermåliga) post-operativa röntgenbilder för en japansk ortopedidelegation som måste ha undrat över svenskarnas definition av rak och rätvinklig.

Att lära sig bli en duglig ortoped kräver självklart träning, och inom de kirurgiska specialiteterna använder man sig i mångt och mycket av ett mästare-lärlingssystem. Den erfarne ortopederna opererar tillsammans med den unge assistenten som under ledning får lära sig "hantverket" allt eftersom, och får själv successivt utföra allt mer avancerade delar av ope-



Foto: Cristian Popescu

rationerna. Jag har flera vänner och kollegor som utbildar sig till kirurger, och samtliga vittnar om vikten av att finna en bra mentor, en erfaren och duktig operatör som kan fungera som handledare och ansvara för att yrket lärs ut på ett bra sätt. De betonar vidare att den personliga relationen till mentorn är mycket betydelsefull, vilket för mig indikerar att man även inbegriper överförandet av tyst kunskap i sin utbildning.

Men för en allmänläkare är det inte lika enkelt. För det första finns det ingen riktigt bra definition på vad det innebär att vara en duglig allmänläkare. Det finns ingen entydig beskrivning av vad vårt jobb egentligen går ut på, och de försök som gjorts har varit tämligen urvattnade och klichéartade. Jag brottas aktivt med frågeställningen dagligen. Ibland är det enkelt, som vid behandling av bakteriella infektioner eller suturering av sårskador. Dessa tillstånd kräver behandling som jag utan svårighet kan tillhandahålla. Ofta är det emellertid betydligt svårare, som vid förebyggande behandling av hjärt-kärlsjukdom, eller frågan om hur mycket lugnande medicin och psykofarmaka man bör ge till en 95-åring med

demenssjukdom. Hur många symptomfria, friska individer är det rimligt att behandla med blodtryckssänkande medicin för att en av dem inte skall få hjärtinfarkt? Och i vilken utsträckning kan man droga ner den demenssjuke 95-åringen så att han förlorar det sista av sin personlighet, för att vårdpersonalen och övriga patienter på det gemensamma boendet störs av de nattliga vandringarna och skriken? Frågorna är självklart mer etiska än medicinska och har inga säkra rätta svar, men för mig bottenar många av de frågeställningar jag möter i den tämligen anspråksfulla och inte helt lättbesvarade frågan om vad som egentligen är själva meningen med livet. Även om man blir svaret skyldig bör man nog ha funderat över frågan och hittat någon form av kompass hos sig själv gällande detta, en värdegrund helt enkelt. Annars blir jobbet som allmänläkare mest likt en herrelös båt som driver med vinden och vågorna utan bestämd riktning eller mål.

Allmänläkare sysslar alltså med livets mening, se där ytterligare en arbetsdeskription som är svår att utvärdera, dessutom kanske lite kort och pretentiös för att få allmänt genomslag inom läkarkåren.

När det sedan gäller själva utlärandet av professionen så är vår sats betydligt svårare än våra kirurgkollegors. Den teoretiska delen kan vara aldrig så omfattande, och kräver både förtrogenhet med att använda den medicinska kunskapen samt ofta även nämnda etiska överväganden. Denna del kan emellertid diskuteras och argumenteras i den allmänna läkardebatten, vilket också sker på kontinuerlig basis. Vårt yrke utövar vi dock i huvudsak ensamma med patienten på vår kammare, utan direkt insyn för mentorer och handledare. Det innebär att handledningen alltså sker utanför själva verksamheten, i tid och rum skilt från patientkonsultationen, det mest centrala momentet i allmänläkarens yrkesverksamhet. Vi använder oss för all del av videoinspelningar ibland, och gör även "sit-ins", där man sitter med som åhörare hos en kollega under dennes konsultation, men verksamheten tillåter tidsmässigt inte att detta görs i någon större utsträckning, och dessutom är det svårt att undvika att konsultationen påverkas av "ingreppet". En duktig allmänläkare för mig är således någon som naturligtvis har gedigen medicinsk kunskap, och som ger välgrundade och till synes reflekterande svar på läkaradepens undringar. Han eller hon bör ju självfallet också vara omtyckt av flertalet av patienterna, sannolikt dock ej av alla. Hur vederbörande emellertid själv agerar som allmänläkare kan jag bara ha föreställningar om. Slutsatsen blir att allmänläkare i flera hänseenden är autodidakter, och för att bli en duktig allmänläkare bör man alltså ha en viss förmåga att bli en duktig autodidakt, vilket i sin tur sannolikt kräver ganska mycket av vederbörande i förhållande till attityd, självkänedom och epistemologisk reflexion. Men hur vet jag att jag blivit en duglig allmänläkare? Hur vet jag att instinkten som jag tillskansat mig i arbetet med mina patienter är en bra och vettig instinkt, när resultaten av mitt arbete är svårbedömt och ingen kollega eller mentor närvarat eller sett mer än maximalt 0,1 procent av mina konsultationer? Michelangelo kunde ju efteråt med egna och andras ögon konstatera att hans fantastiska kupol i Peterskyrkan höll måttet, den blev bra både byggnadstekniskt och konstnärligt, men hur gör man som allmänläkare?

Kanske är jag helt enkelt själv den som bäst bedömer min kompetens som allmänläkare, ödmjukt utifrån handledaromdömen och en förhoppningsvis någorlunda korrekt självkänedom och uppfattning om min egen person.



Henrik Åhsberg, Styrso
henrik.ahsberg@vgregion.se

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Dialogseminarium:

Väntrumsenkät, konsultation, meditation

För några år sedan bestämdes det att vi på vår vårdcentral skulle ingå i ett alkoholprojekt. Det var ett brett projekt där även kommunens missbruksvård fanns med. En sköterska med missbruksinriktning anställdes. Vårdcentralens uppgift var att utarbeta en väntrumsenkät, där alkoholvanor skulle efterfrågas. En annan vårdcentral var också engagerad i projektet. Där skulle en enkät skickas hem till patienten.

I samband med starten av projektet fick vi information om riskbruk av alkohol, och vi blev orienterade i MI (Motivational Interviewing). Vi läkare kände att detta var ett angeläget område och var alla inställda på att detta var ett arbetssätt att pröva. Under tvåveckorsperioder fick alla patienter, när de anmälde sig i receptionen, en enkät med ett antal frågor om hur mycket de drack och hur nöjda de var med sin konsumtion. Vi doktorer skulle börja våra konsultationer med att gå igenom formuläret, och utifrån eventuellt riskbruk försöka att motivera till ändrat beteende.

I början var vi alla duktiga. Vi gick igenom formulär, vi registrerade också i journal vilket alkoholbruk som förelåg. Men efter ett par registreringsperioder så började flera av oss doktorer känna att detta inte blev bra. Att vi kom in fel i mötet, att patientens ursprungliga besöksorsak kom bort, att MÖTET uteblev. Den andra vårdcentralen hade slutat med att skicka hem enkäter då ingen svarade, och även de hade övergått till väntrumsenkäter. Vi påtalade våra betänkligheter inför projektledaren, som ändå menade att projektet var angeläget och att alkoholfrågan måste ha hög prioritet.

Ytterligare några perioder med patientenkäter förflyt. Men jag kände att jag inte arbetade utifrån projektet längre. Jag tog enkäten från patienten, ögnade snabbt igenom den och lade den sedan

åt sidan för att kunna ägna mig åt det som patienten verkligen hade sökt för. Jag dokumenterade inte längre i journal. Det kändes mycket otillfredsställande.

om respekt för patientens besöksanledning. Chefen talade om hur dåliga vi doktorer var på att fråga om alkoholvanor och vilket underdiagnostiserat

” Det vi stänger ute i mötet, det lär vi inte känna – mötet blir på ett mycket ytligt plan.

I min meditationsgrupp hade vi under denna senare period en heldag med fader Bernard Durell, franciskanermunk och meditationsledare. Dagen innehöll långa meditationspass men också ”undervisning”. Fader Bernard talade om meditationen som ett möte. Ett möte med en distinkt kvalitet. I meditationen släpper vi orden, vi släpper tankarna, vi släpper oss själva och försöker ta in helheten ut i en oändlighet – i tystnad. Och vissa gånger kan vi i meditationen känna att vi närmar oss detta oändliga möte, andra gånger blir vi kvar i tankar och bekymmer från vår vardag. Och fader Bernard jämförde med det mänskliga mötet. Att det kan ha olika kvalitet, mycket utifrån hur vi tar in den människa vi möter och framför allt utifrån hur mycket vi begränsar. Och det vi stänger ute i mötet, det lär vi inte känna – mötet blir på ett mycket ytligt plan. Det här var ord som jag tog till mig och som stämde väldigt väl med min syn på mitt arbete och de relationer som jag arbetar med på min mottagning.

När det åter blev dags för en ny omgång med väntrumsenkäter fick vi får projektledare och medicinska chef att förstå att vi inte ville arbeta på detta sätt mer. Enkätutdelandet avbröts och efter några dagar så kom chefen in och ville diskutera. Jag framförde mina åsikter, och hans förslag var att vi vid nästa vårdcentralsmöte skulle argumentera för våra olika ståndpunkter. Och det gjorde vi; jag talade om mötet och relationen och

problem detta är. Samtalet blev sansat och mycket givande. Istället för att ge ett antal svar hade vi ställt ett antal frågor!

Vad händer nu?

Tills vidare har vi inte några väntrumsenkäter. Det vi skulle vilja göra är en kvalitativ studie där man tittar på hur konsultationen påverkas av en alkoholenkät som delas ut till alla oavsett kontaktorsak. Hur påverkas patientens sökorsak, hur påverkas relationen. Det finns ett visst intresse från Hälsohögskolan i Jönköping angående en sådan kvalitativ studie.

Vi har insett att det handlar mycket om oss doktorer och att vi inte frågar om alkoholvanor. Och nu funderar vi på hur vi skall bli bättre på att i relevanta situationer verkligen fråga om alkohol. Det vi diskuterar är hur vi skulle kunna påminnas. Fortsatt diskussion kring vårt motstånd att ta upp frågan.

Vi har fått igång ett samtal kring hur vi vårdar mötet och samtalet.



Magnus Adern, Jönköping
magnus.adern@lj.se

Avslutning

Mötet avslutades med en exposé över svensk allmänmedicin, presenterad av fyra allmänmedicinska professorer. Anslaget och presentationerna skiljde sig åt på många plan. **Anders Håkansson** gjorde en historisk återblick till vår kollega Carl von Linné och spann ihop det historiska spåret med dagens allmänmedicin, sett från akademiens synvinkel. Han belyste också akademiens utveckling från 1980 fram till i dag. Sammantaget var utvecklingen god fram till för några år sedan, men sedan ett par år tillbaka noterar man en viss stagnation.

Prof emerita Birgitta Hovelius hade ett betydligt mer provokativt budskap, där hon på ett övertygande sätt beskrev den underordning kvinnor har både som läkare, forskare och patienter.

Bengt Mattson avlöste med kvartettens bäst avvägda PowerPoint-presentation där han betonade de mjuka värdena. Ett citat värt att återberätta: "Det som är hårt bryts lätt, det som är mjukt böjer sig och håller."

Till sist **Kurt Svärdsudd** som trotsade trenden och talade helt utan bilder om ett långt arbetsliv i forskningens tjänst.

Staffan Olsson

Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAMs höstmöte

Betyget är subjektivt. Det är till för att ge arrangörerna en feedback samt förhoppningsvis för att kunna vara till nytta för framtida arrangörer och stimulera dessa till att ytterligare höja ribban . . .

0 = uselt, 1 = dåligt, 2 = ganska dåligt, 3 = bra, 4 = mycket bra, 5 = fantastiskt bra.

Förhandsinformation	Utmärkt, med täta uppdateringar. Ett stort plus för de korta e-postmeddelande om stort och smått som kom tätt i slutet.	4
Tillgänglighet	Lätt att ta sig med tåg, tydligen svårt med flyg.	4
Hotell	Mycket kort avstånd till konferensanläggningen. Det fanns inte några budgetalternativ.	4
Anläggning	Charmig lite äldre anläggning. Stort plus för välfungerande tekniska hjälpmedel och högtalaranläggning.	5
Program	Brett anslag men ganska få överraskningar, stort plus för teaterinslag.	3
ST	Mycket bra att para ihop ST-presentationerna med en avhandlingspresentation.	4
Examinationshögtid	Bra grepp att uppmärksamma examenshögtiden under banketten	4
Socialt	Banketten bjöd på överraskningar både när det gällde underhållning och format.	4
Sponsorer	Märktes knappast. Trevliga presenter från Örebro läns landsting, inte på något sätt påträngande.	4
Miljö	Cityläget var praktiskt, små ärenden klarades snabbt och lätt av.	3
Genomförande	Inga tekniska problem och en strålande arbetsinsats av den lilla grupp som arrangerade mötet.	5
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överlåter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna.	44
Sammanfattning	Väl genomfört, med ganska få överraskande programpunkter.	

ANNONS



Nonsens i NDR?

Peter Olsson (PO) har nyligen i ett debattinlägg i AllmänMedicin 4/08 ställt ett antal frågor och påståenden angående det Nationella Diabetesregistret, NDR, som vi gärna vill bemöta.

Primärvårdens deltagande i NDR har ökat från knappt 20 000 startåren 1996–99 till 140 000 år 2007. Detta är mycket glädjande, och gör sannolikt NDR till världens största kvalitetsregister för diabetes i primärvården. Det finns all anledning att rikta ett varmt tack för detta; till alla patienter och alla som rapporterar över landet. Det är möjligt att denna ökade rapportering bidrar till en förbättrad diabetesvård, genom fokus på riskfaktorbehandlingen och systematiskt kvalitetsarbete. NDR:s viktigaste uppgift är ju att alla deltagande enheter erhåller en årsrapport där resultaten kan jämföras med riksnittet, och där utvecklingen på enheten kan följas år efter år. Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), vill dessutom se öppna jämförelser avseende vissa variabler i NDR mellan landsting och sjukhus, i syfte att främja en jämlik vårdkvalitet över landet. De utger ju en egen rapport i detta syfte, med resultat hämtade från ett flertal nationella kvalitetsregister.

PO vänder sig mot rankning och listning av enheter från bäst till sämst. I årsrapporten från NDR presenteras dock resultaten på ett flertal olika sätt varav listningen av Landstingsindex bara är ett. Detta började vi dock med 2006 eftersom ett vinstdrivande företag gjorde en listning som väckte uppmärksamhet, men som var behäftat med en del fel och tveksamheter. Alltså är det helt enkelt bättre att vi som har kontroll över data och metoder gör detta själva. Om detta kan man dock tycka olika, men förhopp-

ningsvis leder ändå en låg rankning till åtgärder för att öka deltagandegraden och förbättra kvaliteten i diabetesvården. Det är trots allt vår uppgift, vi som jobbar i vården, att tolka resultaten och genomföra förbättringar så att patienterna får en jämlik och god vård med hänsyn tagen till det befolkningsunderlag som är i Jokkmokk och annorstädes. Detta är lika självklart vad gäller diabetes som vården av cancer, hjärtinfarkt, stroke, eller bräck- och höftledsoperationer.

I sin artikel vill PO också diskutera behandlingsmålen och sätten att nå dit. NDR kan endast utgå från den konsensus som gäller idag, inte skapa egna mål. Det är viktigt att påminna om att individualisering av behandling och mål alltid tydligt betonas från alla som föreslår riktlinjer. Detta gäller ADA, IDF, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Svensk Förening för Diabetologi. Vi vill också gärna påpeka att man själv kan välja nivå för olika riskfaktorer som man vill följa på sin enhet på www.ndr.nu. 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. De variabler och processmått som används i NDR kan alla diskuteras vart och ett, och det är just detta som har skett från 1996 till idag, då de introducerats i samråd med olika experter (t.ex. njurmedicin och oftalmologi) och med NDR:s styrgrupp som är sammansatt av representanter för professionerna i diabetesvården, såväl di- striktsläkare som endokrinologer, sjuk-

sköterskor och patienter (som numera är adjungerade till styrgruppen). Vi tror att de nuvarande variablerna är bra, men vi strävar efter att förbättra dem när det är motiverat.

Vi som jobbar med NDR förordar inte användning av någon särskild behandling för att nå målen utan hänvisar till Läkemedelsverkets bedömningar och andra gällande rekommendationer. Nästa år kommer Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för diabetesvården. De är välkomna, inte minst sedan de kommer att peka på de behandlingar och metoder som det finns gott evidensläge för. Samtidigt hoppas vi att man använder sig av de tillgängliga behandlingsalternativen för att nå det individuellt satta behandlingsmålet för varje enskild patient. Om man är skeptisk till nyare diabetesläkemedel eller andra preparatgrupper (anti-hypertensiva, dyslipidemireglerande) är det naturligtvis helt OK, bara man inte undanhåller patienten något som hon/han kan ha nytta av och att det föreligger öppenhet om detta.

PO tycker man ska deklarerar jäv, och han har rätt. I de flesta publikationer från NDR brukar potentiella jäv och intressekonflikter anges enligt respektive tidskrifts instruktioner (även i de som PO refererat till), men ännu inte i årsrapporten. Tack för påpekandet, det ska vi göra nästa år. Det känns i sammanhanget också positivt att de generella ekonomiska bidragen (se NDR:s årsrapport), som vi har haft stor anledning att vara tack-samma för under NDR:s uppbyggnad, nu har avslutats.

Vi tycker det är stimulerande med en diskussion kring NDR och dess roll, och inte minst om hur resultaten presenteras, eftersom detta är en så betydelsefull

funktion. Vi vill också påminna om att NDR nu har gjort en första pilotundersökning om hälsorelaterad livskvalitet samt hur patienterna värderar egenvård och den tillhandahållna servicen på sin enhet. Första resultaten från detta arbete kommer att presenteras på Svenska Läkaresällskapets rikstämma i november 2008. Läsaren är alltid välkommen att kontakta oss för en diskussion om hur NDR ska kunna bli ett ännu bättre verktyg i diabetesvården.

Avslutningsvis ett litet påpekande om ett påstående i PO:s artikel: ordföranden i SFD, Björn Eliasson, har aldrig, inte ens i den angivna referensen, argumenterat för att 80% av patienterna bör behandlas med statiner.

**Björn Eliasson,
Jan Cederholm,
Björn Zethelius,
Peter Nilsson,**

Katarina Eeg-Olofsson,

Soffia Gudbjörnsdottir (registerhållare)
soffia.gudbjornsdottir@gu.se



Soffia Gudbjörnsdottir



Jan Cederholm



Peter Nilsson



Katarina Eeg-Olofsson



Björn Eliasson

Kurs i konsultation och videohandledning, Kalymnos, Grekland, 22–29 maj, 2009

Kursinnehåll:

Träning i patientcentrerad konsultation med hjälp av patientspel, som spelas in på video och handleds. Kursen syftar till att fördjupa kompetensen i patient-läkarsamtalet i en anda av kollegial omtänksamhet.

Vi använder en modell med de nio faserna i konsultationen (de nio F-en) – läs mer om kursen i AllmänMedicin,

1999; 119: 52–5. Att träna patientcentrerad konsultation gör att vardagen underlättas, jobbet blir roligare och mer stimulerande, och risken för utbrändhet minskas.

Mer än 1500 nordiska allmänläkare har hittills gått kursen under de 17 år den har funnits.

Målgruppen är svenska familjeläkare. Deltagarantalet är begränsat till 32, fördelat på fyra grupper med var sin lärare.

Lärare: f.d. lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, f.d. studielektor, allmänläkare Ole Risør, stabsöverläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup, allmänläkare, amanuensis Charlotte Hedberg

Pris: Kursavgift: 9.000 DKK., Till detta kommer kostnad för logi i enkelrum med frukost och 2 middagar med totalt 2.800 DKK samt flyg (cirka 2.700 DKK). Flyg till Kos både från Stockholm och Köpenhamn.

Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Kontaktperson:

Jan-Helge Larsen

Fredrikkevej 20, 1. DK-2900 Hellerup

Tlf. +45-2030 0284 (mobil), Mail jhl@dadlnet.dk



Foto: Charis Tsevis



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

Dinosauriens rop

Patienten säger nu:

”Jag tror att jag har halsfluss”. Och har därmed uttryckt sina farhågor och förmodligen någon förväntan.

Jag behöver inte hänvisa till något obegripligt, som intention to treat eller Rudebecks kroppsempati, för att förstå att han önskar en penicillinkur och några dagars sjukintyg.

Därvidlag är min näsa, efter 30 år i branschen, osviklig som en blodhunds.

Men han föregår mig och mitt lyssnande öra. Förr i tiden – som i Roberts-fors 1982 – skulle han kanske ha uttryckt sig såhär:

”Jag har så ont i halsen, svettas och fryser om vartannat”, för att sen be om mitt (eller kanske Ditt, käre läsares) råd! Och jag (eller naturligtvis Du) hade bett honom gapa, noterat smultrontunga och djupröda halsmandlar, andats in streptokockdoften och ställt den kliniska diagnosen halsfluss. Därefter hade vi säkert båda mer eller mindre beordrat penicillin.

En hals är en hals är en hals. Näppe! Inte i tidsmaskinen. Varken med eller utan evidens.

Särskilt inte med dessa skiftande förväntningar.

Så hur ska jag göra? Då patienten alltså redan presenterar en diagnos. Visserligen mer eller mindre preliminär. Men med vidhängande anspråk och förväntningar.

Konsultationen är ingen specerihandel! Allmänläkaren ingen handlare med randigt förkläde och blyertspenna bakom höger öra! Och det tillhör inte FN:s deklaration om mänskliga rättigheter att få utskrivet antibiotika eller fluoxetin.

– Menar Du att det är jag (det vill säga allmänläkaren) som bestämmer?

– Ja.

– Men hur ska jag kunna göra det? Patienten kanske blir besviken. Byter läkare, lista, vårdcentral?



– Ja. Det är Ditt ansvar att blicka ut över Röda torget, Piazza Roma och patientens bleka välvda panna.

Vad kan det här betyda för oss som möter patienter direkt från World of Warcraft och som messar medan de sjunker ned i stolen mitt emot och försöker klä sina beställningar i ord.

Då du kan känna det som om patienten tror att han eller hon håller på att beställa en pizza. Med extra feferoni eller lök.

Eller när han under konsultationen svarar i telefon och diskuterar sitt livspussel medan Du står på vansinnets och Östersjöns torskbestånd på kollapsens rand.

Också detta efterfrågas: säkerhet, treårsavtal, garantier, lycka på lycka, ränta på ränta. Att tiden inte skall fästa vid min kropp. Att jag egentligen, när allt kommer omkring, är den första odödliga människan. Ett liv helt utan smärta.

Men dinosauriernas svar är detta som studsar mot väggen:

– Det finns inga garantier. Livet, även Ditt, är en chansning. Om du faller omkull är det bara Du själv som kan resa dig upp. Försäkringsbolaget saknar såväl armar som ben och leende.

Och kroppen är bara Din. Hur tokigt det än kan låta.

– Men jag måste ju vara frisk i morgon!

Hur då? Vad säger att vi måste?

Hur svarar Du denna patient? Du måste berätta – för själv är jag mållös. Jag vet snart inte vad jag ska säga. Ännu mindre göra. Du som förstår de postmoderna egocentrikerna och kan förklara deras värld av tankar och känslor. Hur tror de att livet ser ut egentligen?

Och vad tror du? Ska jag göra som Lars Ekborg – kasta in hatten – eller sätta mig vid stranden igen, räkna till tio och drömma om det ljuvliga mötet med en kvinna jag älskar?



Självporträtt

Torsten Green-Petersen

torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

Den goda utbildningen

Vi har det bra! Tänk att få börja en artikel med dessa fyra ord. Under cirka två-tre års tid har vi haft förmånen att få göra del av vår ST på Norr fjärdens vc utanför Piteå.

Nu undrar ni då varför vi lägger tid på att skriva, eftersom allt ändå är bra. Jo, därför att i dessa tider av oro, underbemanning och vinstdrivande vårdval upplever vi ett behov av att skapa jämvikt i diskussionen. Att visa att det inte är uselt överallt, utan till och med ganska bra på sina håll. Vi tror på inget sätt att vi är unika. Möjligen med undantag av att vi faktiskt tar oss tid att berätta att vi har det bra.

ST-tiden är på många sätt en säregen tid. Vi står mitt i livet, någonstans mellan läkarutbildning och färdig specialist. Tjänstemän och politiker har svårt att förhålla sig till oss. Vi är en yrkeskategori där man inte riktigt vet vad vi gör på dagarna. De hör våra krav på handledare, studierektor, tid för kollegiala träffar, Balint-möten, och övrig utbildning. De ser även kostnaden för kurser och konferenser. Däremot är det inte lika tydligt vad vi bidrar med i verksamheten. Att vi fattar de flesta beslut på egen hand och tar ett stort professionellt ansvar både för patienter och för verksamhet, är kanske inte allmänt känt.

Det är mycket som skall hinnas med under ST-tiden. Vi skall utveckla våra kliniska färdigheter, lära oss kommunikationens grunder, vara ledare på den egna arbetsplatsen för att nämna några kompetenser. För att uppnå våra mål, växlar vi mellan den egna mottagningen och sjukhuset, och förvandlas till nomader i sjukvårdsvärlden. Redan under AT utvecklar vi en otrolig anpassningsförmåga som utnyttjas för att så smidigt som möjligt kunna byta arbetsplats utan att orsaka alltför stor turbulens.

Vi vill hävda att ST-utbildningen bör vila på stort eget ansvar. I Piteå har vi ST-träffar fyra timmar onsdag eftermiddag varje vecka och har precis, i likhet med Stockholm, börjat ta ansvar över hur dessa timmar disponeras. Vem vet bättre än vi själva vad det är vi behöver lära oss, utifrån målbeskrivning och kollegial dialog med mer erfarna kollegor? Dessa ST-träffar är i princip obligatoriska och befinner man sig inte på randning i en annan del av länet så kommer man. Behovet av kollegiala träffar är stort och vi har arbetat hårt för att skapa mötesplatser av olika slag både för ST-läkare och färdiga specialister. Balint-grupper erbjuds både ST-läkare och färdiga specialister. Då de senare går på FQ-träffar och distriktsläkarträffar har vi ST-läkare och yngre distriktsläkare skapat oss ett forum i nätverket NYA (nätverk för yngre allmänmedicinare) som träffas en gång per halvår. Här diskuterar vi gemensamma frågor och planerar för framtiden. ST-läkarna i Norrbottens läns landsting har dessutom en regionsträff per termin som arrangeras av studierektorer.

I Piteå har vi tillgång till en studierektor som backar upp oss när det behövs, tar verksamhetschefer i örat när de inte uppfyller sina skyldigheter och reagerar när det inte riktigt fungerar. Det är med stor lyhördhet, flexibilitet och respekt för oss som kollegor hon utför sitt uppdrag. Planerar vår ST gör vi däremot själva. Var vi skall randa oss – hur länge och när. Det är beslut vi själva måste ta i diskussion med vår handledare. Endast om behov finns, är hon där och petar i detaljer. För att kunna stämma av med vår planering och för att värdera vilka kunskaper som finns och vilka som saknas, har vi i Norrbotten skrivit in i alla ST-kontrakt att mitt-i-ST är obligatoriskt. Något att rekommendera till andra län och regioner!



Foto: Sanja Gjenaro

Vårdcentralen utgör basen i ST-läkarens utbildning och är givetvis av stor vikt för den blivande specialistens kompetensutveckling. Därför är det viktigt att man blir sedd just som ST-läkare med ST-läkarens speciella behov och förutsättningar. Här känner vi oss trygga med ett stort stöd från vårdcentralens ledning, våra kollegor och övriga yrkesgrupper. Det finns tid avsatt för studier och handledning varje vecka.Handledningstiden disponeras till allt ifrån diskussioner kring verksamhet och organisation till patientfall och frågor av mer filosofisk karaktär.

Vi har det bra! Vi har en stark kollegialitet, ett vanligtvis gott samarbete med våra sjukhuskollegor och en pågående dialog med primärvårdsledning och andra tjänstemän. Det är ingenting som har kommit gratis. Självklart är inte allt perfekt och det finns utrymme för både förbättring och förändring, men syftet med denna artikel är inte att peka på problemen. Till dig ST-läkare i landet skulle vi vilja säga – ta för dig! Tag ansvar för din utbildning och din utbildningsmiljö och kräv att bli respekterad i din yrkesroll. Skapa mötesplatser och forum för dialog med både yngre och äldre kollegor. Men kanske framför allt – fortsätt att vara nyfiken.

Madelene Andersson
ST-läkare Norr fjärdens Vc
Froken_andersson@hotmail.com

Sven Hagnerud
ST-läkare Norr fjärdens Vc
sven.hagnerud@gmail.com

Om Nordic Federation of General Practice och de nordiska kongresserna

Magnolian blommade. Det var i maj 2008 i Köpenhamn och den nordiska federationen för allmänmedicin (Nordic Federation of General Practice, NFGP) hade sitt årliga möte.

Två magnifika magnoliaträd stod intill Centrum för Helse- och Samfunnsvitenskaper i centrala Köpenhamn, där det Almenmedisinske Hus är beläget. I det Almenmedisinske hus, som är inrymt i ett gammalt mentalsjukhus, har man samlat de fackliga organisationerna för allmänmedicin, utvecklingsenheten samt den akademiska allmänmedicinska enheten. I anslutning ligger en universitetsklinik i allmänmedicin med sedvanlig mottagningsverksamhet.

Mötet pågick i tre dagar. Utöver gemensamma möten hade arbetsgrupperna kring SJHPC, de nordiska kongresserna och de vetenskapliga organisationerna egna möten.

De nordiska kongresserna

Kongresserna arrangeras av vart och ett av de nordiska länderna i särskild turordning. Arbetsgruppen för kongressarbetet var den största, med representanter från de nordiska ländernas vetenskapliga organisationer samt från Danmarks och

Nordic Federation of General Practice (NFGP)

Nordic Federation of General Practice eller Nordiska federationen för allmänmedicin är en paraplyorganisation som bildades för tre år sedan med syfte att förbättra samarbetet mellan de nordiska länderna. Organisationen ansvarar för Scandinavian Journal of General Practice (SJHPC), det fackliga samarbetet mellan SFAMs fyra systerorganisationer i de andra nordiska länderna samt verkar för att förbättra arbetet med de nordiska kongresserna i allmänmedicin. Nuvarande ordförande är Anna Stavdal, Norge.



Foto: Gunnar Brink

Norges kongresskommittéer. Danmark skall arrangera den kommande kongressen 13–16 maj 2009, Norge den närmast kommande (Tromsø, 14–16 juni 2011). Det blev ett ekonomiskt överskott från kongressen på Island och det överskottet går till NFGP.

Den danska kongresskommittén lämnade en fyllig rapport. Deras planläggning och organisation var utomordentligt god och redovisades i en systematisk översikt. De hade kommit långt i det vetenskapliga innehållet redan då, och nu är planerna än mer långt gångna och

registreringen pågår. Även i Tromsø har arbetet kommit en bra bit på väg. På tur efter Norge är Finland år 2013. Först år 2015 är det Sveriges tur att organisera en nordisk kongress, tio år efter den förra i Stockholm år 2005. Diskussionerna inom SFAM om vilken ort som skall hålla i arrangemangen har knappt börjat.

Till hjälp för kommande arrangemang hade man resultatet av en enkät gjord 2007 på Island. Praktiska tips finns numera att tillgå, som att det måste finnas bra kartor över kongressområdet!

” Språket har varit en annan het fråga, i själva verket den allra hetaste. Det finns en stor och stark falang i Norge som propagerar för skandinaviska som huvudspråk. Sedan år 2001 har det officiella språket på de Nordiska kongresserna varit engelska.

Vision och mål

Visionen för de nordiska kongresserna i allmänmedicin har beslutats av NFGP vid dess bildande 2005.

- Den övergripande visionen är att de nordiska kongresserna skall vara en framstående arena för att stimulera utveckling och nyskapande i primärvården med hänsyn till de nordiska välfärdssystemen.
- Till de mer närliggande målen hör att skapa gemenskap mellan allmänmedicinare och andra professionella inom primärvården.

De sociala arrangemangen fyller en stor funktion för att nå detta, genom att skapa en miljö att umgås och trivas i. Vetenskapligt skall kongresserna innehålla kliniska symposier, presentation av aktuell forskning samt ge tillfällen till kritisk reflektion. Dessutom skall det finnas programpunkter riktade särskilt till unga läkare.

Twisteämnen

Diskussionerna om kongresserna har under flera år varit heta om två frågor; sponsring och språk.

Frågan om sponsring från läkemedelsindustrin har varit uppe till diskussion vid varje årsmöte. Läkemedelsbolagen spelade en undanskymd roll vid kongressen på Island 2007. Bidrag förekom, men på det stora hela taget klarade man av hela ekonomin utan sponsring från industrin. Även Stockholmskongressen var i stort sett självförsörjande tack vare billiga lokaler och små kostnader för resor och inbjudna talare. Likaså torde kongressen i Köpenhamn klara sin ekonomi utan alltför mycket sponsring från privata fonder. Frågan om samarbete med läkemedelsindustrin har varit av principiell vikt i Norge och Sverige. Situationen i Finland är annorlunda,

delvis pga. en svag organisation och svag ekonomi.

Språket har varit en annan het fråga, i själva verket den allra hetaste. Det finns en stor och stark falang i Norge som propagerar för skandinaviska som huvudspråk. Sedan år 2001 har det officiella språket på de Nordiska kongresserna varit engelska. Det betyder att engelska gäller som kongressspråk, men att skandinaviska kan användas vid vissa aktiviteter. Förutom i Norge, så finns även i Danmark och Sverige de som förordar ett större skandinaviskt språkinslag eftersom många kollegor inte talar så bra engelska.

Om fokus är på det vetenskapliga, är det självklart att engelska är det språk som skall användas. För de andra två huvudpunkterna, kliniken och debatten, bör det finnas utrymme för det skandinaviska språket. Dock är det klart att utvecklingen i de nordiska länderna går mot att engelskan alltmer kommer att dominera. Så är redan situationen på Island och i Finland. Ett större skandinaviskt inslag kan då göra att många kollegor från dessa länder utesluts från att delta. Debatten om språket på kongressen fortsätter med flera inlägg. Den svenska inställningen har varit att engelska skall vara kongressspråket, men att inslag av skandinaviska ska kunna förekomma.

Gemensam logotyp

En mindre, men dock inte helt enkel fråga, var den om gemensam logotyp för de nordiska kongresserna. Nordiska federationen har en egen logotyp och sannolikt blir denna gemensam för alla kongresser i framtiden, men med lokala variationer.

Andra frågor som diskuterats i flera omgångar är kongressavgiftens storlek, för specialister respektive kollegor under utbildning samt för deltagare inom andra professioner.

Slutsats

Tiden går fort och snarare än vi anar så är det dags för Sverige att anordna kongressen 2015. Vem blir nästa kongressarrangör i Sverige? SFAM beslutar, men alla kan anmäla sig. Och fortsatt diskussion om tvisteämnena ovan välkomnas!



Monica Löfvander,

SFAMs representant i Nordiska federationen för allmänmedicin, sektionen för nordiska kongresser
Distriktsläkare, vårdcentralen Tisken, Falun
Docent, Centrum för klinisk forskning, Falun
monica.lofvander@ki.se

Invitation to Nordic Congress of General Practice

On behalf of The Danish College of General Practitioners
it is our pleasure to invite you to attend the 16th Nordic Congress
of General Practice in Copenhagen in May 2009.

**The future role of general practice
– managing multiple agendas**

Hemsida: www.gp2009cph.com

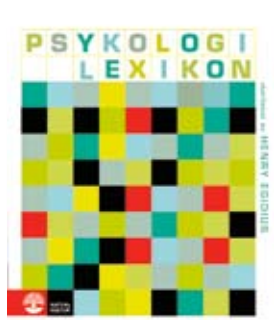
ANNONS

Gediget psykologilexikon i ny utgåva

Detta är inte en handbok i psykologi utan en uppslagsbok som man vänder sig till när man stöter på ord som normalt inte förklaras i psykologiska framställningar utan förutsätts vara bekanta för läsarna. Författaren tar hjälp av en stor skara granskare och experter, varav en tredjedel är läkare. I bokens början finns ett par sidor med uttalsanvisningar och i slutet en 75 sidor lång engelsk-svensk ordlista. Däremellan finner vi nästan 750 sidor med uppslagsord.

Vad kan du som allmänläkare ha för nytta av detta lexikon?

Jag provade att läsa om några psykologiska termer som jag haft svårt att hålla reda på: *Överföring och motöverföring*. Där står bland annat: "I nutida psykoanalys ser man motöverföring som något centralt i kommunikationen och relationen mellan analytikern och analysanden... Det uppstår en resonans i kommunikationen mellan analytikerns och analysandens omedvetna känslor, bilder



Psykologilexikon
utarbetat av Henry Egidius
Natur & Kultur, 4:e utgåvan
Tryckår 2008, 827 sidor

och tankar. Motöverföring måste etableras om en analytisk process ska komma till stånd. Dessa förändringar i uppfattning av överföring och motöverföring ligger väl i linje med nutida krav på patienters medverkan och delaktighet i vården."

Under läsning av detta hittar jag *Mo-*

zarteffekten. "Inverkan av Mozartmusik på spatialt tänkande. En grupp ungdomar som i tio minuter fick lyssna till en sonat av Mozart klarade ett spatialt test bättre än två kontrollgrupper."

Spatial betyder rumslig, spatialt test handlar om rumsliga relationer, att vrida och vända på figurer i teorin.

Så associerar jag vidare genom boken. Där finns också många namn, till exempel Sigmund Freud, Erich Fromm och Antonio Damasio, åtföljda av presentation av person och verk.

Varje ord har en engelsk term intill sig. Exempel *Sexuellt utnyttjande* Eng *sexual abuse*. På slutet sammanfattas denna idé med en engelsk-svensk ordlista.

Boken ger ett mycket gediget intryck och uppfyller väl de förväntningar namnet *Psykologilexikon* ger upphov till.

Gunilla Byström, VC Viken, Örnsköldsvik
gunilla.bystrom@planningtools.se

Medicinska mag- och tarmsjukdomar

"Medicinska mag- och tarmsjukdomar" är titeln på en bok från Studentlitteratur med Henry Nyhlin som redaktör. Det är en antologi med inalles 34 författare. Många, de allra flesta, välmeriterade gastroenterologer som sig bör. Men här finns även psykolog, radiolog och sjuksköterska representerade. I förordet konstateras att det är den första boken i detta ämne på svenska. En bok med samlad kunskap från gastroenterologin idag, skriver redaktören. Och man förväntar sig att den kommer att finna sin plats på kliniker och vårdcentraler runt om i landet.

Det är utifrån detta perspektiv som jag tar mig an läsningen. Och redan innan jag börjar, så kan jag förstå behovet av en uppslagsbok i ämnet. Behovet känns än mer naturligt sedan jag läst att var åttonde patient som söker mig och mina kollegor inom primärvården, har symptom från mag- och tarmkanalen. Det stämmer väl med min egen, mindre välgrundade uppfattning. Tidigt frågar jag mig om det i denna bok skall kunna finnas en hjälp med alla dessa diffusa besvär från mag- och tarmkanalen som ofta gör livet besvärligt för distriktsläkaren. Än besvärligare för



Medicinska mag- och tarmsjukdomar
Författare: Henry Nyhlin, redaktör
Förlag: Studentlitteratur
458 sidor, Utgivningsår: 2008
ISBN 9789144017112

patienten. Den senare fullmatad med svårupptäckta men livsfarliga Internet- och kvällstidningstumörer, bristtillstånd och allergier. Allt utifrån en blodfläck på pappret vid toalettbesöket, eller långdragna (två-tre dagar) med lösa avföringar efter semesterresan. Eller en god vän som plötsligt fått en tarmcancerdiagnos.

Jag betar av författare efter författare. Kapitel efter kapitel, trettiofem stycken blir det när jag är klar. Och, jovisst vapenarsenalen ökar, redskapslådan fylls. Jag får mer än väl den hjälp jag önskar och mer därtill. De flesta kapitel är inte mer än tio till femton sidor långa. Faktarutor och förtydligande bilder. Det är väl avvägt och jag tappar inte intresset mer än en gång när jag läser boken. Det är vid kapitlet om "immunologi och inflammatoriska mekanismer i tarmslemhinnan", det känns prekliniskt. Jag vet inte hur i all världen jag skall använda detta i min kontakt med patienten. Men det säger nog mer om mig, för detta kapitel liksom de andra är välskrivet och pedagogiskt genomtänkt. De stora sjukdomarna får sitt och nobelprisbakterien glöms inte bort eller hastas över. Fenomen som gas, förstoppning, illamående och kräkning behandlas med den respekt som de förtjänar, vilket överraskar och imponerar.

Det är nog ingenting jag saknar i denna bok. Alldeles särdeles bra tycker jag att valet av fotografier från endoskopier är. Vi har fått en uppslagsbok i gastroenterologi. Tack!

Hans Händel

ANNONS

Konsten att leva innerligt

Existentialism för den moderna människan

Vi är säkert många som under något steg av vår utbildning eller fortbildning fått ta del av det välkända citatet av den danske 1800-talsfilosofen Søren Kierkegaard:

*Om jag vill föra en människa
mot ett bestämt mål
måste jag först finna honom
där han 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 han gör,
men först och främst
förstå det han förstår.*

*Om jag inte kan det,
så hjälper det inte
att jag kan och vet mycket mer.*

*Vill jag ändå visa
hur mycket jag kan,
så beror det på att jag är fåfäng och
högmodig
och egentligen vill bli beundrad av den
andre
istället för att hjälpa honom.*

Säkerligen är vi också många som burit med oss budskapet, vårdat det och förmedlat det vidare till studenter eller utbildningsläkare. Kanske har vi också tänkt att Kierkegaard borde man läsa mer av, lära sig mer om. Så bra då, att har kommit en bok om Kierkegaard och existentialismen. Eller?

I *Konsten att leva innerligt Existentialism för den moderna människan* försiggår ett samtal mellan författarna Ted Harris och Ann Lagerström om Kierkegaard, om hans texter, hans liv och om hur vi kan



Konsten att leva innerligt
Existentialism för den moderna människan
Författare: Ted Harris, Ann Lagerström
Förlag: Wahlström & Widstrand
Utgiven: 200809, sidantal:182
ISBN10: 9146219188
ISBN13: 9789146219187

Foto: Ester Sorri



Ted Harris och Ann Lagerström

applicera hans tankar i vår tid, på vårt sätt att leva idag. Ted Harris är präst och Kierkegaard-kännare, Ann Lagerström skribent och föreläsare.

Texten är informellt upplagd som ett samtal mellan den som skriver och Søren Kierkegaard, i boken bara kallad Søren. Tyvärr blir det nästan väl informellt och oklart, i alla fall för min smak. Det är svårt att förstå när texten verkligen handlar om Kierkegaard och hans tankar eller när den handlar om författarens egna reflektioner och associationer. Dessutom är det inte alldeles enkelt att lista ut vem av de två författarna som skriver och vilken roll den andra i så fall har. Stilgreppet faller litet på eget rep. En kort levnadsbeskrivning görs, vi får följa Kierkegaard på promenader och droskturer i Köpenhamn, vara med om inköp av hattar och gardinuppsättningar, avsmaka goda luncher och cigarrer. Detta är trevligt. Vi blir också kort introducerade i hans texter och teser. Om sinnlighet, innerlighet och andlighet, om betydelsen eller nödvändigheten att vara sökande, att leta efter sitt sanna jag, autenticiteten. Om förmågan att vara passionerad som en förutsättning för att finna meningen med livet, om det fria valet, om att våga handla. Vi får många Kierkegaard-citat till livs, som:

”De flesta människor rusar så blint efter njutningen att de rusar förbi den.”

”Innerlighet är att vara närvarande i sig själv.”

”Valet i sig är avgörande för personlighetens innehåll, genom valet fördjupas hon, och när hon inte väljer, förtvinar hon.”

”Ty det stora är inte att vara det eller det andra utan att vara sig själv, och det förmår varenda människa som vill det.”

Sammanfattningsvis kan sägas att nyfikenheten på Kierkegaard finns kvar efter läsningen eller är kanske än större. En litteraturlista på hans egna verk presenteras i slutet av boken. Det är bara att hugga in!

Tina Nyström Rönnås

ANNONS

SFAMs nya fortbildningsråd satsar på FQ-grupper

Den 15 maj beslutade SFAM:s styrelse att förnya fortbildningsrådet enligt ett styrdokument som en arbetsgrupp hade arbetat fram under våren. Undertecknad utsågs till ordförande med uppgift att rekrytera ytterligare åtta medlemmar till rådet.

Iett fortbildningsråd bör det rimligen ingå personer med erfarenhet av fortbildning, men minst lika viktigt borde det vara att rekrytera ST-läkare och nyblivna allmänmedicinare. Vidare bör det i rådet finnas anknytning till allmänmedicinsk forskning och kvalitetsarbete. Ett annat krav är en genusmässig och geografisk fördelning.

Vilka personer blev det? Ordföranden, med hemort i Falkenberg, hade uppdrag som fortbildningssamordnare för SFAM under slutet av 90-talet och arbetade under åren 2002–2007 för Fammi. *Anna-Karin Svensson*, SFAMs fackliga sekreterare och ordförande i lokalföreningen i Gävleborg, ingick i den arbetsgrupp som tog fram rådets styrdokument. *Meta Wiborgh* jobbar på Bergnästets vårdcentral i Luleå, har tidigare varit SFAM-ordförande och leder nätverket för fortbildningssamordnare. *Helene Ekström* är disputerad allmänmedicinare och delar sin tid mellan distriktsläkararbete på Alvesta Vårdcentral och forskning på FoU-centrum i Växjö. *Anders Hansson*, verksam i Fyrbodal som studierektor och fortbildningsansvarig, försvarar i slutet av november sin avhandling. *Maria Wolf*, som nyligen avslutat sin ST och arbetar på Salems vårdcentral i Stockholm, har varit anställd på Fammi där hon startade NäSTa, nätverket för ST-läkare, och är nu engagerad i riskbruksprojektet. *Jana Risk* blev färdig specialist i maj 2008, arbetar på Lugnviks hälsocentral i Östersund, är medlem i SFAM-Z och fortbildningssamordnare i Jämtland. *Cecilia Palmlund* är nybliven specialist i allmänmedicin med UGL-utbildning i bagaget, är fortbildningskoordinator i Skåne och arbetar på Näsby vårdcentral i Kristianstad. *Clemens Finckh* jobbar som



Gösta Eliasson



Anna-Karin Svensson



Meta Wiborgh



Helene Ekström



Anders Hansson



Maria Wolf



Cecilia Palmlund



Clemens Finckh

ST-läkare på vårdcentralen i Gnosjö, är NäSTa-representant och engagerad i ST-utbildningen i Jönköpings län.

Vad vill fortbildningsrådet åstadkomma?

Sammanfattningsvis kan man säga att rådet det närmaste året kommer att satsa på utveckling av de kollegiala grupperna. Den kollegiala dialogen är viktig men verkar vara på väg att marginaliseras. Vi kommer därför att vara pådrivande när det gäller utvecklingen av FQ- och Balintgrupper, gruppleddarutbildningar och framtagandet av nya studiebreve. Målet är högt ställt: det skall vid halvårsskiftet 2009 finnas minst en kollegial grupp inom varje studierektorsområde. För den som vill veta mer om uppgifterna för rådet finns ett styrdokument att läsa på SFAMs hemsida.

Hur ska det gå till? Rådet kommer under 2009 att arrangera FQ-gruppleddarutbildningar, ge möjligheter för kollegor att pröva på FQ-grupp vid konferenser och möten, ta initiativ till nya studiebreve och ge stimulans och stöd till fortbildningssamordnare och lokalföreningar. Vi kommer också att främja den lokala fortbildningen genom att samla och sprida kunskaper, idéer och erfarenheter, bland

annat genom att publicera existerande dokument för fortbildningsstrukturer.

Varför är det viktigt med ett fortbildningsråd?

Den allmänmedicinska vardagen innebär ensamarbete i en verklighet full av oväntade problem. Behoven av att förnya och utveckla påståendekunskap, färdighet och förtroghetskunskap är ständigt närvarande, men hindren är många, inte minst tidsmässigt, och risken finns att vi med tiden förlorar vårt engagemang.

Ett fortbildningsråd kan tydliggöra behov, stödja de krafter som verkar lokalt för bättre fortbildning och driva fortbildningsfrågorna nationellt. Rådets uppfattning är att behoven av fortbildning skiljer sig från individ till individ och att fortbildning kan innefatta allt från litteraturläsning, kurser, föreläsningar och kvalitetsarbete till mindre forskningsprojekt. Det allra viktigaste är emellertid att få möjlighet att lära av patientmöten och av kollegor genom att reflektera över vardagsarbetet. Därför har vi bestämt att under 2009 kraftsamla runt den kollegiala dialogen.

Gösta Eliasson

Ordförande SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.a.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@bredband.net

Läkemedelsterapirådet

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

Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Madelene Andersson
froken_andersson@hotmail.com

Utbildningsrådet

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

Hemsjukvård

Sonja Modin
sonja.modin@sl.se

Forskningsrådet

Malin André
malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin

Jonas Sjögren, 070-679 92 83
jonas.sjogren@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@sl.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.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Viktoria Thiger
viktoria.thiger@telgeakuten.se

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

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

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Diplomerade allmänläkare

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

Etiskt filosofiskt nätverk

Madelene Andersson
Froken_andersson@hotmail.com

Gastroprima – för mag-

tarmintresserade 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
marialutkekan@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.vss.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

Euract

Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip

Per Stenström & Birgitta Danielsson

Nordic Federation of General

Practice/ApS

Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBORG

Bertil Hagström
Bertil.hagstrom@telia.com

SKARBORG*

Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli

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

Beställningstalong

Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

Ja! Jag vill prenumerera på tidskriften AllmänMedicin! Pris: 450 kr
(OBS! Priset gäller endast för tidskriften) Sätt kryss i rutan ☐

Jag vill istället bli medlem i SFAM – vilket inkluderar tidskrifterna AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care inklusive supplement.

Pris: 1 200 kr för heltidsverksamma läkare,
600 kr för ST-läkare och pensionärer.

Sätt kryss i rutan ☐

Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal ☐

Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal ☐

Supplement 1/02

"Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal ☐

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare

– specialistexamensuppsatser 1997–2002"

Antal ☐

Pris: 50 kr (inklusive moms) + porto/supplement

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

Skicka din beställning till SFAMs kansli,

Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.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@ki.se

Redaktion

Anders Lundqvist, chefredaktör t.o.m.
20081231

Vårdcentralen Viken, 891 89 Örnsköldsvik
070-234 26 36, anders.lundqvist@lvn.se

Staffan Olsson, redaktör

Brahehälsan, Löberöd

0413-54 58 50,

staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör

Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnås, adjungerad

redaktör, distriktsläkare, Sthlm

tina.ronnas@sjostaden.nu

Hans Händel, adjungerad redaktör

handel.hans@telia.com

Katarina Liliequist, illustratör

Herrestads vårdcentral, Uddevalla

katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
Gunnar Brink
Box 29, 450 71 Fjällbacka
0525-323 52, fax 0525-329 29
gunnar@mediahuset.se

Annonser

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

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2009

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

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Om hyrläkare och nomader

Jag träffar många patienter från Somalia på Vårdcentralen. Flera av de äldre har i sitt hemland varit nomader. De har vandrat med sin boskap genom landet i jakt på vatten och bete. Utan sin boskap kan nomaderna inte överleva. Ensamma, utan får, getter och kameler, vore de intet. Från sina djur hämtar de sin styrka och sin förmåga att överleva.

"Kanske får vi snart se hyrläkare på europeisk basis, som flyger mellan metropolerna i jakt på häftiga, värlönlade uppdrag."

Jag tänker på dessa människor då jag läser krönikan "Läkaren som nomad" i *AllmänMedicin* nr 4, 2008. Den läkare som här tonar fram är den rotlöse, över landet jagande. Men, till skillnad från den verkliga nomaden, är denne läkare ensam. Han hyr ut sina tjänster en tid och drar sedan vidare. Han lämnar sina patienter bakom sig. Då nya anbud lockar, kanske bättre än det senaste, går färden vidare. Några månader här, några veckor där.

Det kan säkert vara en behaglig tillvaro på flera sätt. Fint betalt, nya människor och miljöer hela tiden.

Men var det detta som var meningen med att utbilda distriktsläkare? Att "vandra mellan tidsbegränsade uppdrag"? Det kanske kan finnas en plats för detta på renodlade jourmottagningar, men att under några veckor ansvara för en vanlig mottagning och sedan bara försvinna? För patienten blir detta förvirrande, jag har hört många som undrar:

– Vart tog den läkaren vägen?

För doktorn blir det ganska bekvämt. Man kan ju dra iväg utan att engagera sig i hur det gick. Och lämna alla provsvar och vidare utredningar till de ordinarie kollegorna att brottas med.

På ett vis stämmer hyrläkartanken med samtidsandan. Fragmenteringen av mänskliga kontakter, hastiga möten, yta hellre än djup, snabba transporter till nya upplevelser. Konkurrenten och uppsplittring i yrkesgrupperna. Kanske får vi snart se hyrläkare på europeisk basis, som flyger mellan metropolerna i jakt på häftiga, värlönlade uppdrag.

Men kontinuiteten, då? Att bygga förtroende och tillit? Gammalt romantiskt tjafs?

– Måste jag nu berätta min historia ytterligare en gång? säger den femtioåriga kvinnan i stolen framför mig.

Nomaderna drar vidare genom öknen med sina familjer och sina djur. Det är ett ganska hårt och slit-samt liv. Många försöker sabotera det de bygger upp. Men då och då kommer en oas, de gröna palmerna vajar i vinden och alla dricker tillsammans det klara, kyliga vattnet, sinsemellan småpratande. Högt uppe i luften flyger en ensam hyrläkare, på väg mot nya uppdrag.



Foto: Rolf Olsson

Kristian Svenberg

Lärjedalens Vårdcentral, Göteborg.
kristian.svenberg@vgregion.se

2008

December

Modern ortopedisk medicin

29 dec 2008–12 jan 2009

Kerala, Indien.

Kursledare: Ulf Måwe och Johan Lindström.

Föreläsare: Ingmar Söderlund och Björn Aasa.

Kursinformation, kursinnehåll, anmälan och kontaktuppgifter se: www.langtbortlara.se

2009

Januari

"Vecka-3-kurs"

12–14 jan. Wiks slott, nära Uppsala.

Träning i värdering av allmänmedicinsk kompetens för examinering i specialistexamen, mitt-i-st-värderare, studierektorer, handledare. Närmare information på www.sfam.se

Norrländska läkemedelsdagar

27–28 jan 2009. Folkets Hus Umeå

Alliance for Continuing Medical Education Conference

28–31 Jan 2009, San Francisco, USA
The 34th Annual Conference of the Alliance for Continuing Medical Education will be held from 28–31 January 2009 at the San Francisco Marriott, in San Francisco, California. The theme is 'Elevating the Profession and Practice of Continuing Medical Education: Professional Challenges in the 21st Century'. For more information please visit www.acme-assn.org

Februari

Mötet i hemmet

5–6 feb. Arrangeras av SFAMs hemsjukvårdsråd i samarbete med de andra professioner som driver hemsjukvård.

Mars

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 whiplashskada

30 mars 2009,

Plats: Hotell Hilton Stockholm

Internationell och nationell konferens om samlad evidens samt behandlingsrekommendationer för patienter med whiplashskada. Konferensen ger en grundlig genomgång av behandling och sjukskrivningsrekommendationer,

samt kring vilka krav försäkringsbolagen har på undersökningar och dokumentation. För fullständigt program se www.stgoran.se/wad

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

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

Studierektersmöte i Göteborg

7–8 maj i Göteborg. Kontaktperson:

karin.hed@vgregion.se

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, Kalygnos, Grekland.

Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Kontaktperson: Jan-Helge Larsen, jhl@dadlnet.dk

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.



Kursdoktors utbud av kurser tom hösten 2008 är granskade och godkända enligt SFAMs kriterier och anvisningar 2004. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu