

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2007 ÅRGÅNG 28



En professors utmaning /sid 5

Kompetensvärdering – vem värderar kompetens?/sid 16 • **Diabeteskongress i Kapstaden**/sid 23

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



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.

Frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink gunnar@mediahuset.se Tel 0525-323 52

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Philani-projektet i Khayelitsha. Jan Stålhammar fortsätter att rapportera från Sydafrika.

Dags för ett eget institut för kompetensutveckling! Mogens Hey reflekterar.

Allmänmedicin, Steinar Hunskaar recenseras av Eva de Fine Licht.

Omslagsfoto: Jan Stålhammar

3 Ledare

Tunnan läcker – ös i mer vatten!
Staffan Olsson

5 Vetenskap & Utveckling

Utmaning för nybliven professor
Carl Edvard Rudebeck

9 ST-uppsats

Att förebygga hjärt-kärlsjukdom
Josabeth Hultberg

13 Fortbildning

Fortbildning för allmänläkare i FyrBoDal
Anders Hansson

15 Notis

Velkommen til alverdens kongresser
Allan Pelch

16 ST-dagar

Världen krymper – perspektiven växer
Petra Rudberg

17 Utbildning

Varsågod... NÄSTA!
Petra Rudberg

Allmänmedicinskt arbetssätt på Vårdcentralens mottagning – några personliga reflexioner – *Gunnar Axelsson*

20 Recension

Bra kursbok i praktisk geriatrik
Roland Morgell

21 Kongress

Allmänläkardagarna – en viktig fortbildnings- och mötesplats
Elisabeth Bondeson
IDF 2006, Kapstaden – mångfald och stora kontraster
Jan Stålhammar

27 Debatt

Kompetensvärdering – vem värderar kompetens?
Ulf Måwe, Robert Svartholm

27 Praktik

Nyårskryssning i Karibien – *Börje Löfgren*
Patienten har alltid rätt? – *Bengt Järhult*

31 Recension

Politisk ekonomi från ett kliniskt perspektiv
Anders Jeppsson

32 Notiser

33 SFAM informerar

Nygammalt etiskt-filosofiskt nätverk får åter luft under vingarna – *Madelene Andersson*
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Energislukande problematik
Tina Nyström Rönnås

”Allmänmedicinen är en del av medicinen men det är också en primär kunskapsfront om det mänskliga, som borde ha en lång räckvidd ut i samhället och kulturen.”

Nyblivne professorn Carl Edvard Rudebeck har nedtecknat sina allmänmedicinska ståndpunkter. Sidan 5



Petra Rudberg delar med sig av sina intryck från ST-dagarna i Jönköping. Sidan 16



Jan Stålhammar lämnar rapport från diabeteskongress i Kapstaden. Sidan 23



Boken *The political economy of health care – a clinical perspective* recenseras av Anders Jeppsson. Sidan 31

ANNONS

Tunnan läcker – ös i mer vatten!

Trots allt fagert tal om satsningar på primärvården och nationella handlingsplanens rimliga mål om en allmänläkare per 1500 invånare är det långt mellan vision och verklighet. Sveriges Kommuner och Landsting försäkrar att läget är gott, rekryteringarna inom och utom landet går som smort, och allt går enligt den övergripande planen. Sitt still i båten och tag nya tag med årorna, med andra ord!

Båtmetaforen är inte helt lyckad om man skall försöka sig på en bildlig beskrivning av läget i den svenska primärvårdsarkipelagen. Kanske är det bättre att likna det vid en vacker ek-tunna. Här finns ett tydligt och lovan- de tillflöde, helt enligt SKL:s beskriv- ning, men det verkar sämre bevänt med tätningen mellan plankorna och botten verkar rätt murken.

SKL verkar koncentrera sig på utlands- rekryteringar, kräva fler platser på lä- karlinjen och att på olika sätt hindra att landstingen bjuder över varandra för att locka allmänläkare. Om de läkare som redan finns i verksamheten trivs, ut- vecklas och därmed lockar nya kollegor verkar inte stå högt på dagordningen. Tunnan läcker – ös i mer vatten!

Från alliansen handlade det under valrörelsen om slagord som valfrihet och tillgänglighet. En helt ny grupp i vården lanseras, vårdlotsarna. Allian- sen verkar vara positiv till ett begränsat uppdrag liknande fastelegeordningen, men samtidigt saknas det en grundläg- gande förståelse för allmänmedicinens särart. Man vill ha fler organ- och äl- derspecialister i första linjens sjukvård, kanske för att möta en upplevd för- väntan från allmänheten. I det avseen- det kan man fråga sig vilka alternativ

allmänheten har att förhålla sig till: en haltande primärvård eller en primär- vård kompletterad med organspecialis- ter för att försöka kompensera en del av bristerna. Det tredje alternativet, en välfungerande och välbemannad pri- märvård där alla kan lista sig till en spe- cialist i allmänmedicin, har få varken upplevt eller har några tydliga visioner om.

Maktskiften till förmån för alliansen i många landsting kommer innebära renodling av primärvården till pri- vata, entreprenörsdrivna enheter. Det trivs säkert många allmänläkare med, och för professionen och våra patien- ter kommer det säkert ge fördelar. Alla vill dock inte vara entreprenörer eller arbeta för landstingslika storfö- retag som Carema och Catio. En del av ideologiska skäl, andra av oro för hur driftsformen påverkar priorite- ringar i vardagsarbetet och utrymme för vidareutbildning och forskning. Andra alternativ, oavsett vad majorite- ten allmänläkare tycker, bör finnas. I många länder med dominerande inslag av privat driven vård finns det många och sinsemellan väldigt olika utforma- de *non-profit-organisationer*. På ordbyte gör Jan-Eric Olsson från Stockholm reklam för ett förslag i den riktning- en – ett vårdetiskt sällskap som utan vinstsyfte skulle verka för att överskot- tet i verksamheten skulle gå till olika välgörande ändamål, till exempel ett allmänmedicinskt utbildningscentrum.

En sådan variation i driftsformerna skulle säkert bädda för att fler skulle kunna trivas, blomma och locka fler till vår fantastiska specialitet. Motpoler i båda riktningarna, landstingsdriven underfinansierad, felorganiserad och underbemannad "chimärvård" respek- tive en alltför hårt driven privatisering

utan att man säkerställer de huma- nistiska värdena i allmänmedicinen kommer bara leda till en sak – tunnan läcker allt mer, tills det bara återstår en liten skvätt på botten – som skall mätta en allt större törst.

Till slut kan man konstatera att det inte längre verkar självklart att det skall vara generalister, eller ens läkare som fast kontakt i första linjens sjukvård. Ansvarskommitténs förslag är att andra än allmänmedicinare skall kunna vara fast läkarkontakt i primärvård. Redan en vecka efter att det presenterades gör sjukgymnaster, sjuksköterskor och psykologer gemensam sak och kräver att det inte längre skall vara självklart att det är en läkare som är fast kontakt. Förslaget verkar inte vara helt färdigt i sina detaljer, och har lyckligtvis fått mothugg från läkarförbundet. Dessvär- re verkar sjukhusläkarföreningen i en helt annan riktning.

Det är dags att diskutera vad som verk- ligen är kärnan i vår verksamhet. Är det teamarbetet, organisationen och att varje yrkesgrupp skall få sin del av processen, eller är det helt enkelt mötet mellan i första hand läkare och patient som är vår kärnverksamhet?



Staffan Olsson
redaktör

Foto: Carolina Olsson

ANNONS



I betoningen av kunskapen framför bildningen framhävs läkaren som kunskapsperson och tekniker. Humanismen är här i första hand ett emblem.

Det som då har förlorats ur sikte är att medicinen i grunden är ett moraliskt projekt. Läkaren bör kunna erbjuda sin uppmärksamhet och handlingsberedskap inför den som lider, sin närvaro inför den utsatthet alla patienter har i mötet samt söka ett erkännande av patienten som person, bortom varje reservation. Moralen bär relationen. Kunskapen, i sin tur, får sin bärighet inuti relationen. Kunskapen kan tillämpas eller inte tillämpas. Moralen kan aldrig sättas åsido. Förhållandet mellan moral och kunskap handlar inte om balans, utan om vad som kommer först och vad som kommer sedan.

De grundläggande moraliska drivkrafterna finns naturligt inom människan. De är inte utan konkurrens, men just konflikterna och motsägelsefullheten säger ju oss att moralen faktiskt lever. Den hade ju inte behövts om tillvaron var i alla avseenden välvillig. Relationen till medmänniskan – den andra – är en grundläggande erfarenhet. Kanske är den den allra mest grundläggande. Moralreglerna är en formalisering och en socialisering av det mellanmänniska. De bär inte, om de inte redan bärs inom individen som spontanitet och övertygelse.

När etiken marginaliseras blir relationen till patienten i stor utsträckning en kunskaps- och teknisk relation. Här blir patientens roll att i symptom och behandlingsförlopp bekräfta den medicinska teorin och precisionen. Läkaren får huvudrollen men berövas i samma stund på sin moraliska kompass. Patienten löper risken att bli utsatt för okänsliga eller överdrivna interventioner. Detta gäller såväl i enskilda fall som på populationsnivå.

Att stärka etikens ställning i medicinen är i första hand ett inre projekt som

handlar om att ge ett odlade utrymme för den moraliska vilja och talang som naturligt finns hos läkare och blivande läkare. Medicinen behöver få sin plats och uttolkning i livsvärlden. Både etiken och kroppsligheten skulle då få nya innebörder, inte som tillägg, utan som själva grunden i läkarens uppdrag.

Om forskningen och kunskapsutvecklingen i allmänmedicinen

Allmänmedicinens djupkunskap, eller åtminstone dess möjliga djupkunskap, är människan när hon inte mår bra. Vi kan kalla detta individperspektivet och det utgår från skärningspunkten mellan individen som medicinskt fall och som kroppslig existens. Här är allmänläkaren expert om han eller hon tar möjligheten att reflektera i vardagen och låter sig lära av sina patienter och alla möten med dem. Den kroppsliga existensen är den gemensamma nämnaren för dessa möten. Här finns ett begränsat antal teman som ofta återkommer och som allmänläkaren blir mycket förtrogen med. Några är dessa: Smärta, utsatthet, oro, trötthet, sorg, kroppslig förändring och utveckling, kroppen som förmåga, som relation, som behag, som tillit, som meningslöshet, som hot, som plåga, som död. Hela tiden finns upplevelser och gestalter som associerar till dessa teman och som fogar sig på ett självklart sätt till referensramen. Illabefinnande utan sjukdom – diffuse plager – uttolkas bäst inom individperspektivet.

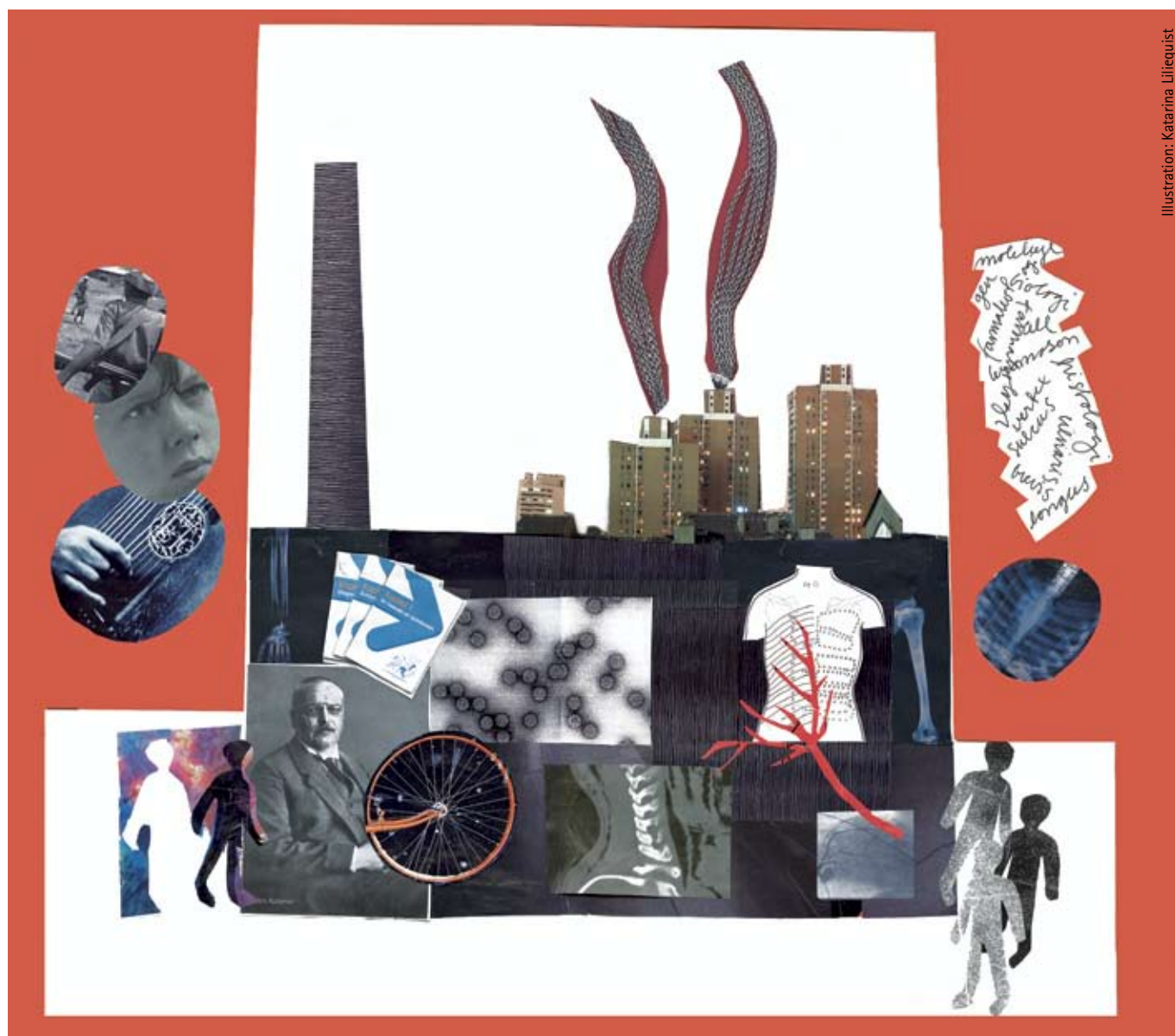
Allmänmedicinens breddkunskap är i första hand kunskapen om de många sjukdomarnas epidemiologi, diagnostik och behandling och tillämpningen av dem på primärvårdsnivå. Det handlar om praktisk biomedicin. De två kunskapsdimensionerna förutsätter ömsesidigt varandra. Bredden i den senare

ger djupet i den första. Människan framträder i mängden och olikheten av kontakterna. Det tillfälliga blir tillfälligt och tunnas ut samtidigt som det grundläggande och livsviktiga så småningom talar av egen kraft.

Forskningen inom allmänmedicinen domineras av sjukdomarna. Här finns kraften av den biomedicinska traditionen både när det gäller metoder och ekonomi. Allt fler patientgrupper behandlas i primärvården, och behandlingsgränser för i första hand kardiovaskulära riskmarkörer föreslås till allt lägre nivåer. Men här finns också en kritisk allmänmedicinsk opinion som vill begränsa och etiskt precisera medicinens territorium. Riktningen skulle kunna kallas kritisk epidemiologi.

Individperspektivet röner ett växande intresse. I jämförelse med andra specialiteter publiceras många kvalitativa arbeten. Med ganska få undantag är metodtraditionen inom den kvalitativa forskningen eklektisk. Det är inte självklart att ansatser som utvecklats inom sociologi, antropologi och psykologi i alla avseenden täcker den allmänmedicinska forskarens behov. Allmänmedicinens speciella förutsättningar manar också till metodförnyelse. Den skulle då framträda som en självständig humanvetenskaplig disciplin som i sin praktik är understödd av biomedicinen.

Forskningen om kommunikationen mellan läkare och patient, och om effekter av ett patientcentrerat förhållningsätt på psykologiska och biologiska resultatparametrar är också omfattande. I kommunikationsforskningen finns dock en tendens att anlägga ett instrumentellt perspektiv. Kommunikationen blir mer metod och teknik än relation, ibland som en tävlan med biomedicinska interventioner. Det finns anledning att studera



interaktionen förutsättningslöst, utan blickar på outcome. Här finns intressanta exempel, inte minst från Norge.

Det allmänmedicinska konsultationsrummet är en unik mötesplats. Allmänläkaren talar med och undersöker sin patient. Samtidigt undersöker han eller hon sin samtid och människans villkor i denna och hur dessa villkor kommer till uttryck i patientens kropp och existens. Där finns tidsbundet och tidlöst och där finns alltid mycket mer än det som uttalas och förstås. Allmänmedicinen är en del av medicinen men det är också en primär kunskapsfront om det mänskliga, som borde ha en lång räckvidd ut i samhället och kulturen.

Kunskaper och bildning

Utbildning handlar om att förmedla kunskaper som behövs i studenternas framtida läkaryrke men det handlar också om att understödja personens utveckling så att den framtida yrkesrollen kan bäras på ett moget och konstruktivt sätt. Detta andra utbildningsmål ansluter till den klassiska bildningsidén. Även om mycket har hänt inom läkarutbildningen internationellt, vill jag påstå att utbildningen väger alltför tungt i förhållande till bildningen. I utbildningen är kunskapen huvudpersonen. Den distribueras enligt pedagogisk logistik till att härbärgas i studenternas intellekt och handlingsberedskap. Utmaningen

för dem som administrerar utbildningen är hur den stora och dynamiska kunskapsmassan, från grundvetenskaperna till deras kliniska tillämpningar, ska fördelas ämnesvis i tidsmoduler och i ett målstyrt tidsperspektiv fram mot examen. I utbildningsmodellen är den personliga yrkesrollen ett specialämne; ett möjligt bolster mellan laborationer och naturvetenskapliga tentamina. Dock finns naturligtvis ingen neutralitet, när det gäller yrkesrollen. Varje curriculum förmedlar uttalat eller outtalat en sådan. I betoningen av kunskapen framför bildningen framhävs läkaren som kunskapsperson och tekniker. Humanismen är här i första hand ett emblem. ►►

Bildningen utgår från studentens inneboende förmågor och erfarenheter. Det är människan som ska utvecklas och förberedas. "Förädlas" var det gamla begreppet. I läkarutbildningen innebär detta att studenten från första början har viktiga tillgångar med sig, och att de kommer att fortsätta att vara viktiga genom hela karriären. Utan dessa tillgångar finns ingen läkare. Utan det råa finns inte det förädlade. Studenten har sin bakgrund i familjen, samhället och kulturen och sin kroppslighet som mer är erfarenhet och upplevelse än kunskap. Han eller hon har också sitt grundlagda intresse för människan, både som medmänniska och som fenomen. Utmaningen för bildaren är att erkänna dessa viktiga erfarenheter och drivkrafter i undervisningens alla delar. Studenten flyttar till universitetsorten med sina personliga tillhörigheter men också med sin livsvärld. Det är den som kan utvecklas, nyanseras och berikas så att den så småningom kommer att inrymma de

teoretiska kunskapernas praktiska möjligheter i läkargärningen. Det är bara på detta sätt läkarutbildningen kan bidra till att naturvetenskapen får sin plats i det mellanmänniska. Sätts livsvärlden inom parentes genom att studenterna överges som personer, får den teoretiska abstraktionens distans alltför ofta sin motsvarighet i läkarens distanserade sinne inför patienten. Som medicinens "livsvärldsspecialitet" par préférence menar jag att allmänmedicinen bör vara den viktigaste mötesplatsen mellan människa och teori i läkarutbildningen.

Utmaningen är dock stor. Kunskaps- tillväxten, abstraktionen och specialismen är starka krafter. Att tematisera det allra mest näraliggande och självklara blir lätt trevande, obegripligt och kanske till och med generande. "Detta har vi inte tid med" blir i så fall studenternas obarmhärtiga utvärdering. Finurligheten måste vara att hjälpa dem att upptäcka att det som de själva bär inom sig är intressant, och att deras starka nyfikenhet

inte bara är till för att stillas med kunskaper utan också bör odlas som en genuin förundran inför patienten som person. Den blivande läkarens bildningsgång bör därför stakas ut som en dialog med studenterna från första stund. Det jag förordar är inte ett opportunistiskt demokratiprojekt, utan en form av vägvisning som blir möjlig när läraren berikats av studenternas erfarenheter och tankar.



Foto: Anders Lundqvist

Carl Edvard Rudebeck
professor i allmänmedicin Tromsø, Norge
CarlEdvardR@LTKALMAR.SE

ANNONS

Att förebygga hjärt-kärlsjukdom

– läkarens förhållningssätt till läkemedelsordinationen

Hur gör du när du skriver ut en ny medicin? Hur förhåller du dig till ordination av läkemedel mot riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom? Detta diskuterades i en fokusgrupp med läkarna vid en vårdcentral. Samtalet analyserades för att undersöka allmänläkarnas förhållningssätt till läkemedelsordinationen.

Introduktion

En rationell läkemedelsförskrivning och noggranna ordinationer enligt vårdprogram och riktlinjer leder bara till önskat resultat om patienterna följer ordinationerna. Samtidigt finns det samstämmiga rapporter om den låga följsamheten till ordinationer av läkemedel för långtidsbruk [1,2,3].

Begreppet samsyn, eller concordance i internationell litteratur, har introducerats för att beskriva ett arbetssätt som skulle kunna främja följsamheten genom att patientens delaktighet och inflytande ökar vid val av behandling [4]. Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen skall läkare och patient i samråd besluta om vård och behandling [5]. Den patientcentrerade kliniska modellen innebär bl.a. att läkaren tillsammans med patienten försöker hitta en gemensam plattform för hur ett problem ska betraktas och hanteras [6]. Samråd och ömsesidigt utbyte av information mellan läkare och patient gynnar följsamheten till ordinationer, medan en auktoritär läkarstil liksom information som upplevs oklar eller otillräcklig missgynnar följsamheten enligt SBU-rapporten *Patient-läkarrelationen – läkekonst på vetenskaplig grund* [7]. I samma rapport konstateras att man vid en granskning av litteraturen om följsamhet till blodtryckssänkande behandling nästan inte hittat någon dokumentation av hur beslutet om ordination tagits och om hur uppföljningen av medicineringen gått till.

Vidgade indikationer för förebyggande av åderförkalkningssjukdomar har

lett till att risktillstånd kan identifieras i stora grupper av friska människor [8]. Konsekvenserna av det är inte klarlagda, men är föremål för debatt och forskning [9,10].

De senaste rekommendationerna från läkemedelsverket om prevention av hjärt-kärlsjukdomar, som innebär att en riskprognos ska utgöra indikation för hjärt-kärlpreventiv läkemedelsbehandling ökar ytterligare behovet av kunskap om hur samsyn mellan förskrivare och patient om läkemedelsbehandling etableras [11].

Syfte

Syftet med undersökningen var att studera förhållningssätten till ordinationen av läkemedel bland läkare på en vårdcentral.

Material och metod

En fokusgruppdiskussion genomfördes hösten 2004 med 7 läkare på Åby vårdcentral i Östergötland. Samtalet ägde rum vid ett tillfälle och varade totalt ca 3 timmar. Två kvinnor och fem män deltog. Av dem var fem specialister i allmänmedicin med 5–21 år i specialiteten, en ST-läkare med något års erfarenhet efter legitimation och en AT-läkare. Författaren deltog som observatör, och var inte aktiv i diskussionen. Handedaren medverkade som samtalsledare.

Utgångspunkt för diskussionen var en redovisning av följsamhetsdata från en egen lokal undersökning av receptuthämtning av läkemedel för hjärt-kärlprevention. Några frågor formulerades i förväg för att hålla diskussionen inom det avsedda ämnesområdet, och fanns hos samtalsledaren, se ruta 1. Det mesta berördes spontant under samtals gång, frågorna användes endast vid något enstaka tillfälle för att säkerställa att diskussionen berörde hela området. Större delen av samtalet fördes med utgångspunkt från långtidsbehandling för prevention av hjärt-kärlsjukdom. Sam-



Josabeth Hultberg

talsledaren säkerställde att alla deltagare kom till tals och att ingen dominerade diskussionen.

Hela diskussionen spelades in på band och skrevs ned ordagrant. En innehållsanalys [12] av textmaterialet genomfördes, med identifiering av övergripande teman och meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna är avsnitt i texten som utmärks genom att ha ett avgränsat och sammanhållet innehåll som kan benämnas med koder. Koder med besläktat innehåll sammanfördes i kategorier med undergrupper, som under analysens gång omprövades mot varandra och därmed justerades och preciserades. Kategorier och undergrupper prövades mot den ursprungliga texten för att säkerställa att de var tydligt förankrade i vad som verkligen sades under fokusgruppsamtalet.

Resultat

Läkemedelsordinationen har som den framträder i diskussionen ett kronologiskt förlopp, med en förhistoria och ett praktiskt genomförande av en förskrivning, som innefattar en uppföljning. I kontakten mellan läkaren och patienten ►►

Ruta 1

De frågor som formulerades inför gruppdiskussionen var:

Hur gör du när du skriver ut ett nytt läkemedel?

Har du någon rutin eller standardmässigt tillvägagångssätt?

Anpassar du dig till olika patienter och situationer och i så fall hur? Tumregler?

Värderar du sannolikheten att patienten kommer att följa ordinationen och i så fall hur?

Hur formulerar du dig?

Hur beskriver du indikation och verkningsmekanismer?

Redovisar du biverkningar?

Förekommer riskdiskussioner och i så fall i vilken form och omfattning?

Vilken beredskap har du att svara på signaler från patienten att han inte tänker ta medicinen?

Tänker du dig att man har möjlighet att påverka följsamheten?

Förekommer övertalning?

Avstår du från förskrivning om du anser att det är osannolikt att patienten kommer att följa ordinationen?

Diskuterar du om det är frågan om livslång behandling? Vilka konsekvenser får det för patientens identitet och känsla av hälsa vid primärpreventiv mediciner?

Händer det att du skickar hem recept på ny medicin utan personligt möte? Hur blir det?

Händer det att du skickar recept med bud som till exempel en sjuksköterska? Hur blir det?

Ruta 2

Huvudkategorier i den kronologiska ordning som framträdde vid analysen. Undergrupper i flera nivåer identifierades. Fullständig lista över kategorier kan rekvireras från författaren:

Indikationen

Etik

Inställning till läkemedel

Läkarens egen erfarenhet av läkemedel

Kunskaper och riktlinjer

Den praktiska uppgiften

Ansvarsfördelning inför förskrivning

Synen på patienten

Patientens inställning

Synen på relationen

Förutsättningar för förskrivningen

Motivering av indikation

Patientens följsamhet

Uppföljning

blir indikationen för läkemedelsbehandling aktuell genom att en diagnos ställs eller att en riskmarkör identifieras. Indikationen innebär läkarens konstaterande

att en viss förskrivning skulle kunna vara till gagn för patienten. "Indikationen" är den första huvudkategorin, vars underkategorier beskriver företeelser som aktualiseras innan läkemedel förskrivas. Den andra huvudkategorin "Den praktiska uppgiften" innehåller aspekter på själva förskrivningen och uppföljningen av den. Fyra undergrupper i första kategorin och åtta i andra kategorin identifierades, se ruta 2.

Två av kategorierna redovisas här mer utförligt; "etik" och "ansvarsfördelning inför förskrivningen".

Etik

Läkarna bär med sig idéer om vad som är rätt och fel in i ordinationsförloppet. Alla uttryckte i olika former och sammanhang under samtalet en önskan att inte skada sina patienter med läkemedel.

"Risken att man kan skada människor med våra läkemedel tycker jag gör att de ska användas med försiktighet."

I förhållande till läkemedelsbehandlingen av patienterna förekommer en respekt för läkemedel och eventuella oönskade konsekvenser, främst i form av biverkningar men även påverkan på livet och självbilden av långtidsmedicinering av riskfaktorer. Det finns också en motsatt uppfattning om risken för sådan medikalisering.

"Ibland undrar jag kanske vad jag håller på med, att försöka sänka ett blodtryck hos en människa som inte har några symptom och mår bra, men däremot har fått biverkningar på dom första två blodtrycksmedicinerna man prövar..."

"Jag är personligen inte lika övertygad om att människor i gemen känner sig så sjuka av blodtrycksdiagnos."

En önskan att göra gott finns också, dels att förebygga sjukdom och lidande, dels att hjälpa patienten med information för att komma till ett eget beslut om att ta läkemedel.

Ansvarsfördelning inför förskrivningen

Ansvar för beslut om behandling betraktas på olika sätt av läkarna. Ett förhållningssätt är att utgå från att läkaren har hela ansvaret för beslut om ordina-

tion och ett annat att patienten har det yttersta ansvaret och läkarens uppgift är att ge råd och information som beslutsunderlag.

"Jag tror inte så mycket i dom här fallen på att lägga valet hos patienten, det är jag som har kompetensen och kan bedöma vad dom har för nytta av det."

"Jag försöker nog ändå involvera patienten i valet ... jag tror det stärker viljan... jag vill nog också att patienten ska förstå varför och vara med i beslutet."

"Jag är inte chef, utan rådgivare."

Läkarna beskrev att de varierar sina förhållningssätt beroende på patientens inställning och tillstånd. När risktillståndet bedöms som angeläget att behandla, eller vid misstanke om följsamhetsproblem, kan läkaren reagera med att ta ett större ansvar för beslutet om ordination.

"Om jag bedömer att patienten har en hög risk då kan jag nog ... ta över kommandot lite mera."

Läkarens större ansvar för ordinationsbeslutet kan också motiveras med medicinsk fackkunskap i sig, rekommendationer från riktlinjer, en uppfattning av patientens egna önskemål att få hjälp med beslutet och en strävan att inte belasta med information som man bedömer som oroande eller oanvändbar för patienten. Förhållningssättet där patienten ses som ansvarig i ordinationsbeslutet kan motiveras med en strävan mot ett gott medicinskt resultat i form av lyckad behandling, patientens tillfredsställelse med valet av behandling och god följsamhet.

Diskussion

Om material och metod

Gruppintervjun

Fokusgrupper [13] används för att erhålla information om tankar och idéer som formuleras i ett gruppsamtal rörande ett tema. Vanligen undersöks flera grupper, antalet bestäms delvis av frågeställningen, och delvis av deltagarurvalet. Vid sammansättningen av grupperna eftersträvas homogenitet inom, och heterogenitet mellan grupperna avseende faktorer som hör samman med det som studeras. I denna undersökning har bara

en grupp intervjuats. Den innehöll läkare med olika ålder, yrkeserfarenhet och av båda könen, och var i dessa avseenden heterogen. Alla kom från samma yrkesmässiga vardagsmiljö, och gruppen var homogen på så sätt att de professionella erfarenheterna av det som studerades var gemensamma. Genom gruppens sammansättning speglar diskussionen sannolikt erfarenheter och attityder hos ganska många svenska allmänläkare. Bredden i uppfattningarna talar för att samtalet inte hämmades av snäva normer i gruppen.

Temat

Diskussionen fokuserades på läkemedelsbehandling för prevention av hjärt-kärlsjukdomar. Resultatet baseras på utsagor som antingen tydligt avser preventionsbehandling, eller är mer allmängiltigt formulerade, och kan därför antas ha viss giltighet även för läkemedel på andra indikationer.

Om resultatet

Den etiska hållningen att inte skada genom att orsaka biverkningar, medikalisera och oroa, var mycket tydligt utläsbar i materialet. Att göra gott genom att förebygga sjukdom framträdde också tydligt men inte med samma omfattning och eftertryck. Det kan bero på att läkarna tar möjligheten att göra gott med förebyggande behandling som självklar i detta sammanhang, eller på att risken att skada är omedelbar och tydlig, medan vinsten med behandling för den enskilda patienten är omöjlig att verifiera. De etiska förhållningssätten att inte skada och att göra gott står i många fall av preventiv läkemedelsbehandling i tydligt motsatsförhållande till varandra vilket utgör ett etiskt dilemma för läkarna, se ruta 3.

Det framkommer skilda förhållningssätt till ansvaret för beslutet om läkemedelsföreskrivning från att läkaren helt ansvarar för beslutsfattande till att patienten ansvarar med läkaren som rådgivare. Detta stämmer väl överens med en tidigare beskriven modell för beslutsfattande om behandling med en gradient från en paternalistisk modell (där läkaren fattar beslut och enkelriktat kommunicerar det

till patienten) till en informationsmodell (där patienten fattar beslutet, men informationen som ska ligga till grund för det är enkelriktad från läkare till patient) och som ett mellanting en modell för delat beslutsfattande där information utbyts mellan läkare och patient och inte bara riktas från läkaren till patienten [14]. Delat beslutsfattande med inflytande på behandling ger ökad följsamhet och tillfredsställelse med behandling och vård [7]. I denna undersökning framkommer olika förhållningssätt och beskrivningar av att man växlar mellan dem beroende på olika faktorer. Några läkare angav följsamhetsproblem och högriskstillstånd som orsak till en mer auktoritär stil. Detta kan leda till att följsamheten och behandlingsresultaten blir sämre just de gånger det är extra angeläget att åstadkomma en förbättring [7].

Personliga stilar har beskrivits när det gäller läkares upplevelser av astma-behandling [15]. Denna undersökning indikerar att samma läkare växlar mellan flera förhållningssätt. Enskilda läkares ordinationsstilar och vilka omständigheter som påverkar dem är ämnen för framtida studier.

Synen på läkemedelsordinationen som ett förlopp över tid är inte beskriven i läroboken *Familjemedicin* eller i SBU-rapporten *Patient-läkarrelationen* [6,7]. Beteckningarna föreskrivning och ordination av läkemedel används omväxlande. Om och hur begreppet ordination definieras borde kunna påverka resonemang och forskning om följsamhet, samsyn och beslutsfattande vid föreskrivningsbeslut.

Konklusion

Läkemedelsordination kan betraktas som ett händelseförlopp snarare än en i tiden avgränsad händelse.

Ordinationen av preventiv läkemedelsbehandling utgör ibland ett etiskt problem för allmänläkarna.

Ansvaret för beslut om läkemedelsbehandling kan fördelas på olika sätt mellan läkare och patient. Enskilda läkare kan växla mellan olika förhållningssätt. Vid problemsituationer förekommer en förskjutning mot en auktoritär stil som riskerar att leda till oönskade resultat.

Ruta 3

Etiska förhållningssätt vid preventiv läkemedelsbehandling, undergrupper till kategorin "etik".

INTE SKADA	GÖRA GOTT
Biverkningar	Hjälpa patienten
Medikalisering	Förebygga sjukdom

Josabeth Hultberg

ST-läkare Åby VC, Norrköping
josabeth.hultberg@tele2.se

Referenslista:

- [1] Adherence to long term therapies. Evidence for action. WHO-rapport 2003.
- [2] Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna. Rapport från ABLA. Landstingsförbundet 2001.
- [3] Nilsson L. Varannan patient följer inte läkares ordination. *Läkartidningen* 2000;97:4015-19.
- [4] Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance: Towards shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society, 1997.
- [5] Hälso- och sjukvårdslagen. 1982.
- [6] McWhinney I. Familjemedicin. 2a svenska upplagan. Studentlitteratur: Lund, 2004.
- [7] Ottosson J-O (red). Patient-läkarrelationen. Läkarkonst på vetenskaplig grund. SBU-publication nr 144. Natur och Kultur, Stockholm, 1999.
- [8] Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practise. *Scand J Prim Health Care* 2004;4:202-08.
- [9] Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Dissertation 113. Norwegian University of Science and technology. Trondheim 2006.
- [10] Communicating risks (temanummer) *BMJ* 2003;327 (27 sept.)
- [11] Läkemedelsverket informerar, nr 3, 2003.
- [12] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-12.
- [13] Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-312.
- [14] Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;319:780-82.
- [15] Stålsby Lundborg C, Wahlström R, Dall'Alba G. Ways of experiencing asthma treatment. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:226-31.

ANNONS

Fortbildning för allmänläkare i FyrBoDal

Med nya krav på en producentneutral fortbildning för läkare finns det idag en osäkerhet om hur allmänläkarnas fortbildningsaktiviteter bäst skall bedrivas. Terapieftermiddagar anordnas visserligen på sjukhusen och i någon mån även i primärvården, men utan systematik och långtifrån alla kan närvara vid dessa tillfällen.

FyrBoDal, den nordligaste delen av Västra Götalandsregionen, kännetecknas av en blandning av stora och välbemannade vårdcentraler i tätorterna Vänersborg, Trollhättan och Uddevalla och flera mindre vårdcentraler i glesbefolkade områden som Dalsland och Norra Bohuslän. De läkare som arbetar i glesbygden har långa resvägar och ofta stora svårigheter att hinna ta sig till olika utbildningsaktiviteter pga. redan ansträngda scheman. Valet är givet när det handlar om att få reda upp i pappershögen på skrivbordet eller att åka på kurs om ett ämne som lika gärna kan inhämtas från ett terapiblad. Dessa vårdcentraler drabbas dubbelt av bristen på fortbildning. Man deltar inte i gemensamma fortbildningsarrangemang och i avsaknad av fast läkarbemannning uteblir de kollegiala mötena där patientfall, vårdprogram och behandlingsrutiner diskuteras.

Kartläggning

2004 genomförde vi en enkätundersökning bland allmänläkarna i Fyrbodalen för att kartlägga deras önskemål om framtida fortbildning, som skulle kunna täcka det vakuum som uppstått efter läkemedelsindustrins tidigare insatser.

Av 125 utskickade enkäter besvarades 82. De som valde att besvara enkäten är förmodligen mer intresserade av fortbildning än de som valde att inte svara. ST-läkarna, som utgjorde 22 av de svarande, är den grupp som deltar mest i fortbildning, över sex fortbildningstillfällen per år. Majoriteten deltar i mellan fyra och fem fortbildningstillfällen per år.



Ann Häggendal, Anders Hansson och Helena Salonen.

- Allmänläkarna önskar sig fortbildning jämt fördelat mellan föreläsningar, seminarier och kollegialt arrangerade gruppaktiviteter. Seminarier och kollegiala arrangemang intresserar framförallt de yngre kollegorna.
- Cirka tio procent av arbetstiden, eller ca åtta dagar/år, ska få användas till fortbildning.
- Internat skulle underlätta för många att delta, med reservation för kollegor med små barn, som föredrar enstaka utbildningsdagar.
- Intresset för olika fortbildningsämnen fördelar sig enligt följande: traditionell sjukdomslära (diabetes, hypertoni etc.), därefter i fallande skala geriatrik, barn- och ungdomsmedicin, akutmedicin, psykiatri, personlig utveckling, konsultation, gynekologi, etik, sjukskrivnings- och försäkringsfrågor, krisintervention, humanistisk medicin, kritisk granskning av medicinsk information, med FoU och komplementärmedicin längst ned på skalan.
- Fortbildningen bör organiseras lika mycket av arbetsgivaren och läkarkollegiet som av vårdcentralen.
- Det är i första hand allmänläkaren själv som ansvarar för sin fortbildning, följt av vårdcentralschefen och regionen.
- Fortbildning är inte en förmån utan en del av arbetet, som det skall finnas krav på.
- Deltagande i fortbildning ska premieras lönemässigt.
- Fortbildningen bör i första hand förmedlas av distriktsläkare, i andra hand av sjukhusspecialister och först i tredje hand av andra yrkeskategorier.
- Man kan i hög grad tänka sig att utbilda sig tillsammans med andra yrkeskategorier. ►►

Kommentarer till enkäten

En modern lärande organisation bygger på decentralisering av beslut och ställer ökade krav på medarbetarnas egna initiativ och eget ansvarstagande. Förutom den medicinska kompetensen behövs förändringskompetens, dvs. en förmåga att anpassa sig till förändrade krav utifrån. Det innebär att söka nya kunskaper, ifrågasätta traditionella arbetsmetoder, granska sin egen yrkesroll och försöka hitta nya samarbetsformer med andra yrkesgrupper.

De krav som ställs på medarbetaren i den lärande organisationen återspeglas i mycket ringa utsträckning i allmänläkarnas utvecklings- och fortbildningsaktiviteter, där traditionell pedagogik fortfarande är förhärskande. Utvecklings- och fortbildningsfrågorna tas sällan upp i de årliga utvecklingssamtalen med verksamhetscheferna, och den utbildning som anordnas är oftast av traditionell typ med katedrala föreläsningar om medicinska spörsmål.

Som framgår av resultatet av vår fortbildningsenkät finns det dock ett önskemål om en förändrad fortbildning, i linje med moderna pedagogiska principer, dvs. man önskar sig en fortbildning med inslag av såväl kompetensförstärkning och kompetensförnyelse. För att förstå den målsättning som vi har antagit för fortbildningsverksamheten i FyrBoDal, behöver dessa begrepp närmare förklaras.

Kompetensförstärkning och kompetensförnyelse

Med kompetensförstärkning menas sådan utbildning som behövs för att bygga på och förstärka den kunskap man redan har, för att hålla sig ajour med de senaste medicinska rönen. Sådan utbildning erbjuds bäst i föreläsnings- eller seminarieform på traditionella utbildningsdagar. Upplägget utmanar oftast inte, utan snarare bekräftar, de traditionella arbetsmetoderna och yrkesrollen – experter talar till experter. Man underlättar arbetet genom att fylla igen kunskapsluckor och bli mer erfaren och därmed säkrare på att man gör rätt, men man ifrågasätter inte grunden för det arbete man utför.

Traditionella utbildningsarrangemang fyller en viktig dubbelfunktion genom att, förutom ren kompetensförstärkning, erbjuda tillfällen till kollegiala möten, diskussioner och skapande av nätverk. Kunskapsutvecklingen är idag otroligt snabb och det är orimligt att förvänta sig att en allmänläkare skall kunna vara helt uppdaterad på alla områden. Många patienter har tillgång till Internet och därmed stora möjligheter att själva hålla sig informerade om det ”allra senaste” om just deras sjukdomar. Hur skall man t.ex. bemöta patienter som är mer pålästa än en själv? Hur skall man förhålla sig till patienter som ställer krav på information och delaktighet, och som vägrar underordna sig i den traditionella patientrollen? För att få en möjlighet att reflektera över sådana frågor krävs kompetensförnyelse, en allt viktigare del av professionell utveckling. Kompetensförnyelse fokuserar gärna på det som fungerar dåligt på en arbetsplats, eller i den egna praktiken, som t.ex. gränserna mellan sjukhus- och primärvård; teamarbete på vårdcentralen; att kunna hantera multisjuka; att åstadkomma bättre tillgänglighet för patienterna; sjukskrivningsfrågor; medicinöverförbrukning; etc.

Kompetensförnyelse sker lämpligast i kollegiala grupper, där man tar upp konkreta erfarenheter och upptäckter som går utöver den etablerade vardagslunken och får en möjlighet att reflektera kring dessa erfarenheter tillsammans med andra, som har annorlunda perspektiv. För att i förtrolighet kunna ta upp egna kunskapsbrister och tillkortakommanden är det viktigt att man kan känna sig trygg i gruppen, för att inte behöva oroa sig för att bli bedömd och värderad.

Även det individuella fortbildningsprogrammet behöver utformas så att innehållet i det praktiska arbetet lyfts fram, t.ex. genom att svårbemästrade och lärorika moment i vardagen noteras i en loggbok.

Handlingsplan för fortbildningen i FyrBoDal

Med utgångspunkt från de önskemål som formulerades i enkätsvaren har vi

skapat ett fortbildningsnätverk, med en erfaren distriktsläkare från var och en av de fyra primärvårdsområdena i FyrBoDal. Gruppen har hunnit träffas några gånger varvid vi enats om följande handlingsplan:

1. Kompetensutvecklingsblanketten, baserad på Läkarförbundets manual för medarbetarsamtal (se Läkarförbundets hemsida), skall användas vid det årliga medarbetarsamtal. En checklista/hjälpreda baserad på ST-läkarnas nya målbeskrivning formuleras för att användas som stöd vid allmänläkarens och verksamhetschefens årliga medarbetarsamtal. Ledningsgruppen bör begära återrapportering från verksamhetscheferna om medarbetarsamtal har skett eller inte.

2. Tio procent av arbetstiden skall avsättas för fortbildning i kollegiala grupper och för självstudier i enlighet med Läkarförbundets rekommendation, som även rekommenderar ett minimum på tio arbetsdagar per år för extern utbildning. En fastställd avgränsning med tio procent av arbetstiden underlättar för distriktsläkarna att delta i kollegiala grupper, utan att de därför skall behöva hamna i lojalitetskonflikt med verksamhetens produktionskrav. Den avsatta tiden skall vara kopplad till en individuell fortbildningsplan. Medarbetarens behov och krav skall vara i samstämmighet med verksamhetens och det skall finnas möjligheter till återkoppling och utvärdering.

3. Nätverket åtar sig att ansvara för en extern kurs/seminarium per år. Kurs-tillfället skall helst pågå under två dagar med övernattningsmöjlighet, för att ge möjlighet till informella kontakter och sociala aktiviteter. Samma kurs/seminarium bör ges vid två tillfällen för att så många som möjligt skall kunna delta.

Betoningen skall vara på kombinationen föreläsningar och gruppvisa aktiviteter. Försäkringsmedicin, läkemedels effekt på folkhälsan etc., är lämpliga ämnen för dessa kurstillfällen. Behovet, anser vi, av rent medicinska faktakurser är väl sorjt för på annat håll.

Kurserna skall ges utan inblandning av läkemedelsindustrin.

4. Nätverket kommer att verka för att kollegiala grupper återupprättas. Brist på tid och på adekvat ledarskap är troligen några av huvudorsakerna till att tidigare försök har runnit ut i sanden – grupperna har urartat till allmänna "pratgrupper" och därmed förlorat sin mening. Med relevant innehåll och god handledning är kollegiala grupper en lämplig form för kompetensutveckling, speciellt med avseende på kompetensförnyelse.

I gruppen skall man som medarbetare stimuleras till att granska sin egen praktik, identifiera problem och egna kunskapsbrister, och i ett förtroligt sammanhang kunna diskutera dessa med sina kollegor. Förutsättningen är att man känner sig trygg och fri från granskning i sin grupp. Inledningsvis bör gruppen ägna sig åt egna problem i yrkesvardagen och först i en senare fas bjuda in experter/specialister utifrån. Förslagsvis träffas man två timmar varannan vecka, eftersom längre intervall förutsätter att alla kan närvara varje gång och ger medlemmarna sämre möjligheter att lära känna varandra som personer.

En förutsättning för att den kollegiala gruppen skall fungera är att det finns en kompetent gruppleddare (eller facilitator). Vi kommer att tillfråga lämpliga distriktsläkare i de olika primärvårdsområdena och erbjuda dessa lämplig grundutbildning i grupphandledarskap.

Anders Hansson

anders.hansson@vgregion.se

Material och inspiration till denna artikel har hämtats ur:

Eliasson G., Targama A. *Kompetensutveckling – mer än att åka på kurs*. LT nr.16, vol.102, 2005.

Egidius C, Egidius H, Erwander B. *Vägen till specialist*. Studentlitteratur 2002.

Elwyn G, Greenhalgh T, Macfarlane F. *Grupper – att leda små grupper inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur 2005.

Velkommen til alverdens kongresser!

Kære svenske Kolleger! Velkommen til dette års mange og gode kongresser ude i Verden. På www.allanpelch.dk vil du finde en kongreskalender og du vil finde oplysninger om både kongressernes indhold og rejserne dertil.

I Juni indbyder vore islandske kolleger os til Nordisk Kongres for Almenmedicin i **Reykjavik**, og vi kan se frem til et godt videnskabeligt program, og vi vil få lejlighed til at sætte os ind i landets kultur og vidunderlige natur. Efter kongressen foreslår jeg, at så mange, som har mulighed for det, tager med til **Tasiilaq/Ammassalik** i Østgrønland. Her skal vi besøge vore to kolleger, Ansgar Andersen og Hans Christian Florian Sørensen på hospitalet. De vil vise os omkring og fortælle os om lægegering i Østgrønland. Vi skal naturligvis også besøge en bræ, og vi skal sejle ud til bygderne i den smukke fjord. Jeg tror at det bliver en enestående oplevelse! Jeg håber, at du vil tage med!

I Juli rejser vi til den årlige kongres i Roturua på **New Zealand**, og derefter foreslår jeg en rundrejse både på Nordøen og på Sydøen. Har du ikke set dette smukke land før, så har du chancen nu. De, der deltog sidste år, kan berette om landets skønhed og den venlighed, som de mødte. World Wonca Conference finder sted i **Singapore** senere på måneden. Vore kolleger har lige nu travlt med at planlægge det videnskabelige program. Det er på denne kongres, at Prof. Chris van Weel, Holland, begynder sit formandskab og Prof. Bruce Sparks, Sydafrika, træder tilbage. Bruce har været en fortræffelig president for Wonca og vil blive savnet. Wonca-medlemmer har kendt Chris i mange år, og vi nærer stor tillid til, at han også vil blive en god president for Wonca. Vi har modtaget et velkomstbrev fra ham, som kan læses her på www.allanpelch.dk

I Oktober får vi meget travlt, for vore amerikanske kolleger har den årlige As-

sembly i **Chicago**. AAFP's kongresser er velkendte af os, idet vi har besøgt AAFP siden 1988, altså nu i tyve år! Royal College of General Practitioners har kongres i **Edinburgh**. Det er ikke så langt væk og hvorfor ikke besøge det skotske højland ved samme lejlighed? RACGP har sin årlige kongres i **Sydney**. Vi har været gæster i over ti år. Efter Sydney skal vi ud på den klassiske rundrejse, således at vi får set det hele! Året slutter med den europæiske Wonca kongres i **Paris**, byernes by. Jeg har længe haft kontakt med ledelsen, og jeg ved, at vi med rette kan have store forventninger til både det videnskabelige program og det selskabelige.

Årets allerførste kongres foregik i **Lech** i Østrig. Tidspunktet er altid uge 3. Er du til sportsmedicin og skisport, så husk selv på den i 2008!

Kurset i Tropemedicin i **Brasilien** sidste år sammen med vore norske kolleger blev vellykket. Det lader sig af forskellige grunde ikke gennemføre i 2007, men jeg håber på, at det kan gøres igen i påsken 2008.

Der er en såkaldt Mini-Congress i **Capetown** i Maj. Det er en årlig kongres, hvor Dr. Saville Furman, chairman, er vor kontakt. Han kender os, og han er altid en strålende vært for besøgende herfra. Jeg hjælper gerne med det praktiske. Udførligt katalog sendes gerne.

Allan Pelch, læge
apelch@dadlnet.dk
www.allanpelch.dk



Världen krymper – perspektiven växer

Under parollen "Världen krymper – perspektiven växer" gick de årliga ST-dagarna av stapeln 7–9 februari på konferenscentret Elmia, där 346 förväntansfulla ST-läkare samlats i Jönköping. Med den entusiastiske Pontus Stange från Habo, ST-läkare eller livmedikus som han helst själv vill kalla sig, och Agneta Mussi i spetsen tillsammans med ett behjälpligt ST-läkargång i limegrönt kunde det inte bli annat än stor succé!

Efter ett inspirerande inledningsanförande av ST-dagsgeneralen Pontus Stange som bland annat manade till ett ökat kollektivt självförtroende som blivande "livläkare", erövrade Gillis Herlitz scenen. Nej förresten, han ägde den.

Med temat "Världen krymper – perspektiven växer" anspelades på hur kanske framför allt Internets framväxt, och den ökade internationella rörligheten vidgar våra vyer och ger oss perspektiv, gav Gillis Herlitz roande och dörröppnande föreläsning oss klokskap inför vår resa yrkesmässigt i livet. Vi fick även tips till den kommande solsemestern om vi funderat på att pruta.

Gillis Herlitz, kanske landets mest efterfrågade kulturvetare, antropolog och etnolog med böcker som "Svenskar – hur vi är och varför", reflekterade över kulturskillnader i allt från det internationella planet till den enskilda arbetsplatsen. Som distriktsläkare träffar vi alla människor med annorlunda bakgrunder och krokar är oundvikliga, men också ganska spännande. Gillis fick oss att reflektera över hur det kan bli så fel när man vill så rätt. Nu förstår jag kanske lite bättre varför den mörke mannen på min mottagning med en banal halsfluss på frågan "Har du feber?", glatt berättar om hela sin familj och vem som känner vem medan jag svettigt kikar på klockan. Kanske kommer han från vad Gillis kallar en "Relationskultur" som kraftigt krokar med min "Prestationskultur" när ett korrekt svar av denne man, från min synvinkel, borde vara ett ja eller nej så



Gillis Herlitz rules!

att jag raskt kan ställa nästa fråga. Men det är ju gudskelov inte så enkelt!

ST-dagarna avlöpte i rask takt där anföranden om KBT, infektioner i primärvård, vanebildande läkemedel, samt förrädiska tummar blandades med yogapass i arla morgonstund och föreläsningar med de uppfordrande titlarna "Varför är inte Du chef?", "Kan du ta en patient?" och "Vill du se någon djupt i ögonen?". Efter de här dagarna blir de rungande svaren "Vänta bara!" "Oh ja!" och "Oooh ja!"

Dag ett avslutades med ett blött och lekfullt badäventyr i närliggande stor simhall, medan aftonbanketten dag två gick mera påklätt till. Åtminstone inledningsvis. Det bjöds på en festlig välsmakande middag på klassiska Gyllene Uttern med utsikt över en spegelblank svart Vättern. Efter dansen stuffades det loss ordentligt till Jönköpings Storband och anordnades cha-cha tävlingar i värsta "Let's dance"-stil.

Efter en god natts sömn blev vi alla kärleksfullt men bestämt dirigerade in till den bestämda kurdiska tanten Zeynos vardagsrum och verklighet. I sitt, med orientaliska mattor och kuddar, varmt ombonade tillfälliga hem på Elmiäs konferenscenters scen, huserade Nisti Sterk alias Zeyno, iklädd sin mosters tofflor och sin mors klänning. Hon inbjöd oss

till strålande interaktiv teater i "Zeynos värld", som sträcker sig från tvättstugan ut till världspolitiken, i den bejublade föreställningen som har gått på Stockholms Stadsteater 2006. Efter att vi tjutit av skratt, satt garvet på tvären några gånger och brustit ut i gråt, dansade vi alla ST-läkare ut i en suggestiv kurdisk bröllopsdans till förmiddagsfikan. Stort!

Göran Rosenberg, journalist, författare och samhällsdebattör m.m. avslutade ST-dagarna med intressanta reflektioner kring sin bok "Plikten, profiten och konsten att vara människa". I boken synar Göran Rosenberg ett samhälle där vi är på väg att glömma att människan inte bara är fri utan också beroende, att hon inte bara är individ utan också samhällsvarelse. Ett samhälle där vi kort sagt är på väg att glömma den svåra konsten att vara människa.

Efter välplanerade, inspirerande och lika krispigt fräscha dagar som min limegröna nu välfyllda väska vilandes på sätet bredvid mig, tog jag tåget hem till Göteborg fredag eftermiddag fylld av energi med ett leende på läpparna. Ännu en gång förvissad om att jag valt en riktig höjarspecialitet. Hade jag haft en AT-läkare bredvid mig istället för väskan hade jag bergis frälst honom. Nu plockade jag istället upp Göran Rosenbergs bok som vi tacknämligt fått med oss som ett minne hem.

Skrev jag att det var grymt välplanerade ST-dagar 2007? Jag menar förstås de kanske mest välarrangerade någonsin!



Petra Rudberg, ST-läkare, Göteborg, medlem i SFAMs ST-råd, kontaktperson NÄSTA petra.rudberg@mysecretary.net

Varsågod... NÄSTA!

ANNONS

Ett nytt nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin är under uppbyggnad: NÄSTA.

NÄSTA är via en representant från varje studierektorsområde den naturliga länken mellan alla landets ST-läkare, men fungerar också som en vidgad kontaktyta mellan dessa och SFAM. Vi kommer vara en rekryteringsbas till SFAMs ST-råd och ett parallellnätverk till studierektorsnätverket i landet.

NÄSTA bildades hösten 2005 i Fammis regi på ST-läkare Maria Wolfs initiativ och ingår numera som nätverk under SFAMs paraply.

Sedan tillkomsten har vi hunnit med fyra sammankomster varav det senaste mötet ägde rum under ST-dagarna i Jönköping i februari. Där passade NÄSTA också på att presentera sig och genomföra en mindre enkätundersökning gällande hur ST-läkarna i landet uppfattar sin specialisttjänstgöring.

NÄSTA är primärt ett fortbildningsnätverk som vill arbeta för en god ST-utbildning, där denna typ av enkätundersökning kan vara ett redskap att fånga in hur utbildningssituationen ser ut ute i landet. NÄSTA vill på olika sätt stötta de ST-kollegor som inte har optimala förutsättningar för en god utbildning. Vi vill informera om de kontaktytor som står till buds t.ex. STAM-forum (likt SFAMs Ordbyte men endast för ST-läkare), ST-dagarna etc. så att alla ST-läkare kan bli del av ett nationellt sammanhang.

Vi vill jobba för fler kollegor genom att inspirera duktiga AT-läkare att våga välja den allmänmedicinska specialiteten, genom att bl.a. visa upp oss på AT-stämman. NÄSTA kan användas på olika sätt vid rekrytering av blivande kollegor. Vi vill påverka makthavare till ökade satsningar på den allmänmedicinska specialiteten.

NÄSTA är ännu i sin linda men dess potentialer är stora! Ett brett nationellt nätverk av blivande entusiastiska allmänläkare som brinner för vår unika kompetens och specialitetens särart är självklart något att satsa på!

Nästa NÄSTA-möte planerar att hållas i Uppsala 24–25/5 parallellt med studierektorskonventet.

Mer information kommer att läggas ut på SFAMs hemsida under våren eller kan fås via:

Petra Rudberg, ST-läkare, Göteborg,
medlem i SFAMs ST-råd, kontaktperson NÄSTA
petra.rudberg@mysecretary.net

Mara Wolf, ST-läkare Stockholm
medlem i SFAMs ST-råd, kontaktperson NÄSTA
mariawolf98@hotmail.com

En introduktion till allmänmedicinskt arbetssätt



Gunnar Axelsson

Jag arbetar som familjeläkare och medicinsk rådgivare på Vårdcentralen i Oxelösund och har varit på samma arbetsplats i snart 21 år. Under åren samlas mycket kunskap om rutiner och arbetssätt, men som inte tecknas ned någonstans. Därför inledde jag under hösten 2006 ett arbete med att dokumentera våra rutiner om jourarbete, provtagning, handläggning vid konstaterande av dödsfall, viktiga telefonnummer etc., och upptäckte då att det saknades ett dokument som ger en inblick i hur man arbetar som allmänmedicinare.

För att förbättra introduktionen av AT-läkare, ST-läkare och vikarier, och för att underlätta för kollegorna att tillägna sig ett allmänmedicinskt arbetssätt, skrev jag ett förslag på ett sådant dokument.

Ett par kollegor – Inge Carlsson, Eslöv och Mogens Hey, Höör – har bidragit med att bearbeta texten och gjort vissa tillägg. Genom att publicera texten i *AllmänMedicin* avsåg jag att fler kunde ta del av dokumentet och använda det efter eget gottfinnande som introduktionsmaterial.

Allmänmedicinskt arbetssätt på Vårdcentralens mottagning – några personliga reflexioner

Att arbeta på vårdcentral som allmänläkare skiljer sig mycket i jämförelse med medicinskt arbete på sjukhusklinik; det är framför allt primärt mänskliga möten, människorna är inte diagnoser utan individer med specifika förväntningar.

För mötena med patienter vill jag främst framhålla följande:

- Du har möjlighet att träffa patienter under ett längre tidsperspektiv. Därför behöver inte allt ske vid ett besök, du kan följa och komplettera över tiden.
- Du står närmare patienter och deras vardag. Du använder ofta telefonen och du kan göra hembesök. Du kan träffa deras anhöriga och eventuella stödpersoner på hemmaplan.
- Du kan följa upp de problem som dina patienter sökt för och bitvis ta itu med även tillkommande andra problem, som kanske är av mindre vikt, vid ett återbesök eller telefonkontakt. (På sjukhus ser du kanske den enskilda patienten bara en gång på avdelningen eller på akuten:

det vill säga att du enbart hinner med sjukdomsperspektivet till skillnad från individperspektivet).

- Du har möjlighet att använda tiden som en läkande kraft eller för observation (saker och ting går över). Du kommer möta många konstiga problem och kroppsupplevelser som dina patienter söker för eller berättar om i förbifarten. Det är inte ofta dessa fenomen finns beskrivna i läroböcker eller presenteras i sjukhuskontakterna. Om du använder diagnostiska hjälpmedel ställs du inför svåra värderingar av provresultat som både kan vara oväntade positiva och negativa.

Som allmänläkare vill vi, mina kollegor och jag, att våra patienter skall uppfatta oss allmänläkare som deras "personliga läkare".

Konsultationen, plattformen för våra patientmöten

Konsultationen är vårt viktigaste medicinska redskap inom allmänmedicin. Diagnostik och fortsatt handhavande grundas på ett respektfyllt möte. Status och

laborationer är kompletterande verktyg som kan bidra till diagnos eller åtgärd.

I mötet: Låt din patient tala om sina funderingar varför han/hon har kommit och fritt berätta efter att du inlett med t.ex "berätta", "du ville prata om något"...

Träna på att vara tyst så länge som möjligt (undersökningar visar att läkare ofta avbryter patienten efter ungefär sju sekunder – för övning kan du försöka ta tid hur länge du kan vara tyst), lämna inte den berättandes fokus, om du vill visa att du lyssnar kan du nicka och be om förtydliganden men inte bryta in med ovidkommande frågor. Känner du att det blir segt, är det bättre att bryta helt och övergå till undersökning och först återuppta samtalet efteråt. Då kan du även komplettera med rutinfrågor, som du lärt dig ska ställas. Om det inte är uppenbart brådskande insatser som krävs kan du mycket väl spara delar av samtalet till en följande kontakt. Du kan dela upp mötet i flera faser, samtal, undersökning, information och i intervallen söka råd i skrifter eller hos kollega eller medarbetare.



Konsultationen är vårt viktigaste medicinska redskap inom allmänmedicin. Diagnostik och fortsatt handhavande grundas på ett respektfyllt möte.

Låt din patient med egna ord, utan medicinska abstraktioner, berätta sin historia. Du vill upptäcka att det finns många oväntade och för dig okända kroppsupplevelser som dina patienter vill berätta om.

Låt dina patienter berätta om sina *föreställningar*, *farhågor/oro*, *funderingar* om sina problem, och om sina *förväntningar* vad du kan göra åt hans problem. Kom ihåg dessa begrepp, efter en konsultation då du vill utvärdera din patientkontakt, kan det vara värt att kolla om du fått svar på dessa frågeställningar, som vi ofta kallar "F-n". Blev det problem som din patient sökte för besvarat? Ofta bär patienter fram diagnos och åtgärd på "silverbricka", men ibland måste vi som läkare mer aktivt förlösa dessa tankar hos patienten med hjälp av riktade frågor utifrån berättelsen.

Ge alltså dina patienter *tid* att berätta färdigt och *lita* på deras berättelser. Om du inte stör tar det inte lång tid, om du stör blir det missförstånd och kräver upprepningar. Det är dina patienter som ger dig *uppdrag* vad du skall göra. Du kan fråga fram och tillbaka, men inte älta med bagateller. Du kan behöva höra dig för om du uppfattat de beskrivna besvaren på det sätt som beskrivits – det är viktigt att din patient och du uppfattat saken på samma sätt.

När du väl har identifierat din patients besvär/problem är det viktigt att du försöker få en bild hur patienten allmänt har det, det vill säga vad han gör, orkar han göra vad han vill ... hur är det hemma ... etc., med syfte att sätta besvaren i relation till hur livet för övrigt gestaltas sig.

Du har i detta skedet ägnat dig åt patientens agenda, det subjektiva, som du vid senare registrering i journalen ska hålla

isär från de uppgifter du i din agenda lägger till.

Innan nästa steg, det objektiva skedet, undersökning etc. kan det vara klokt i vissa fall att sammanfatta problematiken såsom du uppfattat den. Du kan också behöva en diskussion kring prioritering eller fokusering: vad som gäller *idag* och vad som kan *anstå till senare och på sikt*. Du berättar också vad som nu ska hända: t.ex. kroppsuppgrävning, lab-prover och sedan avslutande samtal.

Efter inledande samtal, undersökning och eventuella laborationer, kommer tredje steget – den gemensamma avstämningen. Du ska i dialogen med din patient sammanfatta hur du ser på de presenterade problemen, och får klart för dig om din sammanfattning kan accepteras och vara grund för fortsatt handläggning. Det blir lite av en förhandling hur du och patienten skall gå vidare.

Därpå kommer sista skedet, planeringen för fortsättningen: Kom överens med patienten hur ni skall följa upp prover och remisser, skriv ner i journalen hur du tänkt! Det gäller vilka svar som kan förväntas, vad som sedan kan ske. Vem ger svar, när och hur, särskilt viktigt om inte patienten förblir din i uppföljningen eller det enbart varit ett tillfälligt besök av en kollegas patient för ett mindre akut problem. En uppföljande telefonkontakt kan i dagsläget kanske bäst tas av dig till din patients mobiltelefon och svar på prov kan kanske skickas i ett e-postbrev.

Vid utrednings- och/eller diagnosfrågor bör du regelbundet rådgöra i första hand med din handledare eller annan erfaren kollega. Kom ihåg att då även ta med data om patientens personliga förhållanden som har betydelse. Du behöver inte dölja för patienterna att du inte begriper

just det aktuella sammanhanget och att du därför måste inhämta råd; vi kan ju inte allt; detta uppskattar våra patienter i hög grad.

Vid minsta tveksamhet kring remiss rådgör alltid med allmänläkarkollega innan du remitterar... det kanske kan lösas med erfaren kollega som är duktig på just det du undrar.

Journalen

– den medicinska dokumentationen

Ta reda på den lokala traditionen för journalskrivningen, hur du ska diktera, ev. skriva själv, skriv endast ord som ger mening, vid signering gå regelbundet genom och stryk ord som hör hemma i det talade språket.

Tydliggör vem som lämnat viss information, låt patientens egen berättelse stå för sig och dina frågeställningar för sig, det underlättar vid intygsskrivning när du kan identifiera källan till en information.

Tänk på att följa datajournalens sökord:

Kontaktsak, söker för... på vems initiativ, som första eller uppföljningskontakt.

Aktuellt: Patientens egen berättelse kommer först och dina kompletterande frågor sedan.

Därpå bakgrunden:

Viktiga medicinska fakta: Sjukhusvisiteter, genomgångna utredningar, sjukdomar etc.

Sociala data: Kan vara omfattande vid en första kontakt, annars i den utsträckning det har betydelse för kontakten med dig, t.ex. om anhöriga eller andra stödjande nätverk. Riskindikatorer och personliga resurser kan nämnas här.

Status: Ta reda på hur omfattande så kallade "negativa fynd" ska registreras. ►►

Diagnos: Ta reda på vilka diagnoser som används, ex inom ÖLI-området, vilka diagnosnummer som används vid osäkra diagnoser, subjektiva besvär, av läkaren omformulerade begrepp som "smärta, andnöd etc.". Använd inte texten på diagnosnummer som är till för de osäkra besvärproblemen utan skriv vad det är, ex ont i foten, hosta, misstänkt bältros etc.

Ordningen gör det lättare och mer överblickbart att läsa och leta i journalen ... Data av mer bestående art läggs in under "Bakgrund".

Tänk också på att det är en allmänmedicinsk journal som upprättas; du behöver ej använda andra specialiteters uttrycks-sätt eller mallar! Låt sjukhusjournalens karaktär av frågeformulär vara enbart en tankemodell när du vill ställa kompletterande frågor efter att patienten har berättat sitt.

Låt gärna handledaren se dina journalanteckningar, intyg och remisser i början. Dessa dokument är ett ansikte utåt och du bör använda ett språk som också är anpassat till andra än läkare till läsare/instanser som har rätt att läsa/bedöma dokumentationen!

Hur planerar du vidare efter att ha träffat patienten och avslutat mötet?

1. Om du kan avsluta den aktuella kontakten efter mötet:

Patienten får ringa vid behov eller – om det är en sjukdom/problematik som behöver följas upp (BT, hypothyreos, dylikt) – boka en tid till sin ordinarie allmänläkare när det är dags för återbesök eller när medicinen tar slut.

Tänk på att återföring från patienterna "hur det gick" är särskilt värdefullt att säkerställa för mindre rutinerade läkare. Även uppskattat av patienter!

Använd flitigt telefonen, själv eller via sjuksköterska – man lär sig massor av det!

2. Om du behöver följa upp besöket:

Boka en telefontid (bra att göra det själv – enkelt) eller boka en återbesökstid (gör det själv!)

3. Kalla endast patienter med diabetes eller sådana som av olika skäl inte klarar att ringa själva (minnesproblematik, psykiatrisk åkomma eller som har APO-DOS).

Du kan behöva informationsmaterial och textböcker

I ditt arbete som allmänläkare bör du ha tillgång till olika informationskällor, internet, uppslagsböcker, som du ska kunna använda från din expedition.

Du behöver också ha tillgång till en allmänmedicinsk lärobok, där du får en överblick över specialitetens många olika perspektiv.

Jag rekommenderar:

Allmänmedicin (Norge), teori och praktik, Bentsen et al, svensk översättning Studentlitteratur 1993

Familjemedicin (Kanada), Ian McWhinney, svensk översättning, Studentlitteratur 2004.

Allmänmedicin (Norge), Studentlitteratur, Steinar Hunskaar, 2007

I dessa böcker kan du läsa om:

- Översikt över allmänläkares uppdrag och arbetsformer.
- Beskrivning av diagnostiskt hante-rande av undersökningsmetoder och åtgärder hos allmänmedicinska patienter
- Skillnaden mellan "lidande" och "sjukdom", det som på engelska kallas illness och disease.
- En god struktur i såväl patientmötet som journaldokumentation kallad SOAP, beskriver fyra skeden i mötet, det Subjektiva, det Objektiva, Avstämningen och Planeringen.
- Norrmännen har beskrivit allmän-läkarens uppdrag med KOPF, att det är Kontinuerligt, Omfattande, Personligt och Förpliktande.

Gunnar Axelsson,
VC Oxelösund
abjgax@telia.com

PS. Om du har tankar om mina synpunkter, är du välkommen att komma med kommentarer eller frågor! DS.

Bra kursbok i praktisk geriatrik



Praktisk geriatrik
Lars Olof Wahlund
Liber 2006
ISBN 91-47-05302-X

När äldre människor bli sjuka är det extra viktigt med långsiktig planering och helhetssyn som inkluderar bedömning av funktionsförmåga och möjligheter att få stöd. Lars Olof Wahlund, som är professor på Karolinska Universitets-sjukhuset i Huddinge, har tillsammans med andra geriatriker sammanställt en lärobok som i första hand är tänkt att användas i läkarutbildningen. Trots det lilla formatet har man lyckats få med mycket. Åldersförändringar beskrivs för kroppens olika organsystem och på cell-nivå (oxidativ stress, glykering och muta-tioner). Diabetes medför ökad glykering, framförallt vid höga blodsockervärden. I bokens beskrivs bland annat klinisk be-dömning av geriatrika patienter och vad man då särskilt bör tänka på, palliativ vård, läkemedelsbehandling av äldre och systematisk handläggning av multisju-ka. Ett kapitel tar upp vanliga juridiska frågor, till exempel om man kan skriva vårdintyg på dementa patienter (det kan man). Andra kapitel tar upp konfusion, kognitiva störningar, dysfagi, nutritions-problem, trycksår och inkontinens, dvs. problem som är vanliga men ibland svåra att komma till rätta med. Till nästa upp-laga kan gärna kapitlet om vårdplanering utökas med fylligare beskrivning av hur sjukhusansluten vård, primärvård, kom-munal vård och anhöriga praktiskt kan samverka för att ge äldre sjuka en så bra vård som möjligt.

Roland Morgell
roland.morgell@sl.se

Allmänläkardagarna

– en viktig fortbildnings- och mötesplats

För första gången arrangerade KursDoktorn i år Allmänläkardagarna med underrubrik "En mötesplats för professionen". De hölls den 31 januari–2 februari, 2007 på Billingshus i Skövde. Jag vill här förmedla mina intryck från dessa dagar som verkligen blev en succé.

Klockan närmar sig lunchdags. Sorlet i foajén på Billingshus stiger. Ett och annat skratt slår igenom. De flesta av de 170 deltagarna har registrerat sig. Flertalet är specialister i allmänmedicin, några är ST-läkare. Man möter kollegor man inte sett på flera år. Nya kontakter knyts. Man utbyter erfarenheter.

Så startar programmet. Bengt Mattsson, professor i allmänmedicin i Göteborg, slår an tonen: allmänmedicin 2007 – vad är specifikt? Kanske trender som evidensbaserad medicin, screening, sjukskrivningsproblematik och konsultationens betydelse. Och vad är det som håller årtionde efter årtionde? Jo, patient-läkarmötet med patientens berättelse där allmänläkarens utmaning är att leta efter punkten där symtomen har sitt ursprung, helhetssynen; att se kropp och själ som en enhet och kontinuiteten; att se människan över tid.

Så är programmet i full gång. Föreläsningar och seminarier avlöser varandra, löper parallellt. Det är stor bredd vad gäller ämnen och goda valmöjligheter. En del nytt, annat repetition, ofta med nya infallsvinklar.

FAS-UT (om att avsluta läkemedelsbehandling) och FYSS IN. Lars Englund från Trafikmedicinska rådet reder ut vårt ansvar vad gäller sjuka i trafiken. En fördjupning i avvikande thyreoideavärden är nyttigt. Genomgången av natriuretiska peptiders roll vid hjärtsvikt rätar också ut flera frågetecken. Vilken analys? På vilka patienter? Vilken information ger det? Anders Kallryd och Rolf Svensson, invärtesmedicinare från Skövde, fö-



Ingmar Lönquist från KursDoktorn och professor Bengt Mattsson inledde Allmänläkardagarna. (Foto: Tom Mårgård)



Håkan Andersson, psykiater i Skövde, föreläser. (Foto: Per Quist)

reläser. Andra ämnen som behandlas är KOL, nyheter i diabetesbehandling samt fallor och fel i diagnostik och behandling av infektioner. Ortopedmedicinare Mats Karlsson, demonstrerar undersökning av axel och knä. Kristina Berg-Kelly, specialist i ungdomsmedicin, ger en inblick i denna viktiga och spännande specialitet, något som ger mersmak. Vi får också tips om hur vi kan lära oss mer: en IPULS-godkänd kurs, Summer School i Lausanne 2007 eller helt enkelt på nätet: www.euteach.com

Den allmänmedicinska forskningen får sitt utrymme. Om aktuell forskning föreläser Jörgen Thorn som står i begrepp att starta en ny FoU-enhet i Göteborg, med centrum i mångkulturella Biskopsgården. En spännande utmaning. Under en förlängd kaffepaus finns möjlighet att träffa männen och kvinnorna bakom FoU-projekt på en posterutställning.

En hel eftermiddag kan man delta i ett handledarseminarium där information ges om vad det innebär att vara handledare på olika nivåer 2007.

Helhetsintryck: Tre välplanerade dagar med ett brett utbud av aktuella ämnen omfattande medicinsk hårdvara, praktisk undersökningsteknik, forskning och handledning. Effektivitet, men ingen stress. Goda förutsättningar för möten och samtal med kollegor. En välfung-

erande konferensanläggning med utmärkta möjligheter till promenader och andra fysiska aktiviteter. Men det som kanske etsade sig fast mest i de flesta av oss, och som vi fick med oss både som en utmaning och något att vila i, var budskapet i Håkan Anderssons föredrag: "Det mesta kan man inte göra något åt – och väl är väl det!" Att inse och acceptera vad man inte kan göra något åt leder till frihet – både för doktor och patient. Att tröst kan vara att dela något som inte går att åtgärda. Att tillit är det centrala i patient-läkarrelationen. Att vi får lämna duktighetskraven på oss själva och försöka finna nöjet i vårt arbete. Det är först då som vi verkligen kan hjälpa. Och glädjande både för oss som var där och för er som missade dagarna i år: det blir nya Allmänläkardagar på Billingshus 30 januari–1 februari, 2008!



Foto: Hans Bondesson

Elisabeth Bondesson
Landveter vårdcentral
elisabeth.m.bondesson@vgregion.se

ANNONS

IDF 2006, Kapstaden

– mångfald och stora kontraster

Foton: Jan Stålhammar



Godahoppssudden

Den 19:e världskongressen för diabetes (International Diabetes Federation) i Kapstaden besöktes av imponerande 12 600 delegater. IDF-kongresserna har under senare tid lockat ett stigande antal allmänläkare, i takt med att typ 2-diabetes både i större utsträckning blivit deras bord, och sjukdomens betydelse ökat i samhället som helhet. Det märktes bland annat på antalet svenska allmänläkare som närvarade, av vilka även några medverkade aktivt, främst med epidemiologiska studier utifrån ett primärvårdsperspektiv.

Kongressen var förlagd till det nybyggda Cape Town International Congress Centre nära turistmagneten Waterfront, ett komplex med restauranger och souveniraffärer, där bl.a. färjorna till f.d. fängelseön Robben Island utgår (där Nelson Mandela satt fängslad). Det gick inte att ta miste på stoltheten hos många "captionians" – invånare i Kapstaden – över att vara värd

för kongressen och man såg på sina håll evenemanget som en logistisk generalmönstring inför VM i fotboll 2010.

Pandemin diabetes typ 2

Ett huvudtema för kongressen var den pandemi av diabetes typ 2 som går över världen och som innebär att dagens 230 miljoner diabetiker beräknas öka till över 300 miljoner år 2025. En växande del av dessa finns i utvecklingsländer, nyligen kännetecknade av näringsbrist och hungersnöd, nu översvämmade av västerländsk snabbmat.

Ett särskilt problem är situationen i Afrika söder om Sahara, där Tbc, HIV/AIDS och diabetes interagerar på ett många gånger förödande sätt. Diabetes ökar (re-)aktiveringen av tbc fyrfaldigt, samtidigt som tbc i sig ökat med fyra gånger i HIV-epidemiens spår och nu omfattar 30% av befolkningen. En extra komplikation är att de multiresistenta tb-stammarna är särskilt vanliga bland personer med diabetes.

För och emot "Glykemiskt Index"

Ett tema som återkom i flera skepnader under kongressen var hur man ska angripa problemet med övervikt och diabetes typ 2.

Flera sessioner tog upp vad man vet om olika slags kostregimers betydelse. En intressant duell ägde rum mellan förespråkare av GI-metoden och dess kritiker (*JC Brand-Miller vs M Franz*). I korthet gick slagväxlingen ut på att lågt GI i maten förbättrar flera metabola parametrar som glukos och lipider, medan opponenter hävdade att lågt GI var en för osäker parameter för praktiskt bruk, eftersom t.ex. potatis i Australien hade högt GI, medan det i USA och Kanada hade ett lågt, samt att man inte får glömma bort att mängden mat också är avgörande. En kommentar i sammanhanget skulle väl kunna vara att det inte är så svårt att hålla reda på vilken kontinent man befinner sig på, och efter det anpassa hur många potatisar man lägger på tallriken. Sammanfattningsvis kan ►►

man konstatera att ingen av regimerna i större studier lyckas sänka vikten mer än 5–10% – men att det är tillräckligt för att uppnå de metabolt gynnsamma effekter som behövs för att få klinisk effekt på riskerna för kardiovaskulär sjukdom. En nackdel är dock den relativt kortvariga effekten. Flertalet patienter är tillbaka till utgångsläget efter 12 månader efter en initial viktneigång.

ECS – kongressens "hype"

Ett annat angreppssätt att komma åt övervikten är att modifiera kroppens be-löningssystem. Kongressens "hype" var det endocannabinoida systemet (ECS), som både påverkar centrala CNS-receptorer för mättnad, och har flera metabola funktioner i perifera vävnader, som fett, lever, magtarmkanalen, muskler och endokrina pancreas. Övervikt och diabetes uppkommer vid överaktivitet i systemet och det som drog allas uppmärksamhet till ämnet var naturligtvis de farmakologiska möjligheterna att nedreglera systemet med CB1-receptor antagonister. Effekterna av rimonabant – det hittills enda av dessa medel – lyftes fram i flera sammanhang, på ett sätt som närmast påminde om en välregisserad lansering.

Som en motvikt emot detta presenterades en intressant redovisning av kirurgisk intervention, framför allt gastric by-pass, emot extrem övervikt (BMI > 35). I sin översikt visade *R Stubbs* (NZ), att viktreduktionen dels var bestående över tiden, dels att en metabol effekt i form av minskad insulinresistens, inträdde närmast momentant efter operationen. Som en möjlig förklaring till det

senare diskuterade man att en peptid i distala delen av magsäcken, som skapar insulinresistens, i samband med operationen också shuntas förbi övre delen av magtarmkanalen. I förlängningen fann man även att den kardiovaskulära sjukligheten minskade för denna grupp – till skillnad från resultaten i en annan studie som redovisades i ett annat sammanhang, där man visade att fettsugning av perifert fett, enbart gav kosmetiska effekter, utan att påverka underliggande metabola riskfaktorer.

Med slumpen som ledstjärna

I det slumpmässiga urval bland många parallella sessioner under fyra kongressdagar, är det mycket som går en förbi. Den enda rimliga strategin är att lita till sin egen näsa för serendipity – att man har turen att slumpmässigt snubbla på något intressant. Ett sådant var *M-R Taskinens* (FIN) presentation om postprandial hyperglykemi och risken för kardiovaskulär sjukdom. Tanken är att förlängd hyperglykemi och hypertriglyceridemi efter måltider orsakar oxidativ stress och en störd endotelfunktion, som i slutänden accelererar den arteriosklerotiska processen. Hittills har konceptet främst använts för att motivera nya dyra läkemedel med mer "fysiologisk" blodsockersänkning än äldre och billigare medel. Det finns dock ännu inga studier som visat på ett sådant samband mellan post-prandiell hyperglykemi och minskad hjärtsjuklighet..

En annan presentation *E Diamanti-Kadarakis* (GRE) handlade om polycystisk ovariesyndrom (PCOS) och insulinresistens. PCOS är den vanligaste endokrina sjukdomen hos kvinnor i reproduktiv ålder och det verkar finnas skäl att uppmärksamma den i större utsträckning än hittills med tanke på de kardiovaskulära riskerna. Förutom reproduktiva problem visar det sig att dessa kvinnor hamnar i samma

riskgrupp för hjärtsjukdomar som män i motsvarande åldersgrupp.

IDF lobbar för insulin i FN

Alla symposier om tankeväckande forskningsresultat till trots, var det en presentation som etsade sig fast: *Pierre Lefebvre* inledningsanförande, där han med konkreta exempel från olika utvecklingsländer, visade hur basala diabetesbehov fortfarande är en utopi för många människor. Många har inte tillgång till insulin och även om det finns, har de inte råd att köpa det.

Bara en halvtimme från Groote Shuur-sjukhuset i Kapstaden, där världens första hjärttransplantation genomfördes 1967, innebär ett insjuknande i typ 1-diabetes i kåkstaden Kayelitsha, i praktiken en dödsdom, eftersom de flesta varken har råd att köpa insulin eller sjukvårdssystemet på annat sätt kan garantera en långsiktig tillgång till läkemedlet.

Ett initiativ från IDF, att få FN och WHO att engagera sig i ett projekt som syftar till att garantera att alla med diabetes typ 1 kan få insulin, var kanske kongressens viktigaste bestående insats.

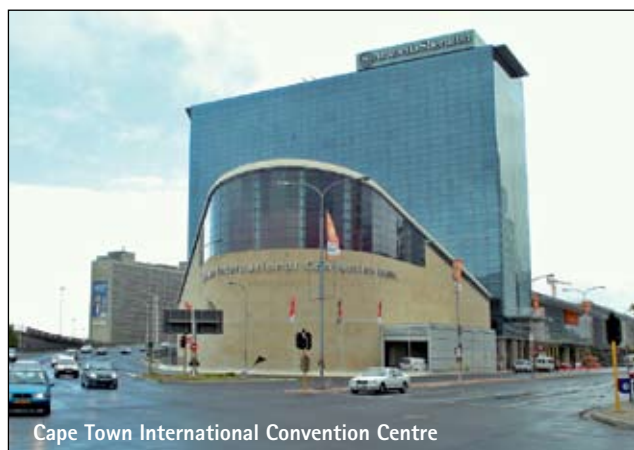
En resa till Kapstaden kan erbjuda stora motsatser. Få städer ligger så vackert, med de drygt 1000 meter höga Taffelbergen i fonden. Samtidigt är vidsträckt kåkstäder med hundratusentals invånare, det första man ser då man åker in från Oliver Tambo-flygfältet till stadskärnan.

En besökare bör inte heller försumma en utflykt till Godahoppssudden, som går på slingrande vägar längs hisnande bråddjup, där Sydatlantens fradgande vågor vräker sig mot klipporna.

Efter det kan det kännas skönt att leva stilla småstadsliv i Stellenbosch några dagar och åka på vinprovningstur. Förutom att njuta av den goda maten och vinet, till exempel gembok med pinotage, kan man även känna gott samvete genom att bidra till den snabbast växande näringen i Kapprovinsen, vinindustrin, som för närvarande sysselsätter över 300 000 personer.

Jan Stålhammar

Eriksbergs vårdcentral, Uppsala
jan.stalhammar@pubcare.uu.se



Kompetensvärdering – vem värderar kompetens?

SFAM har sedan 1989 när den frivilliga specialistexamen utvecklades, strukturerat arbetat med allmänmedicinska kompetensvärdering. Inför den då nya målbeskrivningen blev det nödvändigt att definiera den allmänmedicinska kompetensen och hur man skulle värdera och mäta den.

Nu tycks frågan inte längre kontroversiell. Kompetensen går att mäta och värdera. En kontinuerlig kompetensvärdering in i fortbildningen upplevs som mer naturlig, om än ej nödvändig och prioriterad i vår stressade tid. Vi hinner inte alltid med den önskvärda reflexionen över vår egen kompetens och vårt utvecklingsbehov. Bidragande är förstås bristen på incitament, på stimulans från vårdens huvudmän. Slagordet är ”medarbetarna är vår viktigaste resurs”, men omsorgen om medarbetarnas kompetens är ofta blygsam.

Det finns sannolikt också kunskap nog att definiera inträdeskraven till allmänmedicinen. ”Med tummen mitt i handen” blir man inte kirurg – utan förutsättningar för kommunikation och reflexion blir man ingen allmänläkare. Vi har verktyg och kunskaper för att kontinuerligt mäta och registrera kompetens, som är grundförutsättningen för kvalitet i vården.

Stor kraft läggs på att registrera ”kvalitetsindikatorer”, som tvingas på oss utifrån. Subspecialister definierar kunskapen och indikatorerna, och vi får finna oss i dem. Ordens makt över tanken kan hjälpa oss om vi i stället väljer termen ”verksamhetsindikatorer”, och själva tar fram för allmänmedicinen adekvata indikatorer. Det går.

Patientcentrerad arbetsmetod

Effektiv allmänmedicin bygger på den patientcentrerade arbetsmetoden [1]. Denna kan mätas. Vi har också ett ansvar för att skapa förutsättningar för denna, vilket också går också att mäta. Grundsatserna är [2]:

- **Patientens fria val och tillit.** Vi måste skapa en tillitsfull relation till våra patienter, vilket är grunden och avgörandet för en framgångsrik vård. Den viktigaste förutsättningen är att patienten kan välja sin doktor, och att läkaren i realiteten kan demonstrera – ”jag finns här för dej, när du behöver mej” [4, 5].

- **Patientens fria val och vårt ansvar.** Personlig lista. Varje möte blir på så vis inledningen eller fortsättningen på en relation, ett ”före” och ett ”efter”, som läkaren har ansvar och kunskaper för att vårda och utveckla, efter att patienten genomfört sitt val.

- **Vårt ansvar för tillgänglighet.** Termen har trivialiserats av byråkrater, som lätt mätbar, och misstänkliggjorts i en halvkvåden husläkarreform. Självklart måste även en allmänläkare få sova, eller av andra orsaker inte vara omedelbart tillgänglig. Nyckelfrågan är förstås tillgänglighet till vad? Självklart till den personligt valda, kompetenta (allmänmedicinska specialisten) läkaren med ansvar.

- **Vårt ansvar för kontinuitet och basalt (områdes)ansvar.** Utan hållbarhet över tid och uttalat ansvar är det allmänmedicinska uppdraget meningslöst. Vi kan inte lämna patienterna ”i sticker”, men å andra sidan inte heller vara en ”mädschen für alles” – jämt. Ett avgränsat uppdrag blir en nödvändighet [3].

Dessa aspekter går att definiera och mäta, både på individnivå och på organisationsnivå, och kan därför nyttjas som specifika allmänmedicinska indikatorer. Frågan är om de kan kommenderas fram, om de inte fordrar ett professionellt och engagerat förhållningssätt? Kan en organisation ta ansvar för detta, tvinga fram detta? SKL verkar försöka, men markerar samtidigt sitt ointresse, genom att avpersonifiera vården. Man försöker ”processtyra” vården, framställa allt som programmerbart, räknar ”pinnar”, samtidigt som man inte kan låta bli att betona patientens valfrihet och makt [6].

Kompetens förutsättning för kvalitet

Kompetens är ett svårdefinierat ord. Är svenskan ett för fattigt språk? I England används både ”competence” och ”performance”, som i sin tur har en viktig undergrupp – ”outcome”. En sådan uppdelning kan underlätta analysen.

Outcome

”Outcome” – resultat – är enkelt att mäta och registrera för en ortoped, men när i den livslånga processen ska vi mäta våra resultat? Alla våra patienter går trots alla insatser på lång sikt ett dystert öde till mötes. Är det doktors arbete som mäts när man registrerar t.ex. BMI – en surrogatvariabel långt från de ”hard endpoints” som värden annars eftersträvar? Vi möter vår överviktiga patient, försöker ge henne kunskap att kontrollera sitt liv, att kanske välja att gå ner i vikt, men blir då den lätt mätbara indikatorn BMI ett kvalitetsmått? Ska vi kunna fortsätta ta emot diabetiker som röker? Eller ska de avlägsnas från mottagningen, för att inte riskera diabetessköterskans arbete på grund av sämre ersättning från huvudmannen [7]? Om det etiska uppdraget att fokusera på patienten och dennes önskningar och behov ska tas på allvar så ska uppfyllandet av DETTA mätas och värderas. Kan det ske på enklare sätt än via patientnöjdhet – att patienten väljer att behåller sin läkare?

Performance

Performance innebär i första hand ”uppträdande” – som en skådespelare på scen, och blir meningslöst om det inte skapar en process inom åskådaren/patienten efter ”föreställningen”/konsultationen. Självfallet går detta att recensera, att värdera, att mäta. Den subjektiva delen registreras bäst av patienten, som blir ”nöjd”, men även en professionell värderare – handledare, studierektor, kollega, kan sätta prestationen i relation till standards, till praxis, och skilja ut ”the bad apples” från de som presterar ”Good enough”, eller rent av ”Excellent”. ►►

Historiska bevis på outcome och performance – Portföljen

Competence – den kvarvarande delen, konkretiseras i ”portföljen”, den registrerade utbildningen, de genomgångna erfarenheterna och kurserna. Även detta är lätt att mäta, värdera. Drivs vårdcentralen av amatörer, eller är läkarna erfarna, utbildade, uppdaterade? Är den läkare jag valt en person utan erfarenhet och kunskap om de vanliga problem jag som individ kan behöva sjukvårdens hjälp med, eller en specialist med begränsad kunskap? I alla tider har ”legitimation” eller ”diplom” varit viktiga att visa upp, kanske viktigare än mottagningens medelblodtryck inför förnyat uppdrag, förlängt förordnande?

Sammanfattning

Vi som allmänläkare ”slås” mot en patriarkal sjukvårdsstruktur, där subspecialister sätter den naturvetenskapligt dominerade agendan, och byråkrater utan kunskaper och insikter eller direkt ansvar

definierar ramar och anslag. För våra patienters skull, av etiska skäl och för samhällsekonomin skull [8], måste vi tydliggöra vår egen allmänmedicinska agenda, synliggöra vår egen kvalitet. Institutioner och enskilda forskare, organisationer och debattörer måste samverka om detta. SKL presenterar processtänkande och ”patientsäkerhet” som lösningen på sjukvårdens problem, och Ansvarskommittén verkar vilja avskaffa HSL:s krav på en allmänläkare i första linjen. Men ingen av dessa vill eller klarar att ta bort valfriheten, patientens rätt att välja doktor, när det kommer till kritan. Ska patienten med stöd av doktorn tillsammans få välja behandling och diagnos även framgent, eller måste vi passivt spela med i denna byråkratisering av vården? Här finns ett klart allmänmedicinskt uppdrag rotat i den hippokratiska läkekonstens etik att med civilkurage värna om. Ett uppdrag där vi är tydliga med vilken kompetens som krävs och inte minst hur vi värderar, mäter och påvisar den.

Referenser:

1. Patient – läkarrelationen SBU.
2. McWhinney Ian R., Familjemedicin. Studentlitteratur 2004
3. Avgränsat uppdrag. Avtal mellan Norrbottens Läns Landsting och NLF 2007.
4. Fugelli Per, Tillit är medicinens grundämne. Läkartidningen nr 24-25 2006, ss 1961-1964
5. Borgenhammar E& Olin Robert, Tillitsbrist-sjukdommar – Myt eller verklighet? Nationella Folkhälsokommittén 1997
6. Ansvarskommittén s.154... 2007
7. Dagens Medicin 28 februari 2007: Landsting vill basera ersättning på resultat.
8. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 1999:19.



Ulf Måwe
ulf@mawe.se



Robert Svartholm
polarull@telia.com

Foto: Lars Wäppling

ANNONS

Nyårskryssning i Karibien

Nyåret 1996–1997 tjänstgjorde jag som skeppsläkare för ett norsk-amerikanskt rederi i Karibien. Varje lördag hämtade vi upp tvåtusen passagerare i Miami, och tog dem sen runt på en veckas seglats i Karibiens övärld. Förutom passagerarna fanns ett tusental besättningsmän ombord som servade resenärerna och såg till att båten gick dit den skulle.

Veckan innan avfärden tillbringade jag i Miami, och genomgick den amerikanska versionen av förstahjälpenutbildning, och fick tre sorters uniformer med tillbehör utprovade och uppsydda. Första veckan tjänstgjorde jag dubbelt med min avgående kollega, för att lära mig de rutiner och föreskrifter som fanns ombord, i den närmast militäriska hierarki som finns på ett fartyg. Vi var två läkare som arbetade vartannat dygn med vanlig tjänstgöring på dagen, och beredskap på kvällen och natten. Vi arbetade tillsammans med fyra sjuksköterskor som tjänstgjorde i skift dygnet runt och hade en liten klinik med fyra rum varav ett med EKG-övervakning, där vi kunde ha patienter inneliggande. Vi hade också tillgång till röntgen och laboratorium, och kunde ta de flesta blodprover akut ombord.

Kylrummet fullt av döda

Den första veckan under min lärotjänstgöring dog två passagerare av hjärtinfarkt, en i matsalen och en annan föll död ned i vattnet, när han vadade ut från stranden. Båda var män i 80-årsåldern, och ankorna delgav oss ändå en känsla av att deras män hade fått en behaglig död, efter att vi avbrutit våra upplivningsförsök med defibrillator. När vi kom tillbaks till Miami var hela vårt kylrum fyllt av döda, och jag tänkte att det här blir en kryssning med dödens förtecken, då ju medelåldern också var hög bland resenärerna. Många kom stapplande ombord på båten, med syrgastuber på sina rollatorer, stödda av sina blåhåriga, ofta något yngre fruar. Dessbättre lyckades



Illustration: Katarina Liliequist

vi faktiskt ändå sen hålla liv i alla passagerare ombord under de tre månader jag tjänstgjorde på skeppet, och resan blev både lärorik och angenäm.

Solsveda, skärsår och sjösjuka

De vanligaste orsakerna till att man sökte oss på fartygets sjukvårdsmottagning, var förutom diverse infektioner, smärre skador – och sjösjuka, när det gungade som värst. Efter några timmars inläggning med dropp som bestod av vätska och mediciner mot illamående, var de flesta sen *fit for fight* att kasta sig ut i det hektiska nöjeslivet ombord igen.

När någon blev skadad – eller halkade, kom de alltid ned till oss på kliniken, för att få sina blessyrer omplåstrade – och dokumenterade, inför den kommande stämningen av rederiet, som väntade när de kom till hamn, för att få ut skadestånd eller nya resor.

Oftast kunde vi klara av det mest akuta ombord de första dygnet, innan vi kom till hamn och kunde föra de passagerare som behövde det vidare till sjukhus med ambulans.

Vi hade dock tillgång till den amerikanska kustbevakningens helikoptrar, vilket vi bara utnyttjade en gång, under min tid ombord, i samband med en hjärtinfarkt.

Lyxliv

Fartyget var som ett gigantiskt flytande lyxhotell med ett flertal barer, restauranger, caféer, affärer och scener. Varje kväll framfördes ett flertal sång- och dansshower av hög klass, och som läkare hade jag tillsammans med kaptenen och andrekaptenen mitt eget bord, med tio gäster att underhålla de kvällar jag var ledig. Trots att det i stora matsalen serverades tusen gäster per sittning, var maten och servicen av hög klass, liksom vinerna.

Ofta bestämde jag träff med mina gäster i champagnebaren före middagen, och tillsammans med några herrar avslutade jag sen gärna kvällen i cigarrbaren, till rytmiskt gungande vågor och salsamusik.

En av de äldre passagerarna vid mitt bord sa en gång till mig: "Jag avundas dig verkligen som får vara här tre månader – och till och med få betalt för det!"

Trots att jag också kunde ta dit min familj i omgångar till skeppet blev det bara en enda kryssning – men gråslaskiga dagar som dessa kan jag ibland längta tillbaks – till de blå dimmorna i cigarrbaren på däck tio – och de rytmiskt gungande tonerna av salsa.

Börje Löfgren

Företagsläkare, Företagshälsan reAgera Hälsa
borje@halsokallan.info

Patienten har alltid rätt?

Den goda konsultationen startar ibland med att doktorn blir på gott humör. Varför förneka att vår egen sinnestämning kan påverka engagemanget att finna orsaken till sjukdomen? Samt kan av-göra den viktigaste behandlingsfaktorn – doktorn själv som det mest potenta läkemedlet!

Patienten berömmar en tidigare behandling, smickrar kanske. Förhoppningsvis faller vi inte för frestelsen att sola oss i enkla påståenden som ”du är den bästa doktor jag någonsin träffat” eller ”jag vill inte gå till någon annan än dig”. Men då och då, kanske 10 sekunder efter det välkomnande handslaget, infinner sig själarnas gemenskap – eller i varje fall ett genuint gemensamt intresse. Det kan vara konkret, fotboll eller musik; det kan vara i avgörande värderingsfrågor, politiskt eller moraliskt. Dessa konsultationer blir ofta de bästa, också rent medicinskt, men rymmer risker – känslans expansion som förblindar intellektet. Och när det medicinskt sannolika, rimliga istället visar sig vara det osannolika, det medicinskt oförutsägbara – ja, då kan det bli katastrof i patient-läkarrelationen.

Fallpresentation

Mannen, som inte är från Jönköping, var i 50-årsåldern och kom till mig för diffusa magkatarrsbesvär. Fredagseftermiddagen var lugn och det tog inte många minuter förrän vi hade en intressant diskussion om media. Han brukade läsa mina dra-

por i lokaltidningen, var själv reporter i ett TV-bolag, i huvudsak utomlands, och kände som journalist till min bror, lärare i journalistik.

Mannen hade varit frisk efter att i 20-årsåldern tagit bort tjocktarmen på grund av ulcerös colit. Inga stomiproblem! På grund av utlandsvistelse endast sporadiska kontroller på kirurgen. Där hade man noterat lätt störda levervärden för något år sedan liksom en tysk allmänläkare hade gjort i slutet av 90-talet. Mannen trodde inte själv på läkarnas förklaring, för mycket alkohol, men jag tänkte i mitt stilla sinne – ja, ja, man vet ju hur journalister är.

Glad efter en trevlig konsultation, där jag också fick tack för noggrannheten och tiden jag givit, ordinerade jag syrahämmare för magen och leverprover. Jag gick även med ut till väntrummet och hälsade på mannens mycket yngre hustru, nyligen hemtagen från Kina. Hon var förtjusande. Det här var inte frågan om det gamla vanliga; att äldre ungar syns åka till Sydostasien för att till de djupa smålandsskogarna ta med sig sexuellt attraktiva 20-åringar, som också av tradition är utmärkta för hemservice. Jag var medveten om min fördom men tänkte så.

Leverproverna var lätt störda. Skulle jag följa mina kollegors rimliga men förutfattade meningar och diskutera alkohol med mannen? Skulle jag göra mer skada än nytta med vidare utredning? Jag ringde och frågade mannen. Självklart

utredning, men snabbt. Det kanske var något farligt och jag anade journalistpsykets känsla för det aparta eller unika. Någonstans i mitt bakhuvud surrade också den ulcerösa colitens komplikation, gallgångsinflammationen. Jag hade till och med glömt namnet – scleroserande colangit, som en allmänläkare själv hittar högst en gång vart tjugonde år. Men den kan man väl inte få när man tagit bort tarmen, eller hur var det?

Ultraljudet fick jag snabbt och patienten kom med sin hustru för besked. Han visste redan allt efter sökningar på Internet, mycket mer än jag. Han visste om sambandet colangit och senare risk för cancer. Inga sådana tecken fanns på ultraljudet men magnetröntgen föreslogs för att bekräfta diagnosen scleroserande colangit.

Min långa utläggning om framtida behandlingsmöjligheter för den lindriga åkomman liksom att inte minsta tecken på cancer fanns – det hjälpte inte. Jag har aldrig sett en kines gråta, förtvivlat gråta och förälskelsens ömhet mot mannen gjorde också mitt hjärta varmt. Jag tänkte på Titanic-filmens förälskade par inför ödet, men här var ju skillnaden att cancer bara var en inbillning, döden långt borta hos denne friske, produktiva 50-åriga man. Ingen nygift kinesisk änka skulle sitta ensam på den stora gården i Småland.

Kanske förmärktes ett småleende på mina läppar inför denna romantik. Jag visste ju ändå bäst, en erfaren distriktsläkare med insikt om förlopp och tidssam-

band för komplikationer. Jag avfärdade oron, lovade snabb magnetröntgen och sårades en smula av hustruns besvikna ansiktsuttryck, att jag inte omedelbart kunde trola fram en magnetröntgen. Var det tacken för min upptäckt av colangiten, som kirurgerna missat, och en timmas samtal på övertid?

Veckan därpå var jag i Jönköping och plötsligt hade jag inringda meddelanden på min mobil och flera mail på min landstingsdator från mannen. Hur farao hade han fått tag i mina adresser? Han störde mig i mitt viktiga arbete i Jönköping! Han försökte lära upp mig i medicinska ting och talade om vilken brådska hans fall krävde. Han kunde inte vänta tre veckor på magnetröntgen, då var loppet kört. Han krävde magnetröntgen nu, annars åkte han till Stockholm och tog en privat röntgen, som han kunde få i morgon dag för 5 eller 10 tusen kronor. Det kändes nästan som om han ansåg att jag skulle betala den. Min kompromiss under själsvändor var att jag fem dagar senare, när jag återvänt från Jönköping, skulle ringa röntgen och efterfråga återbudstider. Jag talade i mailsvaret om hur orealistisk han var som lekman.

Men mannen ville inte lyssna på mig! När jag återvände var han där med sitt svar från Stockholm som bekräftade ultraljudsfyndet – colangit. Inte utan självhävdelsens triumf påpekade jag att magnetröntgen precis som jag sagt inte visade tecken på cancer. Nu fick han lugna ner sig! Men inte, han ville inte vänta på kallelse från gastroenterolog om några veckor utan krävde akutremiss till sjukhuset trots att jag försäkrade att det var en onödig resa till en underläkare på akuten, som skulle sätta upp honom hos gastroenterologen om tre veckor – i bästa fall. Det hjälpte inte – han skulle åka akut!

Det blev precis som jag sagt på akuten. Dagen därefter hade han emellertid uppvaktat klinikchefen på kirurgen. Han krävde omedelbar remiss till regionsjukhus och fick det. Jag svor över journalistiska busfasoner, egoism, odemokratiskt sinne! Hur skulle det gå med vår fina sjukvård, med vår "vård på lika villkor" om alla omedelbart för enklare åkommor trängde sig före, krävde minst professors bedömning av en vanlig förkylning eller okomplicerad gallgångsinflammation!

Och ännu värre! Jag blev några dagar senare uppringd från ett helt annat universitetssjukhus, dit patienten sökt sig på en öppen gastroenterologisk mottagning. Det var helt obegripligt hur han tagit sig in. Han skulle ju bara vänta någon vecka utifrån den specialistremiss han redan fått till det andra universitetssjukhuset. Kollegan ville veta lite om min utredning och informera mig om tumörantigenerna. Det var prov jag inte tänkt på och ansåg vara snobbprover för superspecialister utan större kliniskt värde. Men de var positiva och indikerade tumör i lever-gallområdet.

Sex veckor senare läste jag i lokaltidningen mannens dödsannons.



Bengt Järhult, Jönköping
bengt_jarhult@hotmail.com

ANNONS

ANNONS

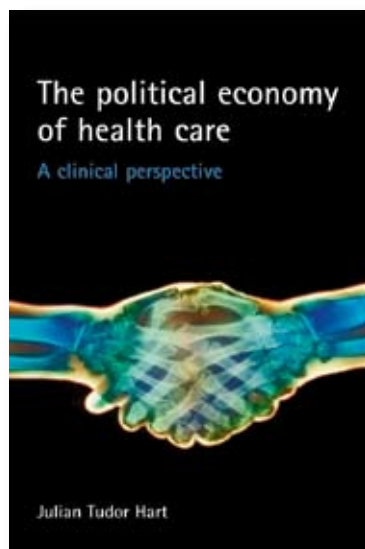
Politisk ekonomi från ett kliniskt perspektiv

Julian Tudor Hart är en pensionerad allmänläkare som verkat i Wales gruv-distrikt under sin yrkesverksamma tid. Han är en atypisk representant för sin yrkeskår på flera sätt.

Ett särdrag är hans intresse för forskning som genererats ur hans upptagningsområde. Denna har lett till forskningsresultat som fått honom att formulera "The inverse care law", vilken innebär att de som behöver mest hälso- och sjukvård får minst, och omvänt. Han har också formulerat "The rule of halves", vilken i princip innebär att hälften ("hälften" avser storleksordning, och inte nödvändigtvis 50 procent) av alla sjukdomar är oupptäckta, hälften av de upptäckta sjukdomarna är obehandlade, hälften av de behandlade sjukdomarna är inte kontrollerade.

Ett annat, kanske är mer utmärkande särdrag för Hart, är att han var en av de få läkarstuderande som stödde National Health Service (NHS), vid dess start 1948 och att han har varit en stark förespråkare för offentlig sjukvård. NHS var vid sin tillkomst höggradigt impopulär bland läkare i allmänhet och det brittiska läkarförbundet i synnerhet. Skälet var att läkarkåren var rädd för försämrade ekonomiska villkor. I stället för att vara egna företagare blev läkarna antingen anställda eller företagare med kontrakt med NHS. De ekonomiska villkoren blev dock avsevärt bättre än tidigare, och NHS fick snabbt stöd från läkarna när verksamheten väl kommit igång. Harts bok är ett försvarstal för en fortsatt offentlig sjukvård för alla och alltså en stridsskrift mot Blairs försök att sälja ut sjukvården i England till den privata marknaden.

Boken är alltså en försvarsskrift för offentlig sjukvård. Som bekant började Margaret Thatchers regering avveckla den offentliga sjukvården i Storbritannien på 1980-talet. Men pga. att NHS



The political economy of health care.
A clinical perspective
Julian Tudor Hart
Bristol: Policy Press 2006.
336 pages
Paperback ISBN 9781861348081
Hardback ISBN 9781861348098

var extremt populärt var det svårt, och processen gick därför mycket långsamt. Blair kom till makten bl.a på vallöften om att restaurera den offentliga sjukvården, men har sedan han kom till makten istället påskyndat de "reformer" Thatcher initierade.

Hart beskriver bakgrunden till NHS tillkomst med uppdämda sjukvårdsbehov hos befolkningen och underfinansierade, nedslitna sjukhus och läkarmottagningar som skulle möta detta behov. NHS förblev dock relativt underfinansierat men var ändå extremt effektivt: länge hade Storbritannien den lägsta andelen av BNP allokera för sjukvård bland OECD-länderna. Trots detta var produkten imponerande: Lika sjukvård åt alla på en rimlig nivå, i stort sett lika över hela landet. Kostnaden för administrationen var oslagbar: länge var den 2 procent av budgeten, för att stiga till 6 procent när den konservativa regeringen började införa managementprinciper

från den privata sektorn. Sedan har den stigit till 12 procent, där den ligger idag. Längre var NHS en pengalös, "gåvoekonomi". Det fanns länge inget behov av att sätta pris på olika procedurer. Först när man skapade interna marknader blev administrationen dyr.

En av Harts poänger är att offentlig sjukvård är billig, bland annat för att de administrativa kostnaderna är låga. Han visar såväl teoretiskt som med praktiska exempel på varför så är fallet. Det tillhör ju en av vår tids myter, att privata sektorn skulle ha låga administrationskostnader. En annan av Harts poänger är, att kvaliteten och patientsäkerheten generellt sett är högre inom offentlig än inom privat sjukvård.

Men boken är inte bara en stridsskrift som förklarar varför offentlig sjukvård är bättre och billigare. Den går på djupet och diskuterar rådande ekonomiska teorier och visar varför dessa inte bara är otillräckliga, utan också inadekvata, för att beskriva hälso- och sjukvårdssektorn.

En av Harts utgångspunkter är, att sjukvård inte kan behandlas som en vara. Medan varor, t.ex. bilar, bäst tillverkas i privata industrier, är en tjänst som sjukvård något annat. All sjukvård tar sin utgångspunkt i konsultationsprocessen, där läkaren (eller annan vårdgivare) och patienten engageras i en "kreativ förhandling" eller i bästa fall "kreativt samarbete" som resulterar i ett kliniskt beslut om vad som ska göras (ingenting, behandling, remiss etc.). Detta är ingen varuproduktion och lämpar sig därför inte för marknaden. Vardagssjukvård handlar dessutom oftast om komplexa problem och inte välavgränsade sjukdomstillstånd.

Trots att Hart argumenterar mot nyliberal ekonomisk teori, instämmer han på en väsentlig punkt i Adam Smiths klassiska nationalekonomi, som den uttrycks ►►

i *The Wealth of Nations*: den att de flesta människor för det mesta handlar i sitt eget intresse. Detta är utgångspunkten för den solidaritet, som ligger till grund för NHS. På denna grund byggdes också tidigare sjukvårdssystem upp i Wales gruvsamhällen: Arbetare betalade en del av sin lön till sjukvård och sjukförsäkring för att försäkra sig mot katastrofala situationer om sjukdom eller olyckor slog till. Som regel delade arbetare och arbetsgivare på kostnaderna, men arbetarnas organisationer hade ofta ett betydande inflytande. Solidaritet har alltså inget att göra med altruism, dvs. att man agerar i andras intresse utan att se till egen fördel. Satsning på sjukvård är således ingen uppoffring utan en investering i eget intresse för att kunna gardera sig mot framtida katastrofer. Hart argumenterar för att det bör vara så även i framtiden.

Hart öser ur sin långa och rika erfarenhet som kliniskt verksam läkare i Wales och beskriver sjukvårdsväsendets historia och utveckling i Storbritannien från ett insidesperspektiv. Hans utgångspunkt är den praktiserande allmänläkarens. De teorier som Hart utvecklar och diskuterar är grundade på hans praktiska erfarenhet.

Det börjar komma allt fler böcker som är kritiska mot den dominerande nyliberala synen på hälsoekonomi och hälsopolicy. Harts bok är en av dem. Men dess kombination av teoretisk bredd och historiskt djup, där inte minst författarens egen erfarenhet imponerar, gör den unik. Jag har svårt att se några bra ursäkter från någon tänkande läkare (eller annan vårdpersonal) för att inte läsa den. Framför allt torde den vara oundgänglig i primärvården. Även om boken är miljömässigt stadigt förankrad i Wales och övriga Storbritannien, skulle en svensk översättning vara en stor tillgång.

Om man skulle välja att inte läsa boken, så har författaren en intressant hemsida, som är väl värt ett besök: www.juliantudorhart.org

Anders Jeppsson
chefsrådgivare, Ministry of Health,
Dar-es-Salaam, Tanzania
anders.jeppsson@med.lu.se

Att vara personlig läkare – att använda sin egen person i allmänläkarrollen

Allmänläkarens yrkeskunnande (Carl Edvard Rudebeck)

Allmänläkaren kan bli expert på det som är giltigt och viktigt i alla konsultationer – att kunna tolka patientens upplevelse och att göra relationen till patienten till den bärande kraften genom samtal, undersökningar och eventuella behandlingar eller andra åtgärder.

Allmänläkaren i relation med patienten (Lena Svedin)

Att utvidga sitt tänkande till att omfatta både patientens och den egna kontexten kan vara avgörande för compliance. I sitt behandlingsarbete kan man, med utgångspunkt i kommunikationsteori, diskutera skillnader och likheter mellan konversation – det goda samtalet – det psykoterapeutiska samtalet, och göra klart för sig skillnaden mellan symmetriska och komplementära relationer liksom vilka konsekvenser detta har i behandlingsarbetet.

Vi arbetar med föreläsningar och grupphandledning. Vi besöker franska allmänläkarkollegor för att få en inblick i en verksamhet med hög tillgänglighet och serviceinriktning.

24 sept–29 sept 2007 Bormes-les-Mimosas, Provence, Frankrike
12.650:- inkl halvpension. Flygresan Nice tillkommer (2995:- med avg. från Köpenhamn). Anmälan senast 1 juni 2007. christina.m.johansson@lio.se

Välkommen!

Lärargruppen genom Göran Sommansson (goran.sommansson@lio.se),
Allmänmedicinskt utbildningscentrum i Östergötland och
Mats Foldevi, Univ lekt/doc i allmänmed, Avd för allmänmed Linköpings univ

Distriktsläkare i Rinkeby blir docent i allmänmedicin



Monica Löfvander som arbetar som distriktsläkare i Rinkeby har utnämnts till docent i allmänmedicin vid KI. Monica är välkänd bland allmänläkare i hela Skandinavien efter sin eminenta roll som en av två presidenter för den nordiska kongressen för två år sedan. Det är fortfarande relativt få kliniskt arbetande allmänläkare som meriterar sig till en docentur. Av kvinnor är de räknande på ena handens fingrar. Att bli docent är som att skriva tre avhandlingar plus lite till.

Jan Sundquist,
professor, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet
jan.sundquist@ki.se

Rättelse

I förra numret (nr 1 2007) råkade vi ange felaktiga namn på bilderna med anknytning till artikeln på sid 5 *Dubbla disputationer om banbrytande gastrokopistudier*. Redaktionen beklagar misstaget djupt, och ber att få be de disputerade Pertti Aro och Jukka Ronkainen, opponenten Jesper Lagergren och artikel-författaren Lars Agréus om ursäkt för bildförväxlingen. Här är rätt namn på de avporträtterade.



Pertti Aro



Jesper Lagergren



Jukka Ronkainen

Nygammalt etiskt-filosofiskt nätverk får åter luft under vingarna

SFAM har sedan många år tillbaka haft ett etiskt nätverk. Detta nätverk har under en tid legat vilande, men nu gror åter engagemanget. Just du är inbjuden att följa med på en resa ifrån Hippokrates till Linn Getz.

På 400-talet före Kristus levde på ön Kos i Grekland en läkare tillika lärare, som ända sedan dess har satt sin prägel på läkarevetenskapen. Jag talar naturligtvis om Hippokrates – läkekonstens fader. Under sina levnadsdagar producerade han ett antal avhandlingar, de Hippokratiska skrifterna, *Corpus Hippocraticum*. Idag tror man sig veta att Hippokrates inte skrev alla dessa skrifter själv, utan att det snarare rör sig om ett arbete utfört av flera olika män. Trots detta kan man se hans teorier och tankar lysa igenom i ett flertal av dem. I dessa skrifter framhålls tydligt vikten av att medicinsk vetenskap skall baseras på erfarenhet, iakttagelser och kritisk granskning, och inte på magi eller religion. Det framkommer också en tydlig läkaretik och man fördömer de som utnyttjar patienternas beroendeställning för egen vinning!

Mest känd torde Hippokrates ändå vara för den läkare som han bedöms vara upphovsman till. Ur denna ed kan man utläsa ett tydligt etiskt synsätt på den vård man som läkare skall idka.

"Jag skall följa de regler, som enligt mitt omdöme och bedömning är till nytta för mina patienter, och jag skall undvika att orsaka skada eller oförrätt."

"Vart än jag går, gör jag detta för de sjukas bästa. Jag skall avstå från alla medvetna orättfärdiga handlingar..."

Gäller detta än idag?

Kan man då säga att det finns en speciell läkaretik och vari ligger då dess kärna? Jag tycker inte att det finns det, efter-

som den etik som rör oss läkare och våra beslut, också måste följa de vanliga etiska grundreglerna. Däremot kan de ämnen som vi vill diskutera ur ett etiskt perspektiv vara präglade av vår kliniska verklighet.

Vid frågor som rör livets slutskede kommer vår etiska värdegrund tydligt med i bilden. Frågan "skall vi göra mer nu", är ofta följt av "vad är etiskt riktigt?". Dessa frågor är naturligtvis svåra, tänkvärda och viktiga. Jag skulle dock vilja vidga begreppen något och även tala om etik när det gäller vårdorganisation, implementering av nya kliniska riktlinjer, och den för mig mycket angelägna frågan – vad skall anses vara friskt och vad är sjukt? Kan du som allmänmedicinare säga att du hela tiden har din patients bästa för dina ögon, och att du faktiskt har gjort ett etiskt ställningstagande till den vård du bedriver. Är vi på väg åt det håll som vi vill vara på väg åt, eller har skutan bytt kurs utan att vi märkt det? Är vi som kaptener alltför upptagna med att läsa instruktionsboken för skeppet, missar alla blindskär och riskerar att gå på grund? Översatt till allmänmedicinarens vardag – är vi så upptagna av att följa alla riktlinjer och nya PM, att vi helt enkelt missar att fånga upp vad människan vi har framför oss egentligen vill ha hjälp med? Linn Getz har i sin avhandling "Sustainable and responsible preventive medicine" fångat just detta dilemma på ett mycket träffsäkert sätt.

I denna allmänmedicinskt osäkra värld anser jag att det är dags att slå ett slag för innebörden av den Hippokratiska eden. Det är dags att stå upp för våra patients bästa, för vem kommer annars att göra det? I början av 1980-talet grundades ett etiskt nätverk inom SFAM. Man har sedan dess hållit i ett antal framgångsrika seminarier, och debatterat allt från vår

relation med läkemedelsindustrin till ledarskap i vården. Det etiska nätverket har under en tid legat vilande, men med nya entusiaster och gamla stöttepelare har nätverket åter fått ny frisk luft under vingarna, nu som ett etiskt-filosofiskt nätverk. Än så länge har arbetet endast inneburit sporadisk e-mailkontakt mellan medlemmarna. Tanken är att framöver diskutera allmänmedicinska dilemman ur ett etiskt perspektiv, väcka diskussion genom artiklar som belyser ämnet och eventuellt även hålla i något seminarium. Du behöver inte vara författare, stor debattör eller ha ett överskott på fritid för att delta. Det enda vi ber om är intresse för etiska frågeställningar och en e-mailadress. Hör av dig!

Foto: Mikael Sjöndin



Madelene Andersson

Styrelseledamot SFAM

ST-läkare

Norrfrjärdens VC (Piteå)

froken_andersson@hotmail.com

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

Lars Borgquist, 070-882 74 01
larbo@ihs.liu.se

Skattmästare

Gunnar Carlgren, 070-618 55 06
gunnar.carlgren@comhem.se

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16
Froken_andersson@hotmail.com

Karin Lindhagen

070-327 09 31

karin.lindhagen@sfam.a.se

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

Pär Säberg

070-765 448

Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg, Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson, Gunnar Carlgren och Lars Borgquist.

Kansli

Heléne Swärd
08-23 24 05
helene.sward@sfam.a.se
(Se även redaktionsrutan)

Examenskansliet

Maria Wittrín Blomqvist
08-23 24 01
Maria.wittrin@sfam.a.se

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

Karin Ranstad, 0455-73 57 21
karin.ranstad@telia.com

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@livmedicus.eu

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin

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

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Anna-Karin Fahlén
anna-karin.fahlen@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Olof Englund
olof.englund@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Christina Kallings Larsson
Christina.Kallings-Larsson@dll.se

STOCKHOLM

Carina Widlund
Car.ina@telia.com
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@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

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Hans Thulesius
hans.thulesius@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

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

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
anne-marie.gravgaard@skane.se
042-14 95 60

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@ltdalarna.se
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

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

STOR-GÖTEBORG
Agneta Hamilton
agneta.hamilton@ptj.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katli@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Kerstin Holmberg
kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

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

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

Karin Ranstad, redaktör
Nättraby vårdcentral, Nättraby
0455-73 57 21
karin.ranstad@ltblekinge.se

Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 51, staffan.olsson@ptj.se

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

Tina Nyström Rönnås, adjungerad
redaktör, Tumba VC
kristina.nystrom-ronnas@sll.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80, 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
Dan Johansson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
dan@mediahuset.se

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2007

Nr	Manusstopp	Utgivning
3	8/5	20/6
4	7/8	19/9
5	18/9	31/10
6	6/11	19/12

Energislukande problematik

I bland hopar sig en särskild slags problematik på mottagningen, som om det var meningen att man skall nå djupare lärdom kring just det. För en tid sedan mötte jag ovanligt många patienter med lungembolifrågeställning. I några fall stämde misstankarna, i andra kunde de avvisas. Det blev tillfälle att lägga praktiska erfarenheter till minnet. Därefter följde en period då jag mötte många missnöjda patienter. Gång på gång blev jag tvungen att försöka analysera situationen. Var klagomålen befogade? Var de uttryck för oro? Är det något i mitt arbetssätt som förändrats och väcker irritation?

Några svar kunde jag aldrig hitta, men frågorna får hänga kvar i luften. Och nu har det varit en anhopning av svåra konsultationer, av möten med patienter som vi kanske brukar beskriva som "besvärliga". Det är situationer som ingår i vardagen, som man borde vara förberedd på, men att hantera många samtidigt var svårare än jag trodde. Kortfattat har det rört sig om möten med patienter som sedan länge är fokuserade på symtom och sjukdomar, men där tidigare återkommande utredningar inte visat någon kroppslig skada.

Det gemensamma har också varit att det är svårt att hitta ett reflekterande samtal och en tillitsfull grund i konsultationen. Jag slits mellan en känsla av att vilja ge allt jag har för att hjälpa personen till en större trygghet och en vilja att genast remittera ifrån mig problemet. Jag blir överväldigad och upprörd när jag förstår att problematiken ofta inte bara finns hos patienten, utan påverkar hela familjer. Mina ambitioner i början av en sådan här relation brukar vara höga, som om jag satsar all min emotionella kapacitet för härbärgering och försök till förståelse. Sedan blir det platt fall. Energin tar slut och jag lyckas ändå inte nå patienten. Antingen känner

sig patienten kränkt och mår sämre, eller så har det slutat med att jag skriver remisser för undersökningar som jag inte tycker är relevanta och upplever att jag hamnat i en fälla.

Vad lär jag mig på ett djupare plan av detta? Hur hitta en rimlig nivå, ett bra arbetssätt? När det gäller just de här fallen, är det några saker som känts viktiga.

Först; man klarar sig inte ensam. Det är viktigt att delge sin situation till kollegor, att diskutera – hur skulle ni ha känt, vad hade ni gjort? Tillgång till Balintgrupp är ovärderligt.

För det andra; att inte tro att en så komplex, livslång problematik kan redas ut på ett par läkarbesök.

För det tredje; att förstå att det är just att stå ut vi behöver göra. Att visa att vi orkar med kaotiska känslor under besöken och är beredda att göra det igen. På en vårdcentral befinner man sig som doktor mitt i ett stort livsflöde. Tusentals berättelser virvlar i och omkring en. Man får sitta stadigt i stolen. Och kanske är det ännu viktigare i patientkontakter som dessa. Att låta strömmande vatten forsa förbi men stå kvar som en orubblig sten. Och satsa på att stämma i bäcken när man möter unga människor med tendens till somatisering.



Foto: Thomas Nyström

Tina Nyström Rönnås
tina.ronnas@home.se

2007

Maj

Leonardo Euract Course for trainers in Family Medicine
22-25 maj. Magglingen-Macolin, Schweiz. Mer information se www.euract.org

Studierektorsmöte i Uppsala

24-25 maj. Kontaktperson: karin.lindhagen@sfam.a.se

Juni

15th Nordic Congress of General Practice

13-16 juni. Reykjavik, Island.
www.meetingiceland.com/gp2007

Juli

18th Wonca World Conference Genomics & Family Medicine

24-27 juli. Singapore
www.wonca2007.com/

Augusti

AAFP (American Academy of Family Physicians) Family Medicine Resident & Medical Student Conference

1-4 aug. Kansas City, Missouri, USA
www.aafp.org/online/en/home.html

September

Steg 3 idrottsmedicin klinisk fördjupningskurs för läkare på Bosön

4-8 sep. För information kontakta Anki, Svensk Idrottsmedicinsk Förening, kansli tel 08-550 102 00, eller email kansli@svenskidrottsmedicin.se

Johns Hopkins University's 2007 European ACG-conference

18-19 sep. Karlskrona.
OBS! – Kan kombineras med Blekingekonferensen 2007. Web-site: www.aexp.se/events/blekingelt
Kontaktperson: ingvar.ovhed@ltblekinge.se

Blekingekonferensen 2007

19-21 sep. Ronneby – Anmälan web-site: www.aexp.se/events/blekingelt
Hur kan Primärvården möta befolkningens BEHOV? Inspireras av Barbara Starfield och lyssna på hur hennes idéer kan omsättas i praktiken t.ex. om hur ett utbyggt ACG-system kan prediktera kommande sjukvårdskostnader eller Rob Reid, Seattle: "A new paradigm for better care of the chronically ill" eller Rod Jackson, Auckland, "There is no such thing as Hypertension".
Kontaktperson: ingvar.ovhed@ltblekinge.se

Att vara personlig läkare – att använda sin egen person i allmänläkarrollen

24-29 sep.
Bormes-les-Mimosas, Provence, Frankrike. Kostnad: 12.650:- inkl halvpension. Flygresa Nice tillkommer (2995:- med avg. från Köpenhamn). Anmälan senast 1 juni 2007.
Mailas till: christina.m.johansson@lio.se

Oktober

EURACT Council möte i Sverige

3-7 okt. (Gävletrakten)
Kontaktperson: Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

AAFP Scientific Assembly

3-7 okt. Chicago, Illinois, USA
www.aafp.org/online/en/home.html

"Internationell allmänmedicinsk konferens – Livslångt lärande för skicklighet"

4 okt, kl 10-16.
Arrangör: SFAM i samarbete med EURACT och Landstinget Gävleborg.
Plats: Älvkarleö Herrgård (Gävletrakten)
Innehåll: plenarsessioner och workshops. Språk: engelska.
Anmälan: Senast 11 juni 2007 till Helene Swärd, SFAM. Begränsat antal (först till kvarn)!
Information: Monica Lindh, studierektor Primärvården Gästrikland och svensk representant i EURACT Council.

SFAMs höstmöte i Visby

"Luft under vingarna"
10-12 okt.

Wonca Europe 2007 Conference in Paris

17-20 okt. "Re-thinking Primary Care in the European Context: a new challenge for General Practice"
www.woncaeurope2007.org/
-Welcome-



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 061121. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktors.nu