

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2007 ÅRGÅNG 28



Jeepläkare i Kenya/sid 23

Banbrytande gastroskopistudier/sid 5 • Hygiendebatt på Ordbyte/sid 14

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:

Att förebygga hjärt-kärlsjukdom – läkarens förhållningssätt till läkemedelsordinationen. ST-uppsats av *Josabeth Hultberg*

Patienten har alltid rätt? *Bengt Järhult* presenterar ett tankvärt fall

Referat från ST-dagarna i Jönköping

Omslagsfoto: Erik Holst

3 Ledare

Om allmänmedicinsk identitet och behovet av förebilder
Anders Lundqvist

5 Vetenskap & Utveckling

Dubbla disputationer om banbrytande gastroscopistudier av allmänläkare – *Lars Agréus*

8 Avhandlingar

Avhandling om kulturkrockar – *Margareta Troein Töllborn*
Samtal om risk och nytta med behandling

11 Notis

Ny professor i Umeå – *Göran Westman*

12 ST-uppsats

Införande av familjeläkärsystem. – Vad tycker doktorn?
Fredrik Carlstedt

14 Debatt

Ur Ordbytesfloden
Sammanställt av *Tina Nyström Rönnås*

17 Praktik

Glesbygdens lov från en utflyttad stockholmare
Anna Falk

Dagbok med reflektioner – *Michaël Ossenkamp*

Jul och nyår i Norge – *Börje Löfgren*

Hur lär vi oss läkaryrket? – *Börje Löfgren*

23 Internationellt

Jeepläkare i Afrika – *Stig Andersson*

26 Konferens

Kvalitetsutveckling tema på Riksstämman 2006
Lars Borgquist, Sven Engström

27 Notiser

Fysisk aktivitet bra för alla – *Lillemor Nyberg*

Örebro läns allmänläkarklubb delar ut pris
Bengt Karlsson

Essä – en spännande möjlighet – *Peter Olsson*

29 Konferens

Fammifinal – *Anders Lundqvist*

31 Recensioner

Doktorn som socialantropolog
Monica Löfvander

Första svenska läroboken om ryggmargsskador
Sveriges öar – uppslagsverk och nöjesläsning
Roland Morgell

Social position och hälsa
Peter Olsson

34 SFAM informerar

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Personlig omsorg
Jonas Sjögren



Jukka Ronkainen (till höger) har disputerat på arbeten från Kalixandastudien. Här tillsammans med opponenter Jesper Lagergren. Sidan 5

”Inte är det i kläderna det sitter, men vårt sätt att klä oss är en viktig del i det ordlösa budskap vi sänder. Kroppsspråket är nog ännu viktigare.”

Kenneth Widäng, Boden är en av deltagarna i Ordbytes hygiendebatt. Sidan 14



Michaël Ossenkamp skriver dagbok med reflektioner. Sidan 18



Läs om Stig Anderssons strapatser som jeepläkare i Kenya. Sidan 23

ANNONS

Foto: Thomas Nyström



Tina Nyström Rönnås
– ny medarbetare i redaktionen

Foto: Anders Lundqvist



Carl Edvard Rudebeck – nyutnämnd
professor i allmänmedicin

Foto: Carolina Olsson



Staffan Olsson
– ny medarbetare i redaktionen

Om allmänmedicinsk identitet och behovet av förebilder

Den allmänmedicinska identiteten är kanske inte lika starkt utvecklad i Sverige som i Danmark och Norge, men jag tror att vi börjar närma oss något. Debatten på Ordbyte är en slags temperaturmätare på detta. I det här numret har vår nya medarbetare i redaktionen, Tina Nyström Rönnås, nybliven specialist i allmänmedicin på Tumba VC, saxat ett antal inlägg från den så kallade hygiendebatten. 2006 var året då vi övergav (inte utan protester) den civila munderingen till förmån för kortärmade bussaronger eller T-shirts av olika slag. (Jag har till och med sett till att få en väggklocka uppsatt på rummet.) Protesterna gällde framför allt den bristande evidensen för de nya hygienföreskrifterna, men några ventilerade också en oro för att detta disciplineringsförsök inrymde ett hot mot den personlige allmänläkaren som företeelse. Tack och lov sitter nu inte identiteten i kläderna. Denna formas gradvis i det dagliga mötet med patienter, och i kollegiala sammanhang kan andra skönja hur den utvecklas under tiden. "I betraktarens ögon" som man brukar säga. I handledarskapet utvecklas vår förmåga att bekräfta den allmänmedicinska identiteten hos våra

adepter. Tidskriftens uppgift är att förmedla den till läsekretsen.

Roland Morgell slutar nu som redaktör och ersätts med Staffan Olsson, nybliven specialist i allmänmedicin från Södra Sandby, Skåne. Roland har gjort en ovärderlig insats under snart ett decennium och som skribent varit mycket flitig. Hans förmåga till textbearbetning står i en klass för sig. Vi andra har lärt oss mycket av honom. Redaktionen hoppas att han kommer fortsätta bidra till tidskriften som skribent. Ingen vågad gissning att det kommer att bli så.

Vi har många duktiga företrädare för specialiteten, men kanske inte så många med samma lyskraft som Per Fugelli, Kirsti Malterud, Steinar Westin, Hanne Hollnagel, Linn Getz, Magne Nylenna m fl. En sådan person är Carl Edvard Rudebeck, Västervik, som nu blivit utnämnd som professor i allmänmedicin vid universitetet i Tromsø. Han disputerade 1992 med avhandlingen *General Practice and the Dialogue of Clinical Practice*, som väckte ett stort internationellt intresse inom allmänmedicinen, och han hade redan tidigare uppmärksamats med ett Nordiskt

forskningspris. Vännen, tillika hans handledare, Bengt Mattsson, professor i allmänmedicin i Göteborg, skrev i ett festtal i samband med Carl Edvards 60-årsdag i höstas, "men det var trångt i den akademiska portgången vid Umeå universitet när avhandlingen skulle accepteras". Särskilt erkänd blev han i Canada, UK, USA och i Norden i övrigt, men under senare år har accepterandet och erkänslan av Carl Edvards insatser ökat också i Sverige. Begrepp som "symptompresentationen", "kroppsempati", "kroppen som jag – kroppen som fysik" beskrivs nu ingående i den nya utgåvan av Ian McWhinneys Familjemedicin. Ingen annan svensk har en så stor plats i denna för vårt ämne så centrala bok, konstaterar Bengt Mattsson. Många är vi som inspirerats av Carl Edvards skarpsinne, originalitet och formuleringsförmåga. Ett stort grattis till utnämningen från redaktionen!

Anders Lundqvist



Foto: Susanne Öberg

ANNONS

Dubbla disputationer om banbrytande gastroskopistudier av allmänläkare

Enligt finsk tradition iförda frack disputerade samma dag Pertti Aro på förmiddagen och Jukka Ronkainen på eftermiddagen på arbeten från Kalixanda-studien, där ett slumpvis urval av den vuxna befolkningen gastroskoperats.

Det hela började en kväll med ett par pilsner på en pub i Antwerpen, vilket för övrigt helt passande lär betyda ”*Hand werfen*”, den kastade handsken. Hur som helst så satt Pertti, Jukka och jag där och spånade om livet. Vi var på en kurs i gastroenterologi för primärvårdsdoktorer – det här var på den tiden då även allmänläkare ansågs vara i behov av kunskapsinhämtande aktiviteter även utanför landets gränser.

Två kulturer möttes i en kreativ diskussion, som har gett både vetenskaplig frukt och personlig vänskap. I Sverige var vi få skopister i primärvården, i Finland var det flera hundra (Pertti var den första!) och på nästan alla vårdcentraler utanför tätorterna har gastroskopi blivit vardag. Det hade smittat av sig över gränsen, så i Haparanda, Övertorneå, Kalix och Överkalix gjordes många skopier av allmänläkare. Ur pilsnerblötta strupar hördes på småtimmarna det klassiska *Eureka*. Varför nöja sig med frågeformulär till folket (med mer frågor än svar som resultat), när man kan stoppa ner ett instrument i dem och se efter hur det står till! Och naturligtvis måste det ske där allmänmedicinen bär skopiansvaret. En pakt var bildad.

Tiden gick, gamla projekt rullade på, nätverk byggdes, idéer förfinades, pengar söktes och så en dag 1998 for en multinationell delegation – där även AstraZeneca ingick – till ett upptaktsmöte på Kalix lasarett, där också gastroenterologen Tom Storskrubb deltog. Med på mötet var även cheferna för sjukvårdsdistrik-



Pertti Aro



Jukka Ronkainen

Foto: Lars Agréus

tet, medicinkliniken och vårdcentralen i Haparanda. Projektet fick namn *Kalixanda* efter Kalix och Haparanda och ”*Kalixandan*” som var ett slagord i ett lokalt projekt. Tankar om försök med intervention ströks eftersom vi inte ville grusa möjligheterna till naturalförloppsstudier, men AstraZeneca var ändå med på noterna och har bidragit med medel i ungefär samma utsträckning som Vetenskapsrådet. Vi skulle genomföra världens första populationsbaserade generaliserbara gastroskopiundersökning på vuxna frivilliga, som inte var patienter. Tusen skoperade personer, med ca 20 biopsier på var och en från matstrupe och magsäck, och med frågeformulär utfrågade personer skulle räcka för att påvisa tillstånd med acceptabelt konfidensintervall. Några frågeformulär måste valideras på finska och skopisternas kunskaper monitoreras och samköras.

Ett urval på 3 000 personer drogs ur den vuxna befolkningen. I fem omgångar om 600 skickades frågeformulär ut med posten, ca 75% svarade och de 200 med lägst nummer i varje omgång erbjöds gastroskopi, (och även här deltog ca 75%). Av dem som inte svarade på enkäten ring-

des var fjärde upp för symptomfrågor och bön om blodprov för *Helicobacter* serologi för bortfallsanalys. 77% accepterade intervju, men färre var roade av att lämna prov. Undersökning tog 2½ år att göra. Senare har en uppföljning skett på den delen av populationen som hade refluxbesvär, samt en genetisk studie på hela gruppen. Vi har byggt upp en databas med över 20 000 biopsier, serum och helblod på över tusen personer samt bortåt en miljon andra data!

Blev nu undersökningen generaliserbar?

Ja, som framgick av första arbetet i Pertti Aros avhandling så fanns endast för den yngsta gruppen en signifikant överrepresentation av personer med vissa symptom och över 50 var det ingen skillnad alls. Även själva populationen bedöms jämförbar med resten av Sverige och andra nordeuropeiska länder. Hans andra arbete visade att drygt 4% av alla vuxna går runt med ett oupptäckt magsår, hälften i magsäcken och hälften i duodenum. Färre än väntat av de senare var *Helicobacter* infekterade och NSAID-orsakade. Rökning och ASA, även i lågdos, var riskfaktorer liksom övervikt för ventrikelsår och infektionen för duodenalsår. ►►

ANNONS

En tredjedel av såren saknade klassiska riskfaktorer. Symtomen var inte heller av "klassisk magsårstyp" och alltså lätt att missa för doktorn

Pertti visar i sitt tredje arbete att det vid övervikt, förutom tidigare känd översjuklighet i matstrupssjukdomar, även finns ökad risk för magsår samt för "funktionella" buksymtom. I det fjärde arbetet visar Pertti att rökning är (minst) lika farligt som vi trott med ökad magsårsrisk, medan snusare ser ut att förskonas, troligen på grund av att snuset är så alkaliskt (även om den patofysiologiska förklaringen säkerligen är mycket krångligare än så). Snusare ska dock inte glädjas för mycket över detta, ty de har en ökad risk för tyst inflammation i matstrupen.

Sammanfattningsvis har Pertti Aro visat att det osannolika – att göra denna undersökning – var möjligt och han har lyft fram helt nya data om framför allt magsårsjukdomen till forskningsfronten. Professor Kurt Borch från Linköping (som gjort den andra svenska endoskopistudien på oselekterade vuxna) opponerade galant.

Efter en nödvändig lunch och med acklamation godkännande av Perttis avhandling från betygsnämnden, var det Jukka Ronkainens tur att försvara sina fyra arbeten om matstrupens sjukdomar. I det första påvisades hur vanligt det är med refluxsymtom (40% av alla sista kvartalet), att 15% av alla har esofagit, men för första gången någonsin visades att 1/3 av dessa var symptomfria. Andra arbetet behandlade hur man med hjälp av livskvalitetbedömning kan avgränsa dem med "sjukdom" från de med "naturliga besvär" bland alla med symptom. Det arbete har redan satt sina spår i den nya definitionen för refluxsjukdomar "worldwide" som nyligen publicerats.

Det tredje arbetet var redan när det publicerades en klassiker – körtelcelscancer i nedre delen av matstrupen ökar i

väst, på sina håll explosionsartat, och förekomsten av dess förstadium, som kallas *Barrett's esophagus*, var tills denna publikation kom okänd, till förfång för alla resonemang om eventuell screening i hela eller delar av befolkningen, och överhuvudtaget för tillståndets naturalförlopp. Jukka visade vid sitt försvar att det han funnit var lika hållbart som den editorial i *Gastroenterology* utropade när artikeln kom: *Finally we know!*

Det fjärde arbetet är också banbrytande. Det handlar om det hittills för många av oss okända tillståndet *eosinofil esofagit*, eller "allergisk matstrupsreaktion" som ofta går med smärtsam sväljning. Detta tillstånd har mest undersökts hos barn tidigare, men Jukka visade att eosinofili i matstrupen fanns hos 5% av alla vuxna, och i sådan omfattning att det kan klassas som sjukdom hos 0,7% av oss. Även detta var nya data för vetenskapsvärlden. En galant opposition genomfördes av professor Jesper Lagergren från kirurgen på Karolinska Sjukhuset. Efter betygsnämndens godkännande utbröt ett dubbelt champagneskålande för Aro och Ronkainen och på kvällen vankades det en hejdundrande fest på Läkarsällskapet.

Datum: 2007-01-11

Institution: Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Huddinge

Handledare: Lars Agréus

Doktorand: Pertti Aro

Avhandling: Peptic ulcer disease in an adult population. The Kalixanda study: a population-based endoscopic study

Opponent: Kurt Borch

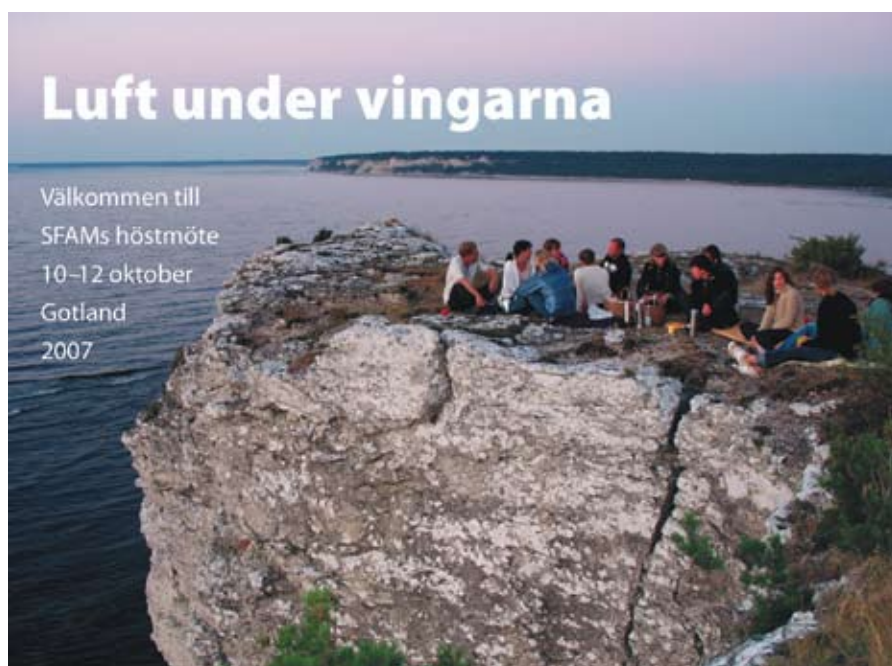
Doktorand: Jukka Ronkainen

Avhandling: Gastroesophageal reflux disease in adults. The Kalixanda study: a population-based endoscopic study

Opponent: Jesper Lagergren

I de bägge betygsnämnderna satt docent Christer Anderson från Allmänmedicin Umeå och docent Anna-Liisa Karvonen, gastroenterolog från Tammerfors, samt för Pertti Aro docent Christer Stael-von-Holstein, och för Jukka Ronkainen docent Folke Jonsson, bägge kirurger från Lund. Ingvar Krakau ledde galant bägge akterna. Nu ser vi fram emot projektets akademiska fulländning, triumviratets slutgiltiga upphöjelse, när Tom Stor-skrubb halvtidrar på CeFAM i mars och förhoppningsvis disputerar i höst!

Lars Agréus
lars.agreus@ki.se



Avhandling om kulturkrockar

Caroline Wachtler är amerikanska och hade en BA i antropologi i bagaget när hon började läsa medicin i Lund. Redan under sin första termin här tog hon initiativ till sommarforskning. Hon kom snabbt igång med en forskarutbildning som hon bedrivit parallellt med sina läkarstudier, på lov och under perioder med individuella studier och examensarbete.

I Carolines avhandling är fokus på läkarens roll vid kulturskillnader mellan patient och läkare. Hon undersökte två olika områden: primärvård och läkarutbildning. I den första delen av avhandlingen koncentrerade hon sig på vad patienten och vad läkaren för med sig till konsultationen. I den senare delen undersöktes den pedagogiska miljö som formar läkaren.

I det första arbetet undersöktes relationen mellan självskattad hälsa och invandrarsstatus i två orter i Skaraborg, där invandrare bedömdes vara integrerade. Deltagarna, som besvarade en enkät och genomgick en klinisk undersökning, kategoriserades som svenskar eller som invandrare från västvärlden, Östeuropa eller Mellanöstern. Hon undersökte inflyttandet av demografiska faktorer, livsstilsfaktorer, hälsostillstånd och socialt nätverk på associationen mellan ursprungsregion och självskattad hälsa. Kvinnor från Östeuropa hade sämre självskattad hälsa än svenska kvinnor. Män från Mellanöstern hade sämre självskattad hälsa än svenska män, men detta kunde förklaras med demografiska, livsstils- och sociala nätverksfaktorer. Detta pekar på att även invandrare som ses som integrerade kan skilja sig hälso-mässigt från majoritetsbefolkningen och att invandrare inte är någon homogen grupp.

Det andra arbetet är en intervjustudie med allmänläkare i Skåne. Läkarna val-

des ut strategiskt för att representera invandrartäta och invandrglesa områden, män och kvinnor, svenska och invandrade läkare. Läkarna poängterade att målet för varje konsultation var att nå ömsesidig förståelse i konsultationen. De fokuserade på att se varje patient som en individ i första hand, och de ansåg kulturella skillnader som mindre viktiga än individuella skillnader. Kulturskillnader betraktades som ett av flera hinder för god förståelse men när konsultationer var särskilt svåra berodde det ofta på kulturkrockar. Sådana konsultationer efterlämnade ofta en känsla av misslyckande. En strategi för att klara dessa konsultationer var att helt enkelt försöka undvika att ta upp kulturskillnader.

Det tredje arbetet är en studie av innehållet i läkarprogrammet i fråga om kompetens att arbeta med patienter med annan kultur. Caroline undersökte programmet ur tre olika aspekter: Vad står det i måldokumentet och kursplanerna? Vad säger lärarna att man gör? Vad uppfattar studenterna?

Det fanns en del mål relaterade till kultur. Några undervisningsmoment fokuserade specifikt på kompetens vid kulturskillnader, men det uppgavs att studenterna framför allt fick del av dessa kunskaper genom den integration som sker i kliniskt arbete. Man tog inte upp kulturfrågor i examination. Studenterna angav några tillfällen när kultur hade tagits upp, men de menade att det var i hög grad en fråga om tillfälligheter om detta alls berördes i den kliniska handledningen. Slutsatsen är att man inte vet om studenterna tillägnat sig den kompetens som krävs för en läkare.

I det fjärde arbetet har C använt deltagande observation, som är en antropologisk metod hon lärt sig under sina tidigare studier. Hon deltog i en kurs inom ramen för programmet Humaniora och medicin, som vände sig till



Foto: Liz Wachtler

Caroline Wachtler

Datum: 29 september 2006

Avhandling: Cultural Discord in a Medical Context. A Challenge for Physicians

Respondent: Caroline Wachtler, caroline.wachtler@med.lu.se

Handledare: universitetslektor Margareta Troein Töllborn, professor Eva Hamberg, migrationsvetenskap med religionsvetenskaplig inriktning, och professor Anders Håkansson

Opponent: professor Göran Westman, Umeå.

Institution: Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, allmänmedicin. Adress vid beställning: Universitetssjukhuset MAS, 205 02 Malmö

studenter både på medicinska och humanistiska fakulteterna. Genom att analysera intentionerna med kursen, vad som hände i kontakten mellan humanistiska fakulteten och medicinska fakulteten och genom att intervjua studenter fann hon att medicinarnas agenda dominerade: humaniora fick rollen av ett pikant inslag i den medicinska vardagen. Grundläggande begrepp från humaniora belystes, men medicinens perspektiv diskuterades aldrig. Medicinstudenterna ansåg att de lärde sig en del nya begrepp och utvecklade sin förmåga att diskutera. Studenterna från humanistiska fakulteten tyckte att de inte fick något riktigt utbyte av kursen. Kursen illustrerade de

” Det är en stor tillgång att människor med andra kunskapstraditioner och kompetenser väljer att läsa medicin och att forska, så att verkligheten belyses från flera håll.

svårigheter som finns vid interdisciplinärt samarbete, inte minst när det gäller vilken kunskapstradition som tillåts dominera.

I ramberättelsen har Caroline valt att göra en fyllig bakgrundsteckning om migration, kultur, hälsa, konsultationer och lärande. Hon har också gjort en tydlig deklaration av sin vetenskapssyn, något som sällan förekommer i medicinska avhandlingar.

Carolines avhandling i allmänmedicin illustrerar bredden i vårt ämne, från självupplevd hälsa till utbildning för läkarstudenter, och nyttan av att tillämpa olika sorters metoder i utforskandet av verkligheten. Det är en stor tillgång att människor med andra kunskapstraditioner och kompetenser väljer att läsa medicin och att forska, så att verkligheten belyses från flera håll.

Under avhandlingsarbetet har det också varit en stor glädje att ha täta kontakter med lärare från andra fakulteter. Eva Hamberg, professor i migrationsforskning, och Susanne Lundin, professor i etnologi, har gett viktiga bidrag från sina respektive områden.

Slutligen vill jag uttrycka min beundran för Carolines energi: under 2006 tog hon läkarexamen i januari, fyllde 30 i april, disputerade i september och fick dottern Agnes Grace i november. Vi hoppas alla att hon vill fortsätta att forska parallellt med klinisk verksamhet.

Margareta Troein Töllborn,
Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper, allmänmedicin, Malmö
margareta.troein@med.lu.se

Samtal om risk och nytta av behandling



En avhandling vid avdelningen för klinisk farmakologi i Linköping har kartlagt attityder hos patienter och läkare när det gäller samtal om risk och nytta med hormonbehandling. Opponent var Bengt Mattsson från Göteborg.

Enkätundersökningar 1999 och 2003 på samtliga kvinnor i Linköping som fyllde 53 och 54 år visade att attityden till hormonbehandling hade förändrats. 1999 ansåg fyra av fem att hormonbehandling hade god effekt och en av åtta bedömde riskerna för allvarliga biverkningar som höga eller mycket höga. Fyra år senare var det bara två av tre som trodde att metoden gav god effekt, medan var fjärde nu bedömde riskerna som höga eller mycket höga.

Samtidigt halverades apotekens försäljning av hormontabletter (mätt som definierade dygnsdoser) till Linköpingskvinnor i dessa åldrar från början 2000 till slutet 2003. Motsvarande minskning i hela landet var 44 procent.

Intervjuer med kvinnor som sökt för klimakteriebesvär under 1999–2000 och med gynekologer som stod för rådgivning och behandling visade att kvinnorna var mer inriktade på att få lindring för sina akuta symtom, medan läkarna fokuserade på att beskriva långsiktiga effekter. Kvinnorna var mer benägna att diskutera risker för biverkningar. Information om detta hade de fått huvudsakligen från massmedierna. Läkarna undvek helst att tala om ”risker” och föredrog ordet ”nackdelar”.

Man kunde identifiera olika retoriska strategier hos läkarna, från enkel kalkyl av antal fördelar och risker, till en ”säljarstrategi” för att försöka överbrygga skillnaden i uppfattningen om hormonbehandling som finns mellan läkare och patienterna. Denna skillnad beror till stor del på svenska riktlinjer som säger att kvinnor som har klimakteriebesvär bör erbjudas tidig behandling under kortare tid, medan de studier som väckt

Avhandling: Risk talk – on communicating benefits and harms in health care.
Mikael Hoffmann. Linköping 2006.

uppmärksamhet i medierna i huvudsak studerat effekter vid lång tids behandling hos äldre kvinnor.

Notis



Kurs i konsultation och videosupervision, Kalymnos, Grekland

På vår kurs från den 18–25 Maj 2007 finns fortfarande enstaka platser – se mera på www.kalymnos-kurser.dk

Kursinnehåll:

Träning i patientcentrerad konsultation med hjälp av rollspel, som spelas in på video och handleds.

Lärare:

Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studieledare, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor Jørgen Nystrup och adjunkt, allmänläkare Charlotte Hedberg.

Deltagerantal:

32, som fördelas på 4 grupper med 8.

Pris:

Kursavgift: 9.000.- DKR,
Hotell + 2 middagar: 2.600.- DKR,
Resa ca. 2.500.- DKR

Kontaktperson:

Jan-Helge Larsen
Frederikkevej 20, 1
DK-2900 Hellerup
Tlf. +45-4921 5400
E-Mail jhl@dadlnet.dk

ANNONS

Ny professor i Umeå

Roger Karlsson är sedan juni 2006 en av fyra professorer i ämnet allmänmedicin i Umeå. Det blir en klar förstärkning av allmänmedicinsk forskning, undervisning och handledning vid enheten.

Roger K. började sin yrkesverksamhet med att arbeta som veterinär 1968–70 för att därefter studera medicin vid Umeå universitet. Han blev specialist i gynekologi 1981 och specialist i allmänmedicin 1985. Sin kliniska tjänstgöring har han haft vid Mariehems och Ålidhems vårdcentraler i Umeå, för att under de senaste åren arbetat kliniskt på Ungdomsmottagningen i Umeå motsvarande en dag i veckan.

Roger Karlsson kom som högskolelektor 1988 tidigt in i arbetet med att bygga upp den allmänmedicinska undervisningen vid Umeå universitet. Det omfattar idag 1–2 veckors perioder på termin 5, 7, 9 och 11 i läkarprogrammet i Umeå. Han tog också en aktiv del i uppbyggandet av "Doktorsskolan", sedermera "Tillämpad Medicin" och numera "Professionell Utveckling". Denna strimma omfattar idag totalt 17 veckor med inslag på samtliga 11 terminer i Umeå. Sedan 2004 är han kurssamordnare för detta utbildningsmoment.

Han leder också samordningen av all primärvårdspersonals fortbildning i Umeå sjukvårdsdistrikt. Det har varit och är en strävan att inte bygga upp parallella organisationer för forskning och utveckling i Umeå. Den strategin har också visat sig framgångsrik.

Handledning – teoretiskt och praktiskt – är ett centralt område för Roger Karlsson. För att klara läkarstuderandes behov av klinisk handledning under grundutbildningen, utvecklades tidigt återkommande handledardagar för distriktsläkare i norra sjukvårdsregionen. För att stödja landstingens handledning

av AT-läkare och ST-läkare har han sedan av början av 1990 medverkat i handledarutbildning av distriktsläkare och sjukhusläkare – från Höör i söder till Jönköping, Kalmar, Göteborg, Borås, Stockholm, Gävle, Östersund, Sundsvall, Umeå och Luleå i norr. Idag bedrivs denna handledarutbildning i samverkan med studierektorerna i norra sjukvårdsregionen med 2+1+2 dagar under 3–5 månader. Denna utbildning är problem-baserad med betoning på videofeedback och reflektion.

I SFAM har han medverkat i speciella examinatorutbildningar för den frivilliga specialistexamen. Insatserna har handlat om att ta fram verktyg för skattning av konsultationers innehåll och kollegial skattning av konsultationers och handledningssamtals kvalitet.

I arbetet som lärare vid Umeå universitet ingår också att handleda studenter, från att läsa och kritiskt granska rapporter i lärlärlaget, att vägleda sommarstipendiater, till att följa dem som skriver iopöngsarbeten. En sådan sommarstipendiat kom sedan att disputera och blev en av de två som Roger Karlsson varit huvudhandledare för fram till doktors-examen.

Mycket av Rogers tid ägnas nu åt att säkra och utveckla det reformarbete av läkarprogrammet som genomfördes med U2000 i Umeå. Han är sedan 2002 ledamot av programkommittén för läkarutbildningen, och sedan 2004 pedagogisk samordnare för läkarprogrammet U2000 vid Umeå universitet.

Aktuell forskning och utveckling handlar om att med stöd av IT och internet utveckla testmetoder som tillåter människor att själva beställa och utföra provtagning i dialog med vårdgivare. För närvarande bedrivs forskning och klinisk verksamhet för epidemiologiska studier av klamydiainfektioner via in-



Foto: Emil Edeholt

Roger Karlsson – en av fyra professorer i allmänmedicin i Umeå.

ternet-sajten www.klamydia.se med stöd av landstingen i Västerbotten och Västra Götalandsregionen.

Den medicinska fakulteten vid Umeå universitet har således försäkrat sig om vetenskaplig och pedagogisk kompetens som behövs för att klara morgondagens behov av läkarlärare och forskare för patientnära diagnostik och behandling.

Göran Westman

professor i allmänmedicin, Umeå
goran.westman@fammed.umu.se

Införande av familjeläkarsystem. Vad tycker doktorn?

Provinsialläkare, distriktsläkare, husläkare, personlig läkare, fastlege, praktiserande läkare, primärvårdsläkare, allmänläkare och familjeläkare. Kärt barn tycks ha många namn och benämningarna ger olika associationer och speglar olika system. Familjeläkarsystemet i Värmland skulle kunna sägas vara en lokal tillämpning av Protos. Det fångade mitt intresse som grund för min uppsats inför specialistexamen.

Bakgrund

Primärvårdens organisation utgör ett långvarigt debattämne. Sedan 1994 ger Hälso- och sjukvårdslagen alla som så önskar rätt att välja en fast läkarkontakt. Så ser dock verkligheten sällan ut. I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården 2000 konstaterades att möjligheten att etablera en långsiktig relation med en egen vald läkare i primärvården är angelägen. Man anger också att mångfalden av vårdgivare inom den öppna vården ska öka genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen [1]. 2005 infördes i Värmland ett familjeläkarsystem (FLS). Det baseras på aktiv listning av invånarna hos enskilda läkare, vilket utgör grunden för ersättningen till vårdcentralerna. En lista för en heltidsanställd läkare skall motsvara 1800 invånare, där man genom s.k. viktning justerat för bl.a. ålderns påverkan på sjukvårdskonsumtionen. Det är tänkt att ersättningen skall vara neutral gentemot olika driftsformer.

Förändringar av läkarnas attityder och arbetssituation i och efter en förändring av villkoren för verksamheten, som införandet av FLS utgör, är inte tidigare formellt studerade i Sverige, såvitt författaren kunnat utröna. För att åtgärda detta skickades under våren 2005 en enkät till samtliga listningsbara läkare samt alla läkare under specialiserings-tjänstgöring (ST) i allmänmedicin inom

Värmlands läns landsting (LiV). Av 172 skickade enkäter inkom 120 svar (70%). Värmland har, liksom övriga landet, problem med underbemanning. Det är framförallt uttalat i glesbygd, definierad som vårdcentral med mer än 30 min resa från akutsjukhus.

Fastlegereformen som infördes i Norge 2001 bygger liksom FLS på listning hos enskild läkare men skillnaderna gentemot Värmland är många och sjukvårdssystemet i Norge är annorlunda jämfört med Sverige. Förra året publicerades en omfattande utvärdering av reformen [2], dock behandlas konsekvenserna för läkarna i endast en mycket liten del.

Fördelningen av patienter

Innan FLS infördes fanns en stor variation bland vårdcentralerna gällande fördelningen av patienterna mellan de olika läkarna. Varje vårdcentral hade ett geografiskt ansvar.

Av svaren framgår att läkarna vill ha ett tydligt avgränsat uppdrag och att arbetsbördan skall vara jämnt fördelad mellan de enskilda läkarna. I det första fallet tror man att FLS kommer att innebära en förbättring, medan i det senare en försämring. Detta ligger i linje med erfarenheterna från Norge [2,3].

Man tror att FLS kommer att innebära minskade möjligheter till variation av tjänstgöringsgrad, arbetsplats och patientunderlag. En känsla av ökad bundenhet vid patienterna stämmer väl med vad som erfärts i Norge. Detta kan tyckas lite märkligt eftersom man även tidigare i de allra flesta fall haft regler för fördelning av patienter, dock innebär de nya reglerna att man i princip har kvar sin lista även om man byter vårdcentral.

Inställningen till att patienten skall ha ett fritt läkarval är måttligt positiv hos läkare i LiV, men något mer positiv hos de anställda hos entreprenör. Man tror dock att möjligheten till fritt läkarval kommer att öka endast till viss del, vilket



Fredrik Carlstedt

torde kunna förklaras av att läkarbristen i hög grad försvårar möjligheten till ett verkligt fritt val. Något som framkommer i kommentarerna till enkäten är att den rådande underbemanningen på familjeläkartjänsterna gör att man är mer negativ till reformen än man annars hade varit. Det är också något som ofta tagits upp i de interna diskussionerna. Vid reformens införande beräknade man andelen medborgare som inte skulle få någon plats hos familjeläkare till ca 30%.

Arbetsmiljön

Generellt förefaller man uppleva arbetsmiljön som god under 2004, men man oroar sig för att det kommer att försämrars av FLS. Detta i form av försämring vad gäller kollegialt samarbete, allmän stämning, syn på framtiden som allmänläkare, nöjdhet i valet av specialitet och om man trivs på sitt arbete. Innan FLS uppger 76% att de trivs helt eller till stor del på arbetet. I folkhälsorapporten "Värmlänningarnas liv och hälsa" från 2004 rapporteras att 80% av värmlänningarna uppger att de trivs mycket bra eller ganska bra på jobbet [4]. Med tanke på läkaryrkets relativt höga status och lönenivå, kan man tycka att läkarnas trivsel på arbetet borde ha varit större.

Arbetsbelastningen upplever 39% att de ofta, helt eller till stor del, har dålig kontroll över. Någon tydlig oro för att detta skall försämrars syns inte, vilket kan tyckas förvånande med tanke på den kritik som framförts i interna diskussioner och vad som framgår av utvärderingen

av fastlegereformen i Norge. Att förmågan att sätta gränser mot vissa patienter skulle försämrats av FLS, verkar inte finnas någon oro för vilket också kontrasterar mot erfarenheterna i Norge. Att det däremot kan komma bli svårare att infria patienters förväntningar tror man, vilket stämmer med bilden i Norge [2,3].

De positiva effekter man förväntar sig av FLS är ett mer tydligt avgränsat uppdrag, och mer generella regler för budgettilldelning.

Organisationen

Det ses en negativ attityd till konkurrens i primärvården, men den är något mer positiv hos läkare anställda hos entreprenör. Att budgettilldelning skall ske efter generella regler är man i hög utsträckning positiv till, men att detta skulle komma ske i större utsträckning efter FLS tror man dock inte. I glesbygd är man också mer negativ till generella regler, vilket kan förklaras av en förmodan att sådana missgynnar enheter i glesbygd, med deras bredare åtagande.

Det finns en oro för att FLS medför en sämre effektivitet inom primärvården. Detta skulle kunna bero på förmodat ökat administrativt arbete, geografiska problem när patienter listat sig på avlägsna vårdcentraler eller problem i kontakter med hemsjukvården.

FLS förmodas medföra en tydligare koppling mellan produktivitet och lön, vilket manliga läkare är något mer positiva till än kvinnliga.

Ledning

Förtroendet för befattningshavare inom landstingshierarkin är lägre ju högre upp i organisationen dessa befinner sig. Störst förtroende åtnjuter enhetscheferna, följda av länsverksamhetschefen, gruppen som arbetar med införandet av FLS och sist landstingspolitikerna, för vilka förtroendet får sägas vara mycket lågt. Förtroendet för enhetscheferna är radikalt högre inom LiV än i Carema, medan länsverksamhetschefen i LiV åtnjuter lägre förtroende än de i Carema. Personliga faktorer spelar förstås roll för detta men denna tendens stämmer väl med vad man såg i folkhälsorapporten

2004 [5]. Där såg man ett betydligt mindre förtroende för politiker än för myndigheter. Dessutom omtalas också där en förtroendeparadox; av alla institutioner ligger förtroendet för sjukvården högst och för landstingets ledning lägst.

Hur har det gått hittills?

Det har i media synts ett stort missnöje med FLS sedan listningssystemets införande 2005. Kritiken har främst gällt svårigheter att lista sig på sin hemmavårdcentral och fulltecknade läkare. En konsekvens har varit att personer som bött intill den dåligt bemannade vårdcentralen A har listat sig på den välbemannade vårdcentralen B, vars läkare då snabbt blivit fulltecknade. När sedan boende intill vårdcentral B väl skall lista sig är deras vanliga vårdcentral fulltecknad och de hänvisas till andra änden av stan eller länet. Patienter boende vid A har fortsatt söka vid vårdcentral A vid akuta besvär, men hänvisas då ofta till vårdcentral B, vilket skapat viss missnöje hos befolkningen (av tidningsinsändare att döma) och extraarbete på vårdcentralerna.

Det från början upplösta geografiska ansvaret har nu återinförts så att man är skyldig att ta hand om olistade individer i ens eget upptagningsområde. Detta har gett vissa vårdcentraler en ökad belastning medan andra mister budgetmedel eftersom de saknar listningsbara läkare och riskerar att lägga ner sig själva. Det senare skulle inte vara ett problem om det inte vore så att dessa vårdcentraler ligger i glesbygden och nedläggningar skulle leda till orimliga konsekvenser. Den nya politiska majoriteten i landstinget har sagt sig vilja revidera systemet.

Vi avser att göra en uppföljning av enkäten tidigast under hösten 2007. Om den oro som framkommit i enkätsvaren är befogad eller inte, får vi förhoppningsvis en bättre bild av då.

För få allmänläkare, som vanligt

I en enkät som besvarats av 405 allmänläkare (20% av de tillfrågade) i hela landet 2003 anser varannan allmänläkare att det blivit sämre att arbeta i primärvården under de senaste fem åren [6]. I en debattartikel i tidskriften *AllmänMedicin*

från 2004 kan man angående allmänmedicinens identitetsproblem läsa: "Klangen av periferi och organisation överröstar den möjliga och särskilda yrkeskunskapen. Allmänläkarnas utvecklingsreserver försvinner i inre tjänst i organisationen [och dess ständiga förändringar], istället för att föra allmänmedicinen framåt" [7]. Jag är beredd att hålla med. Primärvårdens organisation bestämmer villkoren för dess innehåll, men omorganisationer utan betoning på den personlige läkarens roll undergräver dess status, både inom och utom sjukvården. Oavsett system verkar dock grundproblemet i Värmland idag vara att det finns för få allmänläkare, vilket blivit tydligare i och med FLS. I Sverige tycks sjukhusbaserad vård tilltala både politiker och nyblivna läkare i alltför hög grad. Många allmänläkare har nog känt att vi skulle kunna ha ett bredare åtagande än idag, om tid fanns och om systemet premierade det. Sverige har en av de högsta läkartätheterna i Europa. Det måste finnas ett grundläggande fel, när man inte kan få tillräckligt många läkare till vad som är läkaryrkets kärna, att vara den personlige läkaren.

Fredrik Carlstedt, Filipstad
fredrik.carlstedt@liv.se

Referenser:

- 1) Regeringens proposition. Nationell handlingsplan av hälso- och sjukvården. Stockholm, Socialdepartementet, 2000 (prop 1999/2000:149).
- 2) Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd 2006. www.forskning.no/eval.rapport
- 3) Grytten J. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Læforen 2004;124(3):358-61
- 4) Eriksson U-B, Engström L-G. Arbete och arbetsmiljö. Värmlänningarnas liv och hälsa, Landstinget i Värmland och Karlstads Universitet 2004; 72-83.
- 5) Denk T. Uppslutning bakom den representativa demokratin. Värmlänningarnas liv och hälsa, Landstinget i Värmland och Karlstads Universitet 2004; 126-136
- 6) Familjemedicinska institutet. Problem Detection Study. Läkare och distriktssköterskor 2003. www.fammi.se
- 7) Jaktlund E, Mattsson B, Rudebeck CE, Sjönell G, Stolt M. Allmänmedicin 2004;5: 15-17.

Ur Ordbytesfloden

Skärpta riktlinjer avseende basala hygienrutiner har införts i våra landsting. Dessa rutiner skall gälla i alla vårdssituationer med nära patientkontakt, även på vårdcentraler. Arbetskläder skall tillhandahållas av arbetsgivaren, bytas ofta, tvättas i tillräckligt hög temperatur (inte i hemmet). Överdelen skall vara kortärmad. Klockor, ringar, armband skall inte användas och man skall desinfektera/sprita händerna före och efter alla patientkontakter. Detta har väckt reaktioner på Ordbytet. Här kan du ta del av några av inläggen på Ordbyte i förkortad och något redigerad form. Inläggen inkom under december 2006.

”Hur är det med smittrisen på läkarmottagningar som hanterar depressioner och blodtryck? ... Hur många primärvårdsenheter och kuratorer jobbar i tjänste-T-shirt, utan klocka och ringar och med obligatorisk sprittvättning? Är detta rimligt – när vi för inte så hemskt många år sedan lade den vita rocken åt sidan?”

Robert Svartholm

”... Sannolikt är det bra på många sjukhusavdelningar om läkare och annan personal blir bättre på handsprit-tvättning, bär mindre slips och mer kortärmad. På en distriktssköterskemottagning med mycket såromläggningar måste det väl vara viktigt.

Tydligtvis är MRSA på vissa håll numera ett större problem utanför sjukhus än på. På en vanlig allmänläkarmottagning spelar det väl mindre roll...”

Anders Hernborg

”... Om jag tar på kanske hälften av mina patienter, och då i allmänhet, på oskadad hud och sällan i närheten av några kroppsöppningar – är jag då i ‘patientnära vårdarbete’? Undrar vad

evidens som finns för smittspridning via vanligt mottagningsarbete i primärvården...”

Kalle Westborg

”... Min bedömning är att vi slarvar med detta för mycket. ... Vidare finns en förebildsaspekt och en psykologisk aspekt. Idag behöver man lära ut basal hygien, det är en del i vår uppgift att föregå med gott exempel. Jag tror absolut att patienten förväntar sig en ren och snygg mottagning med ren och för ändamålet klädd personal. Jag läser landstingets hygienföreskrifter och försöker följa dem med en rimlig anpassning till min arbetsplats. ... Jag är ideologiskt väldigt mycket allmänmedicinare men ibland upplever jag att det tas som ursäkt för att gå ifrån all traditionell vård så man glömmer basala grunder och i vissa avseenden slutar vara läkare.”

Mikael Christiansson

”... Jag lade av rocken nästan det första jag gjorde när jag kom till vårdcentralen, för mer än femton år sedan. ... Känner mig fortfarande som läkare, och anledningen till att jag inte vill ha rocken på är att jag upplever att jag då gör ett sämre jobb med många patienter. De blir mindre benägna att komma mig nära, helt enkelt...”

Kalle Westborg

”Enligt Kronobergs läns chef för mikrobiologen, Gunnar Kahlmeter, dröjer det inte länge innan vi ‘barfotadoktorer’ kommer att tvingas jobba på ett helt annat sätt än nu. Snart kommer till exempel de flesta stafylokocker att vara multiresistenta. ... Patienterna kommer framöver att ha koll på hur vi spritar oss efter besöken och kräva att få bli behandlade så att risken för dem att bli koloniserade med MRSA minimeras. ...”

Håkan Ivarsson



”För drygt ett år sedan spred sig paniken i Östergötland – en MRSA-stam kom från utlandet och spred sig snabbt. ... Nya hygienregler trummades ut och min enhet, Hemsjukvårdens Hus, åker på en merkostnad på 500 000 kr per år för hantering av personalkläder i hemsjukvård som vi inte får någon ersättning för. Klart att jag blev sur och avkrävde smittskyddsläkaren dokumentation som påvisar nytan av åtgärderna, när smittspridningen huvudsakligen sker i sjukhusmiljö. ... Någon redovisning av kunskapsläget fick jag inte, utan jag och hela primärvården måste anpassa oss till de nya reglerna och kan bara hoppas att det är klokt. Nu är epidemin under kontroll, så den allmänna skärpningen har haft effekt. ... För egen del tror jag att det är handhygien och att arbeta kortärmad utan ringar och klocka som är avgörande, och de rutinerna kostar ingenting.”

Gunnar Carlgren

”... Är det en utbredd uppfattning bland allmänläkare att hygien tänk inte spelar roll? Om arbetsplatsens expertis inom hygien förordar att man ska vara klädd på ett visst sätt, har de då helt fel? Är allmänläkaren så kompetent och mer kunig än ‘hygienexpertis’ att denne direkt kan påstå att hygienregler är fel och inte passar på vårdcentral?”

Mikael Christiansson

”... Jag kan inte se mig själv eller min patient i första hand som en smittrisk ... Sannolikt finns det anledning att vid epidemier vidta speciella åtgärder – men i rutinvården? Vid vanliga samtal? ... Sensmoralen är kanske att det som är bra på sjukhuset inte fungerar ute i samhället, att det är skillnad på behandling/profy-

lax i en högrisk- jämfört med en lågrisk-situation. Att man även vid införandet av (komplicerade) rutiner bör lita till evidens i stället för auktoritet...”

Robert Svartholm

”... Gunnar har påpekat på sitt håll att evidens inte finns, men det hjälpte inte. En halv miljon per vårdcentral i tvätt-räkning är notan. För åtgärder som alltså saknar evidens i primärvård. Dessutom utan ersättning i budgeten, varför andra, mer motiverade och evidensbaserade, verksamheter riskeras. Och som vanligt är allmänläkarna splittrade.”

Kalle Westborg

”... Allmänläkare splittrade – javisst för vi svarar utifrån vår egen personliga erfarenhet utan samlad konsensus. Så upplever jag att det varit sedan jag började min allmänmedicinska bana 1984. Vi måste visa vad vi gör och behöver. Pladdrar vi på i vår egen förträfflighet lyssnar ingen utanför skräet...”

Mikael Christiansson

”... Det är inte första gången som vårdprogram utarbetade i en kontext, till exempel i slutenvård, skall appliceras i en helt ny kontext, som allmänmedicin. Kontext, som vi är verksamma i, och selektionen (av patienter) påverkar vår allmänmedicinska verksamhet. ... Allmänmedicin är en högt kontextberoende specialitet till skillnad från flertalet övriga specialiteter som är lågt kontextberoende och detta kan man inte bortse från.”

Monica Lindh

”... Jag letade på PubMed efter något om hygien och klädsel i primärvård och halkade in på en sida om patienttillfredsställelse i relation till klädsel. Där fanns ett antal studier från primärvård om vad patienter helst ser sin doktor klädd i. Två av dessa nämnde specifikt namnbricka. För övrigt verkar det som om vi kan ha i princip vad som helst om det är välvårdat och inte sticker ut för mycket.”

Kalle Westborg

”Att bli bärare av MRSA är ett elände som kan innebära ett livslångt lidande! Det har också potential till att bli ett riktigt stort samhällsproblem. ... Betänk följande: hur kul skulle det vara att dra hem MRSA till familjen via kläderna? Tänk om hygienexpertisen har rätt? Betänk också att de flesta patienter med MRSA finns i primärvården och vi vet oftast inte vilka de är!”

Per Midtvedt

”... Jag tillhör väl fortfarande dem som tror att det blir en mer reducerat biomedicinsk referensram kring besöket med kortärmad tunika, vita byxor, vita trätofflor, ring- och armbandsurfritt ... För mig känns det som om man förlorar något i konsultationen vid många vanliga besök med en alltför sjukhusdotande inramning. Har Bengt Mattsson något att säga i denna fråga? För många år sedan hade du mycket reflektioner om den vita rocken som symbol och skydd för mer än doktors bakterieflora.”

Anders Hernborg

”Anders frågar om den vita rocken – som hygienskydd eller som skydd för den mer personliga framtoningen. Jag var i England en tid i början på 80-talet och blev förtjust i den civila stil som där rådde. Den civila klädseln var då rätt ’tjusig’. ... Det var ofta kostym och slips hos doktorn – i kontrast till de kläder de flesta patienter kom i. Den engelska klasskillnaden syntes konkret. Jag blev dock inspirerad av stilen och lade av rocken när jag kom hem. Ett par kollegor på Umeå vårdcentral blev också inspirerade att prova utan vit rock. Skyddsrock använde vi vid särskilda tillfällen som gyn-undersökning och lilla kirurgin. Som ett svar på många frågor vi fick, ... om att förtroendet skulle gå förlorat utan rock, att det skulle uppfattas som ohygieniskt, gjorde vi en liten studie som vi presenterade på Riksstämman 1986. 100 konsekutiva patienter som gick till oss fyra ’civilister’ fick tre frågor/påståenden med tre fasta svarsalternativ: Ja/Tveksamt/Nej. Frågorna var:

’Jag tycker att en doktor skall uppträda i vit rock’; ’Man litar mer på en doktor i vit rock’; ’Det är ohygieniskt att arbeta utan vit rock’. Man fick också skriva fritt vad man tyckte i övrigt. Många ville tycka till och vi blev litet förvånade av svaren. De flesta patienterna tyckte inte att allmänläkaren skulle ha vit rock, och man tyckte inte att den vita rocken gav mer tillit. På ’hygienfrågan’ var det drygt hälften som svarade nej – inte dominerande hygienkrav från patientens sida. Yngre kvinnor var mest positiva till den vita rocken, särskilt angav de hygienaspekten, medan äldre män oftast accepterade den civila klädseln. Intressantast var de fria svar som gavs. ’Kläderna spelar inte så stor roll’; ’Doktors sätt är viktigast’; ’Bara han/hon är hel och ren’. ’Man glömmar vad de har på sig’. ... För egen del fortsatte jag ett tag med civilt – därefter har det varit blandat och nu sedan en tid är det enbart vit rock. Jag tog mest fasta på beskrivningen: ’Kläderna spelar inte så stor roll’. Man tar det som man trivs bäst i och som passar i den kontext man arbetar. Och lägger fokus bortom rock eller civila kläder.

Bengt Mattsson

”Inte är det i kläderna det sitter, men vårt sätt att klä oss är en viktig del i det ordlösa budskap vi sänder. Kroppsspråket är nog ännu viktigare. Själv jobbar jag i civila kläder sedan 25–30 år. Trivs bäst så. Antar att patienterna trivs bättre med mig om jag trivs med mig själv. Sedan har vi väl alltid anledning att fundera över var på skalan närhet/empati – objektivitet/analys vi bör vara i varje del av en konsultation för att utföra ett bra professionellt arbete.”

Kenneth Widäng

Sammanställt av
Tina Nyström Rönnäs

ANNONS

Glesbygdens lov från en utflyttad stockholmare

Jag som skriver denna notis bor och arbetar i Ånge, Medelpad, mitt i Sverige. Med 10 mil till närmsta sjukhus och stad vid kusten har arbetet på vårdcentralen aldrig varit långtråkigt. Som uppflyttad stockholmare – för 26 år sedan – får jag ofta fortfarande frågan: Hur kan du arbeta och bo på samma lilla ort?

Att stanna kvar i arbetet som allmänläkare är att ha fångat allmänmedicinens kärna. Det blir så, tror jag, än mer på en liten glesbygdssort. Patientmötena blir ett pärlband av berättelser om en hel bygd. Narrativ medicin känns som ett ovant ord men helt bekant begrepp, det är klart folk har berättat sina livs historier. Att de lite känner min också, skulle det vara en nackdel för mig som doktor eller person?

Men det är ju just genom att vara en person, en Personlig läkare, inte en utbytbar rad på ett tjänsteschema, som arbetsglädjen hålls vid liv. Vissa patienter har återkommit i 25 år och familjer i flera generationer. Nybygget 1997 har gett oss en av de vackraste arbetsplatser den of-fentliga vården kan erbjuda.

Vad mer ger mig arbetsglädje?

På sista distriktsläkarträffen före jul sökte vi samlade kollegor i Medelpad-Härnösand svar på detta. "Att styra sin dag" kom högt upp på listan. Bra stämning, känslan att vara viktig/synlig som person på sin post fick också många röster.

Handledning – något av ett barnmorskejobb. Först övervakar man, finns med försiktigt men vaksamt i ett naturligt



Anna Falk (Foto: Bim Ingelstam)

förlopp. Ibland blir det snabba, enstaka gånger dramatiska insatser. Till slut vinkar man av ett nytt, självständigt liv...

Tidvis kraftigt utslitna och underbe-mannade har vi varit, mina kollegor och jag. Att satsa på att dela med oss av vår intressanta befolkning för utbildning har vi ändå alltid prioriterat.

Fast precis som ishockeyklubben (Samuel Pålsson, nu NHL, moderklubb ÄIK, need I say more!) kan vi önska oss att hinna få njuta lite längre av frukterna...

Skifta tempo. Ena stunden svår akut sjukdom eller trauma, i nästa ett efter-tänksamt möte. Visst, vi kan sucka över att alltid bli avbrutna, att planering aldrig håller. Men det kan också beskrivas som att bli något av en mästare på improvisation, eller som att slipa sin förmåga att göra det viktigaste först.

I eftermiddags grubblade jag över svårbehandlade hjärtbesvär, tittade i några små öron och mitt i ett samtal om sorg, sjukdom, och åldrande med mor och dotter kom en fråga om en svårt sjuk sepsispatient (och ingen ambulans att få hit!?).

Därefter blev det telefonmöte med andra glesbygdsdoktorer, från Arvidsjaur till Östhammar. I år är Västernorrland värd för årskonferensen. Det ska bli roligt. **Fortbildning** ger också arbetsglädje. Rubrikerna klarnar:

Primärvården i glesbygd: Utveckling inte avveckling! Arktisk medicin. Akut-medicin, eller blir det Vitalfunktioner på VC? Folkhälsa – i glesbygd. Vetenskap-liga redovisningar. State of the artföreläsning: Hemokromatos. När headsetet åker av blossar kinderna av denna dag, men det tar bara tio minuter att prome-nera hem i halkan.

På WONCA-möte i Durban var jag på seminarier i Rural Medicine från Sydafrika, Australien och Nepal. Då kändes min svenska verklighet väldigt trygg och om-bonad och inte särskilt gles. Men en brit-tisk GP sa: "The whole of Sweden is rural, for sure. You invented the concept."

Så hjärtligt välkomna till Höga Kusten 26–27 april 2007, alla ni i stad och på landsbygd med hjärtat i glesbygden! Kolla in vår hemsida www.glesbygdsmedicin.info för mer information.

Anna Falk, Ånge

Suppl. i styrelsen för Svensk Förening för Glesbygdsmedicin
anna.falk@lvn.se



Svensk förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till den 7:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin 26-27/4 2007
Plats: Hotell Höga Kusten, Hornöberget, Ångermanland

Ur programmet:

Glesbygdsmedicin i utveckling • Akutmedicin
Folkhälsa i glesbygd • Arktisk medicin
Alkohol • Hemokromatos • Aktuell forskning
Spännande föreläsare, debatter och inspiration

Boka in 26-27 april 2007 i din kalender redan nu!

För vidare information besök vår hemsida
www.glesbygdsmedicin.info

Dagbok med reflektioner

Fredag

Också idag öppnar sig dörren flera hundra gånger för att släppa in förvåntansfulla människor och sedan i olika sinnestillstånd åter ut. Denna myraktivitet gäller besök hos socialförvaltningen, tandläkaren eller vårdcentralen. Några får beklämmande förnimmelser av att beträda detta otympliga hus. En lisa är de poetiska, ljusa och öppna väggmålningarna i mottagningshallen, där Mirja i Myrom lyckats smyga in den islamske vetenskapsmannen och diktaren Omar Khayyam, som levde för knappt tusen år sedan. Hans agnostiska vägran att tillskriva världen någon mening, utan låta den behålla en gåtfull karaktär som antyder att sanningen innerst inne är otillgänglig, tangerar mycket av den verksamhet som förrättas i detta labyrintliknande hus. Khayyam beskriver människans existens mellan varande och förgänglighet med metaforen "krukmarverkstad" – så får "Verkstaden" till och med ett ontologiskt skimmer.

Lördag

I regnet kör jag till Värmlands Museums utställning *Massa ande ting*. I början krävdes ansträngning för att tränga in i

Elis Erikssons konst. Barn förstod omedelbart bildernas innebörd. En pojke med arabiskt påbrå avkodade en arabisk mening inarbetad i en bild – vi besökare häpnade. Det borde vara en plikt för alla landstingets beslutande byråkrater att se dessa beklämmande observationer med bilder om äldrevården, "AB Vård och Vanvård" och "asocialnämnden", som med skoningslös ärlighet och engagerad vakenhet skapats av den då redan 98-åriga man, som icke låtit sig förföras av missförhållandenas överslätande ord. Tala om att vara rakryggad! Men utställningen var ingen pliktövning för beslutsfattare.

Söndag

Vilodag! För länge sedan rådde mig en vän: du måste älska människorna även om det är svårt. Idag älskar jag människor även om det ibland är svårt.

Måndag

Min mottagning börjar strax efter klockan åtta med *subakuta* patienter. Denna babyloniska språkförvirring griper alltmera omkring sig: en del av dessa patienter bokades för flera dagar sedan. Subakut betyder "icke helt akut" – sub-

akut sedan en vecka? Vilken patient får sin valda husläkare när han/hon behöver den trängande? Sedan nästan ett år finns en hänvisningsskylt till läkarna – där omnämns kollegor som sedan länge har slutat och efterföljaren nämns icke. Ingen av personalen reagerar. Inom sjukvården sägs allt oftare saker utan att vi aktar på det sagdas verkningskraft. Det i läkaryrket sagda tillförs allt snabbare bortkastningskulturen. Ord uttrycker i tilltagande grad förljugenhet.

Tisdag

Vem förmår definiera hälsa? Läkare brukar hänvisa till att hälsa är en slags allmän beteckning för att vara sund och frisk. Om hälsans innersta väsen vet så gott som ingen något konkret, fast närmast allt är avhängigt av den; ty utan hälsa går inget. Här ligger hemligheten med att hälsan är politiskt så brisant och så central att den närmast dagligen omnämns medialt. På hälsan vilar allt vårt görande, vår andning och vårt tänkande – vår existens – och likväl är hälsan en gåta. Alla vet att hälsan är det mest uppskattningsvärda som finns, likväl uppenbaras hälsan bara när den brister, när vi är sjuka. Först vid sjukdom längtar vi efter det tillstånd som fanns när vi icke njöt eller aktade det. Hälsan är kanske en vitalitet och känsla av välbefinnande, karakteriserad av självglömska.

Dock skulle det vara fel att kategoriskt påstå att sjukdom skulle betyda ett anormalt tillstånd. Sjukdom låter sig icke alltid definieras i relation till den sjuke; man kan mycket väl vara sjuk utan att veta om det. Närmast varje dag upplever jag att sjukdom för patienten betyder något annat än för mig. I verkligheten är sjukdom trots sin skenbara enkelhet något alltför mångsidigt för att omfattas av en definition. Strikt biologiskt är vår existens inget annat än en rad potentiellt sjukliga tillstånd, som tack vare biologiska kompensationsåtgärder icke blir manifesterade. Utan denna utomordentliga



Michaël Ossenkamp

förmåga att hela tiden åstadkomma nya biologiska jämvikter skulle vi alla vara döda innan vi överhuvudtaget hade levt. Vad alltså är hälsa och sjukdom?

Onsdag

Idag uppkommer åter frågan om den ärftliga och genetiska belastning som mor eller far har övervärtat på sitt barn. Man föds icke "tom", varken i hjärnan eller i kroppen – ty för varje struktur av egenskap/kännetecken finns en genetisk kontroll, men omfång av kontrollen är variabel. Den genetiskt fastlagda reaktionsnormen är skiftande. Är reaktionsnormen vid så influerar miljöfaktorer massivt, medan mycket smala reaktionsnormer knappast tillåter en förändring genom miljöinverkan, då är detta karaktäristikum "medfött", som t.ex. ögonfärg. "Arv eller miljö" är ur medicinsk synpunkt fel: vi skulle inget vara utan det ena eller det andra! I det individuella fallet låter sig aldrig andelen av arvet eller miljön anges i procenttal. Mellan "medfött" och "förvärvat" ligger ett kontinuum; varken det behavioristiska "allt beteende är förvärvat" eller det genetiskt determinerade "allt är förutbestämt" är korrekt. Mycket som sägs vara genetiskt betingat är epigenetiska resultat.

Torsdag

På det teoretiska planet underlättar det att skilja på kropp och själ. I det praktiska arbetet låter det sig dock inte genomföras: kropp och själ är ett, en enhet. Så abstrakt själen som icke gripbar princip må vara, så fysisk och konkret är den. Läkaren har att återhitta den rätta balansen för kroppen och själen, här ligger medicinens hermeneutiska uppgift. Varmed vi har återvänt till Khayyams "Krukmakarverkstad" och "Verkstaden" som ett fokuserat *conditio humana*.

Texten är en något nedkortad version av en krönika som den 28 juli 2006 publicerades i Arvika Nyheter.

Michaël Ossenkamp

Vårdcentralen Verkstaden, Arvika
mikh.ossenkamp@privat.utfors.se

Jul och nyår i Norge



1990 tjänstgjorde jag över jul och nyår som kommunlege på en ö med 6 000 invånare på norska västkusten. På ön fanns då bara en läkare och jag hade åtagit mig att vara jour med beredskap över jul och nyårshelgen. Jag hade varit några vändor tidigare på ön, under kompladigheter som AT-läkare, och kände till det mesta av rutiner och förhållanden. Julhelgen passerade helt normalt med smärre infektioner och en hel del kruppbesvär hos de mindre barnen på kvällar och nätter. Jag fick åka ut och ge avsvällande mediciner, så de små livn fick luft och kunde andas igen. Som läkare blev man uppringd av patienterna i en mobiltelefon och jag åkte sen runt ön i min bil och tog hand om patienterna, dygnet runt, och fick själv oftast 3–4 timmars sömn på nätterna.

Under nyårsnatten blåste det upp en rejäl storm. Tidigt på nyårsdagens morgon vaknade jag av ett starkt dån och strax därefter kom damen som bodde på övervåningen hysteriskt skrikande nedför trappen till källarvåningen där jag var inkvarterad. Jag förstod efter en stund att taket på huset hade lyfts bort av stormen, och när jag följde henne upp på övervåningen möttes vi av ett fullkomligt kaos; hela taket var i stort sett bortslitet, regnet piskade in på hennes möbler som låg omkullvräkt, och i ett av hörnen stod en järnkamin och brann. Jag och min hyresvärdinna fick inkvartera oss i ett hus i närheten, där en norsk AT-läkare tidigare bott. Strömmen hade gått, så det fanns varken ljus eller värme på ön, färjeförbindelsen liksom alla telefonförbindelser var brutna under tre dagar som stormen pågick. Som tur var fanns i detta hus, liksom många andra hus på den norska landsbygden, en järnkamin som gick att elda i och laga mat på.

Från huset hade jag uppsikt neröver läkarstationen, så jag kunde se, när någon kom åkande med bil och behövde hjälp.

Där nere fanns inga kaminer, så det var isande kallt, och på eftermiddagen fick jag tända alla stearinljus jag kunde uppbunga för att se något överhuvudtaget. Första dagen kom en medelålders kvinna som skurit av tre fingrar i en glasdörr som smällde igen i stormen, jag sydde ihop hennes fingrar i stearinljusens sken och blev helt nedstänkt av blod. Som tur var det innan aids, så med hjälp av tvål och vatten kände man sig snabbt ren och fräsch igen.

För övrigt var det förvånansvärt lite skador dessa tre stormdygn, folk höll sig inomhus och tog skydd. Många vägar var spärrade av nedfallna träd, så det var inte heller lätt att ta sig till mottagningen, men det fortsatte att komma en del personer med mer eller mindre allvarliga infektioner – som lunginflammation och njurbäckeninflammationer. När stormen bedarrade kom desto fler med allvarliga skador – män som föll ned ifrån tak de skulle laga och bröt ben och bäcken, eller fällde träd över sig och bröt armar och ben. Som tur var hade färjetrafiken då återupptagits och jag kunde skicka dem till sjukhuset för operation.

Jag lärde mig nog lika mycket på de veckor jag tjänstgjorde på den norska glesbygden, som under flera år av min läkarutbildning. Det var en hisnande känsla att vara utsatt för naturens starka krafter, utan den vanliga service och uppbackning jag dittills tagit för självklart i min läkarroll. Det var också befriande att känna att det gick att hantera och överleva även dessa situationer. Ibland behöver vi kanske upplevelser av det här slaget, för att inte ta allt för givet – och inte skapa onödiga problem av småsaker.

Texten är tidigare publicerad i Östra Södermanland.

Börje Löfgren, Trosa
borje@halsokallan.info

ANNONS

Hur lär vi oss läkaryrket?

På en vårdcentral där jag var hyrdoktor några veckor i somras skulle vaktmästaren ta semester. En vikarierande vaktmästare gick dubbelt med honom i tre veckor för att lära sig vad han skulle göra som ersättare. Som läkare hade jag en timmes genomgång av det aktuella journalsystemet, innan jag kastades in i patientmottagningen. Det fick mig att fundera på hur vi lär oss och förväntas kunna olika yrken, och speciellt då som läkare.

När jag funderar tillbaka på de första åren av den praktiska delen av min yrkesutbildning, så inser jag att läkaryrket bygger på tusenåriga traditioner av mentor–lärlingskap. De första åren som kandidater och unga läkare lär vi oss vårt yrke av mer erfarna kollegor. Visserligen med en gemensam teoretisk kunskapsbas som grund, men ändå lär vi oss framför allt av kollegor hur vi ska hantera de situationer vi ställs inför under våra tjänstgöringar, situationer som det inte alltid finns handböcker för hur vi ska lösa, utan som kräver kunskap, erfarenhet, intuition och kollegial samverkan. Vi lär oss mödosamt hur vi ska agera som kommande specialister, då vi förväntas kunna handlägga det mesta av dessa situationer och problem själva.

I dessa tidevarv av kvalitetssäkring och tjänstebeskrivningar, inte minst inom mitt eget område företagshälsovård, har man för avsikt att pränta ned på några A4-sidor vad olika yrken förväntas göra och hur de ska göra det, i tron att alla sen ska kunna utföra dessa uppgifter på ett likvärdigt och kvalitetssäkrat sätt.

Det var en kurs i Organisationsteori vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm, som först fick mig att inse begränsningen i den s.k. processinriktade organisationsformen, där fokus sätts på de processer som utförs – och inte de individer som utför dem och deras kunskaper och re-

surser. Vi blir alla ”utförare”, en kugge i maskineriet som i Chaplins *Moderna Tider*, en del i den rationella produktionsprocessen – behagligt frikopplade från mänskliga attribut som intresse, empati, känslor, kunskap och intuition – för att nämna några.

” Vi blir alla ”utförare”, en kugge i maskineriet som i Chaplins *Moderna Tider*, en del i den rationella produktionsprocessen.

Produktionsinriktade och processkolade ingenjörer åker runt och hjälper oss torftigt skolade humanister i hur vi bygger processinriktade verksamheter – i människovården. Byråkrater och politiker ser detta som den nya vägen att förändra de uråldriga hierarkier man idag arbetar i – och ett sätt att äntligen få kontroll och styrning över alla bångstyriga doktorer, med egen vilja och uppfattning.

Under sommaren byggde vi ett hus på en närliggande tomt. En av de fyra byggnadsarbetarna fungerade som byggleddare. Han tolkade varje millimeter på den ritning som fanns, klättrade vigt på ställningar och tak, och instruerade de andra. Varje dag kunde vi se ritningen övergå i ett fantastiskt fint hus, tack vare hans gedigna kunskaper och erfarenhet. De andra var skickliga hantverkare och gjorde ett bra jobb, men utan hans kunskaper, tolkningar och improvisatoriska lösningar när det körde ihop sig, hade ritningen inte blivit så mycket mer än just en ritning.

Processbeskrivningar i all ära, men vi behöver gå steget längre. Det är individerna – människorna med yrkeskunskap – som omsätter textraderna eller kartbilderna till ett möte med en patient, eller en klient och utformar vad som sker.

Vad är det som gör att vi som läkare blir skickliga hantverkare på samma sätt som vår byggmästare ovan? Var uttrycks det i våra processbeskrivningar? Även om det finns ett avsnitt om kompetensutveckling handlar det om så mycket mer.

Att ha tid, ork och intresse för engagemang i varje patient vi möter. Att ständigt utveckla vår empati och medkänsla, kunskap om nya områden vi ställs inför, att ha ett öppet kollegialt klimat där vi erkänner att vi aldrig blir fullärda eller kan lösa alla de frågor vi dagligen ställs inför, dvs. ödmjukhet inför vår roll och vårt uppdrag.

Kan vi skapa de förutsättningarna – då kan vi också skapa den goda människovård, som så många av oss vill – och alla behöver.



Börje Löfgren

Företagsläkare och medicinsk rådgivare vid
Hälsokällan Mälardalen AB
och reAgera Hälsa AB
borje@halsokallan.info

ANNONS

Jeepläkare i Kenya



Det går fort att resa nu för tiden. På ett dygn förflyttas man från Sjöfalle till centrala Afrika. Mentalt är det svårt att hinna med en sådan omställning. De första dagarna på den nya platsen kändes lite överkliga. Det har att göra med att man förflyttar sig från en materiell och teknisk nivå till en annan. Kontrasterna är stora.

På flygplatsen i Amsterdam träffade jag min kollega och blivande arbetskamrat Birgitta Goine från Härnösand. Hon blev en utmärkt kompis och vi kunde både samarbeta och ha mycket trevligt ihop.

I Homa Bay, som ligger vid en bukt av Victoriasjön, möttes vi av Erik, make till Maj Rönnegård, min föregångare som jeepdoktor. Han visade oss runt och varnade oss för "safari-myror", som ibland invaderar huset. På altanen huserade en katt, som vi umgicks med och matade med småfisk. Veckan innan vi reste hem fick den tre ungar. Dessa försvann efter några dagar. Vi misstänkte de rovlystna gladorna, men när jag skulle packa

väskan och kikade in i garderoben möttes jag av gröna ögon. Katten hade inrättat läger på mina underkläder.

Själva Homa Bay skulle kunna vara riktigt trevlig, men en allmän skräpighet förtar intrycket från det vackra läget. Affärerna är ofta små plåtskjul eller träskjul. Det finns också finare hus med banker, supermarket, post och liknande. De flesta invånarna bor i små enfamiljshus. Några få hyreshus finns i staden, exempelvis vid sjukhuset där personal bor. Kyrkorna står tätt. På lördagar och söndagar hör man överallt ivriga predikanter föra ut sina budskap via starka högtalare. Kyrkorna har varierande materiell standard. Några är vinda och sneda byggen i rostig plåt. Deras motsats är katolska kyrkan, en vacker byggnad på en utsökt plats på en höjd där vi om kvällen kunde se solen sjunka ner i ett storartat färgspel. Det finns också en moské i staden, men den hör man mindre av. Vi mötte av och till unga kvinnor i slöja eller burka på gatorna, men aldrig ute på landsbygden.

Den lilla och den stora

Första dagen fick jag följa Maj Rönnegård och bli introducerad på jobbet. Jag övertog arbetet efter ett par timmar och jobbade sedan som jeepdoktor i drygt fem veckor. Birgitta och jag hade var sin linje och två jeepar till förfogande. Den ena jeepen var liten och nästan utan stötdämpning, den andra var stor med bekväm fjädring, avskilt lastrum och framförd av chauffören Josuf. Eftersom jag lärt mig traktorkörning som tonåring, hävdade jag företräde till den lilla jeepen och fick den de flesta dagarna. Jag tyckte att den lilla jeepen passade bättre för vårt uppdrag. Ska man jobba i hus med jordgolv passar helt enkelt inte en stor, flott Toyota-jeep in i sammanhanget.

Vi körde på vägar som delvis var ytterst dåliga. Värst var "the main tarmac road" som vi hånfullt kallade den. Asfalten var till stora delar bortnött, så även vägens bärlager ända ner till grunden som delvis bestod av grov sten. Där studsade vi fram. Vår utrustning fraktades i trälådor och de stod och slog mot varandra, varför även ljudnivån blev hög. När jag stack ut och joggade på kvällen kändes benen bortdomnade efter att ha skakats och masserats i den lilla jeepens förarsäte.

Mottagningen

Mina arbetskamrater var "sister Grace" och assistenten Janet, båda kraftfulla kvinnor. "I'm a firm woman", som Grace sa, och hon la inte fingrarna emellan när hon tog itu med någon karl som inte ville ta sitt ansvar för familjen. Grace och jag tog emot patienterna sedan de skrivits in och vägts. Grace skulle tolka men kunde snart mitt sätt att fråga och tog den första anamnesen. Sedan översatte hon till mig och jag kompletterade med frågor. Innan jag bestämde mig för diag- ►►



Foto: Björn Nilsson

Kvinnor i byn Adek på väg hem efter vaccination av sina barn.

nos och behandling gjorde jag alltid en kroppsundersökning. Jag försökte med hjälp av Grace förklara för patienten hur jag såg på problemet och instruera om behandling. Detta var inte alltid så lätt. Patienterna var inte vana vid att läkaren samtalar med dem. När jag började tala med dem om behandling, tog de ofta upp ytterligare problem. De flesta hade svårt att tänka sig att annan behandling än mediciner. Fortfarande är injektioner högt värderade.

När mödrar kom med små barn som var undernärda eller undervätskade var instruktionen särskilt viktig. Oftast var dessa mödrar unga och fattiga. Ibland verkade det som om modern inte förstod vad vi menade när vi talade om flera måltider per dag och regelbundet vätskeintag. Hennes ansikte kunde vara alldeles uttryckslöst, svaren mycket vaga, hon tycktes tänka på annat. Detta var svårt att tolka. Uppfattar hon vad vi menar? Kanske känner hon kritik från oss? Kan eller vill hon följa våra råd?

De flesta dagar hade vi omkring 20 patienter, vilket var i minsta laget. Vi blev färdiga vid ett-två-tiden. Efter lunchen, ofta *ugali* (majsgröt) tillsammans med bönor eller fisk, åkte vi hem. Fredagarna i Luanda vägde delvis upp arbetsbristen övriga dagar. Där var det över 40 patienter och vi fick jobba hårt och koncentrerat.

Barnpatienterna hade ofta intressanta förnamn. Vi stötte på Kennedy, Clinton, Fidel Castro och Nelson Mandela som våra patienter. Efternamnen var anorlunda. Kvinnor kunde heta Atieno och män Otieno. Det betyder "hon/han som är född om natten". Vem som helst förstår att det kan vara svårt att hitta och identifiera folk i detta land. Någon folkbokföring finns inte, ännu mindre personnummer.

Jag blev överraskad av att de flesta barn var välnärda och fina. De hade ungefär samma vikt som mina barnbarn i motsvarande ålder och deras färdigheter var väl utvecklade. Om jag jämför med mina erfarenheter från Kenya på 90-talet, var barnen nu större, friskare och mer aktiva. Men det fanns också barn som var undernärda och svårt sjuka.



Foto: Stig Andersson

Min jeep på väg.



Foto: Björn Nilsson

Rotarys doktorer är populära i byarna.

Infektionerna

Dagligen mötte vi de stora infektionsjukdomarna, malaria, AIDS och TBC. När det gällde malaria var det ofta svårt att ställa diagnos. Vi hade ju inte tillgång till blodutstryk. Barnens vanligaste problem var "feber" och av föräldrarna befarad malaria. Många gånger var nog bedömningen riktig, men ofta kunde symtomen lika gärna bero på en virus-

infektion. Folk kallade allt möjligt för malaria och jag försökte vara återhållsam med diagnosen. Birgitta Goine och jag genomförde en liten koll genom att göra blodutstryk från patienter som vi gav malariabehandling och i efterhand lämna in dem till sjukhuset för analys. Av de 20 patienterna hade 10 malariaparasiter i blodet, dvs. hälften var "rätt". AIDS är en förfärlig sjukdom och vi

”*”I’m a firm woman”, som Grace sa, och hon la inte fingrarna emellan när hon tog itu med någon karl som inte ville ta sitt ansvar för familjen.*”



Foto: Björn Nilsson

*Feber + anemi = malaria
(i alla fall under regntiden).*

såg många människor på väg att tyna bort i sjukdomen. Numera får patienterna gratis bromsmediciner, men det är ändå svårt att få medicineringen att fungera i ett land som Kenya. Vi träffade också ett antal föräldralösa barn på våra mottagningar. De hade mer eller mindre motvilligt tagits omhand av släktingar eller far-/morföräldrar. I Homa Bay finns ett stort barnhem för ”orphans”.

Tarminfektioner var vanliga, något som är lätt att förstå när man såg vattenförsörjningen och insåg att kokning av dricksvatten för många är en ekonomisk fråga. Min bedömning av orsak till infektionerna blev i stor utsträckning gissning. Både patienter och våra medarbetare var inställda på medicinering. Förbrukningen av antibiotika är stor över huvud taget och de används till skilda ändamål. Folk kan lätt köpa antibiotika och malariamediciner i affärer och på ”clinics” av tveksam standard. Jag kände mig i början provocerad av sjukvårdspersonalens inriktning på antibiotika. Första veckan hade jag en hel del diskussioner med syster Grace om detta, men sedan fick jag över henne på min sida och på slutet sa hon att hon lärt sig återhållsamhet av mig. Min kollega Birgitta hade att samarbeta med en manlig

sjuksköterska, som var medicininriktad på ett starkare sätt. Han hade också svårt att acceptera en kvinna som auktoritet. Birgitta redde upp det hela, men jag hade inte velat byta linje med henne.

Hagelstorm

Landskapet öster om Victoriasjön är vackert med mjukt böljande gröna höjder. Området är bördigt och bönderna tar ett par skördar varje år. Med åren har jorden blivit ganska urlakad. Inte alla har råd att köpa *fertilizer*, som behövs för att få bra skördar. Man odlar majs, bönor av olika slag, kål, sorghum, potatis, ba-



Omläggning av kroniskt bensår.

naner, ananas, sockerrör, papaya m.m. Befolkningen bor tätt. Överallt ser man husens plåttak glänsa fram i den omgivande grönskan. Byggnadernas kvalitet varierar, från hus av klappad jord med skelett av slanor till murstenshus med cementgrund.

En eftermiddag började det regna när vi startade vår hemfärd. Det blåste upp en tung vind och kraftig åska hördes.

Vi passerade kor som ställt sig med bakändan mot vinden och sina hängande huvuden i lä. Vinden, regnet och åskan tilltog, vindrutetorkaren gick på högsta hastighet. Efter en stund började stora hagel trumma mot jeepens plåt. För mig var en hagelskur i tropiskt landskap en överraskning och jag märkte att ovädret var skrämmande för Grace och Janet. Den mörka Grace nästan bleknade och uppmanade mig gång på gång att inte köra för nära vägkanten. Janet satt tyst där bak. Själv kände jag mig snarast upprymd och tyckte överdådigt att jag behärskade elementens raseri med min jeep. Traktorkörningen i min ungdom kändes som en skolning för denna färd. Allt gick också väl och efter cirka en halvtimme lugnade sig vädergudarna och stormen och nederbörden avtog.

Strävsamt liv

Livet i Afrika är ganska hårt och rätt så enformigt. Arbetstakten är kanske inte så hög men de flesta jobbar för jämnheten, särskilt kvinnorna. Janet hade tre arbetspass varje dag. Hon gick upp vid femtiden, hämtade vatten, lagade mat åt sina barn (tre egna och två föräldralösa) och såg till att de blev klara för skolan. Jag hämtade upp henne kl. 8 och vi kom tillbaka vid 16–17-tiden. Sedan vidtog ett nytt arbetspass för henne fram till det var mörkt vid 20-tiden. Hon sa att hon nästan alltid kände sig trött. Men hon hade ändå ett gott humör och ett härligt skratt och var mycket redig och pålitlig.

Hemresan gick fort. På ett dygn förflyttas man från ekvatorn till Värmland. På samma sätt som vid bortresan hinner psyket inte riktigt med. Efter en vecka känns Homa Bay redan avlägset och nästan överkligt.

Stig Andersson

Kvalitetsutveckling tema på Riksstämman 2006

Rörelseorganens tillstånd samt klinisk forskning var huvudteman för årets Riksstämma i Göteborg och det allmänna programmet innehöll därför flera inslag med denna inriktning av intresse för allmänmedicinare.

De senaste åren har visat en nedåtgående trend både vad det gäller antal deltagare och utställare för Riksstämman som helhet. Stora ansträngningar hade gjorts inför 2006 för att vända trenden. Särskilda teman som smärta, hudbesvär och hjärta/kärl skulle stimulera sektionerna att mera systematiskt samarbeta kring tvärprofessionella områden. Allmänläkare inbjöds i ett sent skede och det blev inte så lyckat ur allmänmedicinsk synpunkt.

Allmänmedicinskt program

Under onsdagen fick vi inom den allmänmedicinska sektionen lyssna på nio intressanta fria föredrag som modererades med van hand av Bengt Mattsson. Mia Hemborg Kristiansson belönades för bästa framförande för en intressant studie: *Allmänläkaren och smärtpatienten. En narrativ analys.*

Flera spännande och välbesökta allmänna symposier arrangerades av vår sektion. Ett välbesökt sådant under onsdagen bar titeln: *Var vill vi dö när vi blir gamla? På sjukhus, i särskilt boende eller hemma?* Utmärkt moderator var SFAMs skattmästare Gunnar Carlgren. Han lockade fram en livlig och allsidig debatt som inte bara handlade om pengar.

Man kunde också lyssna till en presentation av våra vanligaste kvalitetsregister i Sverige, exempelvis NDR (nationella diabetesregistret) som är det största och mest omfattande i världen, samt de mycket tidiga höft- och knäregistren som etablerades på 1970-talet vid ortopedkliniken i Lund.

Det uppskattade återkommande symposiet i samarbete med kirurgerna om "den lilla kirurgin" handlade i år om proktologi och kolorektala problem med Ingvar Ovhed och Björn Öjerskog.



Foto: Per Lundblad

Posterutställningen ägde rum under torsdagen och hade ett 25-tal deltagare med stor variation i ämnesval, bl.a. berördes allmänmedicin i andra länder.

Bland andra intressanta symposier kan nämnas: *"Hur kan vi bäst hjälpa riskindivider att öka den fysiska aktiviteten?"* med Mai-Lis Hellénus samt *"Vilken medicinsk forskning krävs för att skapa en mer hälsofrämjande sjukvård?"* med Margareta Kristensson.

Med fokus på kvalitetsutveckling

"Hur gör vi så att allmänläkare inte bara kan EBM utan också praktiserar det?" kallades ett symposium under torsdagen. Cecilia Björkelund var moderator och lotsade engagerat deltagarna med spännande exempel från den enskilda vårdcentralen till de aktiviteter som pågår på landstingsnivå och riksnivå.

Under symposiet framkom att befintlig evidens skapats på selekterade patientgrupper inom den specialiserade medicinen, och därför inte utan vidare kan överföras till allmänmedicinsk praktik. Pålitlig evidens finns ändå om vad som är bra vård inom betydande delar av vår praktik, men undersökningar har visat att 30–45% av patienterna idag inte får rätt vård.

För bättre tillämpning av evidens i vårt praktiska arbete krävs att vi har 1. Kunskap om befintlig evidens.

2. Allmänmedicinskt anpassade riktlinjer och konkreta handläggningsråd.
3. Mätredskap för att ta reda på hur vi egentligen gör.
4. Motivation och praktiskt stöd till förbättringsarbete/förändrat arbetssätt.
5. En arbetssituation som stimulerar utveckling med tid till kollegial reflektion.

Detta åstadkommes sannolikt bäst genom ett nationellt allmänmedicinskt kompetenscentrum, för utveckling, riktlinjer, råd och mätmetoder, kombinerat med inspiration, stöd och praktisk hjälp från lokala enheter, förslagsvis de FoU-enheter för primärvård som redan finns.

Europeiskt perspektiv

Med tanke på inriktningen mot kvalitetsutveckling var det särskilt glädjande att vi i år fick lyssna på en välkänd internationell gästföreläsare, professor Richard Grol från Holland. I ett mycket elegant föredrag visade han både vad som gjorts inom olika delar i Europa och vad som är att vänta framöver inom området.

Den stora skiljelinjen är mellan att å ena sidan se utvecklingen av kvalitet i vården som samhällets ansvar, och att kontrollera att läkarna gör ett tillräckligt bra jobb. Eller att se kvalitetsutveckling som en del av den individuella läkarens och läkarkollektivets professionella ansvar. I det första perspektivet finns risk

att läkare följer mindre goda resultat i stället för att försöka upptäcka dem i syfte att därmed kunna förbättra sin verksamhet. I det andra perspektivet finns en risk att läkare inte är tillräckligt ambitiösa. Utvecklingen internationellt går emot öppen redovisning av resultat, och att kvalitet betalar sig.

Många metoder har använts för att förbättra vården. Det finns speciellt goda erfarenheter av att kombinera återkoppling av egna resultat med diskussion i interaktiva små grupper av läkare. Detta är den nu mest använda metoden i primärvård Europa. En annan viktig aspekt är att det på mottagningen finns organisatoriska förutsättningar för lärande och förbättring. Vidare behövs en ändring av kulturen inom primärvården – ännu är det endast en minoritet av läkarna som granskar sina egna resultat och deltar i kvalitetsutvecklingsprojekt.

Hälsa, livsstil

och miljö tema för nästa Riksstämman

Sammanfattningsvis var det en lyckad riksstämman ur allmänmedicinsk synvinkel. Men det vore önskvärt med ännu fler allmänläkare som deltagare och besökare.

Riksstämman sammanfaller i tid (eller ligger nära i tiden) med många andra möten av stort intresse för allmänmedicinerna, exempelvis SFAMs höstmöte.

SFAMs forskningsråd har föreslagit att höstmötet kunde flyttas till våren av denna anledning. Det kan nämnas att SFAM också hade ett vårmöte förr i tiden. Forskningsrådet kommer inför nästa riksstämman i Stockholm år 2007 att arbeta med förslag till ämnen och program.

Temat är då: Hälsa, livsstil och miljö.



Lars Borgquist
larbo@ihs.liu.se

Sven Engström
sven.engstrom@lj.se



Fysisk aktivitet bra för alla

Svensk Idrottsmedicinsk Förening är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet med syfte att främja forskning och utbildning inom idrottsmedicin för att förbättra fysisk funktionsförmåga, hälsa och livskvalitet. Alla människor behöver röra på sig utifrån sina egna förutsättningar, varför detta är något som i hög grad berör oss allmänläkare. Bland föreningens mer än 2 000 medlemmar finns även sjukgymnaster, sjuksköterskor, naprapater, kiropraktorer och idrottslärare.

På våra vårmöten möts olika specialiteter och yrkesgrupper, vilket är bra både för forskning och praktisk tillämpning, vi lär av varandras specialkunskaper. På senaste vårmötet i Örebro kom många från primärvården liksom från slutenvård, psykiatri, folkhälsoenhet, samhällsmedicin och kommunala hälsostategier.

Före det mötet hade vi en minikonferens om implementeringen av Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Örebro läns landsting. Många känner redan till FYSS [1] och i framtiden kommer vi att använda FaR både för prevention och behandling. Bente Klarlund Pedersen och Bengt Saltin har skrivit en läsvärd reviewartikel om detta [2]. Inom IMF finns mångårig erfarenhet av utbildning i basal träningslära (kondition och styrka),

hur man inleder träning skadeförebyggande, designar träningen vid problem i rörelseapparaten, träning av barn och ungdomar och andra utmärkta kunskaper för oss på vårdcentralen.

Kurser finns på flertalet universitetsorter och arrangeras ofta av delföreningsmedlemmar till IMF. Det är önskvärt att all grundutbildning av sjukvårdspersonal innehåller detta, för att ge personalen en bra baskunskap för att förskriva FaR enligt evidens.

Nästa vårmöte, 19–21 april 2007 i Uppsala, har Barn och idrott som tema och då kommer bland annat knäskador hos barn och ungdomar att diskuteras. Anmälan kan ske på föreningens hemsida [3], där också presentationer från tidigare möten finns tillgängliga.

Lillemor Nyberg

Karolina vårdcentral, Karlskoga
doktorand, Centrum för allmänmedicin,
Huddinge
lillemor.nyberg@orebroll.se

Referenser

1. www.fyss.se
2. Klarlund Pedersen, Bente och Saltin, Bengt: Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scan J Med Sci Sports 2006; 16 (Suppl. 1): 3–63
3. www.svenskidrottsmedicin.se

Örebro läns allmänläkarklubb delar ut pris

I samband med Örebro läns allmänläkar-klubbs årshögtid på Örebro slott den 13 januari 2007 utdelades klubben utmärkelser för 2006.

Priset för "Bästa allmänmedicinska insats" gick till distriktsläkare Inger Nordin-Olsson, Varberga vårdcentral, Örebro (till höger på bilden). Inger har varit drivande i Hilma-projektet, vilket syftar till att utveckla goda och säkra samverkansformer mellan kommunal sjukvård, vårdcentral och sjukhus när det gäller vården av multisjuka äldre. Juryns motivering lyder "I arbetet med projektet har hennes gedigna ledaregenskaper kommit väl till användning i den samverkan som skett mellan primärvård, Universitetssjukhuset och Örebro kommun, vilket bland annat skapat viktiga vårdkedjor. Djupa kunskaper och en vision om Hilmas bästa har varit ständigt bärande. Att bemöta alla personalkategorier lika, att aldrig se några hinder utan bara möjligheter, att alltid vara kreativ, glödande positiv och uppmuntrande är egenskaper som drivit detta storartade projekt till sällsynt framgång".

Priset för bästa pedagogiska insats "Kunskapens ljus" gick till distriktsläkare Gu-



Gunilla Stenninger och Inger Nordin-Olsson.

nilla Stenninger, Pilgårdens vårdcentral, Degerfors (till vänster på bilden). Gunilla har bedrivit ett mångårigt engagerat och kunnigt handledningsarbete för ST- och AT-läkare. Juryns motivering: "Genom att kombinera gedigna kunskaper, livfullt intresse, ett positivt och energispridande sätt med stor arbetskapacitet i handledningsarbetet, stimuleras utbildningsläkarna till att växa vidare i rollen som blivande allmänläkare. Med förmåga att bibehålla utbildningsperspektivet, trots stor tidsbrist i perioder, framstår handledarskapet som mer än enastående".

Bengt Karlsson, Örebro
bengt.karlsson.kga@telia.com



Essä

– en spännande möjlighet

I den nya målbeskrivningen för ST-utbildning i allmänmedicin finns en obligatorisk uppsats motsvarande 5 poäng. Här finns en spännande möjlighet! Uppsatsen i den allmänmedicinska examen har utvecklats mot "akademisk vetenskaplighet". Det finns också en handbok som vägledning, *Skrivande allmänläkare* [1]. Skrivandet har ofta varit en stötesten som hindrat deltagande i examen. Jag tror att det vore vettigt att inte fokusera på det akademiska utan snarare på att formulera sig och sitt problem. Essä är då en lämplig form, ett försök.

Alla läkare brottas med problem som i någon mening är forskningsbara, möjliga att undersöka. Även den humanistiska sidan av vårt arbete kan avhandlas. Ett friare förhållningssätt till uppsatsen, vilket inte på något sätt minskar kraven, skulle säkert vara en plantskola för vidare studier och bidra även till den akademiska rekryteringen [2]. Det är ännu oklart vem som ska godkänna uppsatsen, uppsatshandledaren är nog själv olämplig som granskare.

Peter Olsson, JokkmokksVC
peter.olsson@nll.se

1. www.sfam.se/documents/supplementr_o3.pdf
2. Svartholm R, Olsson P: Allmänbildande uppsatser. Allmänmedicin 1994;15:248-57.

Essä är en stilistiskt välformad uppsats med litterärt eller (populär)vetenskapligt innehåll.

Fammifinal

Familjemedicinska institutet fick existera i fem år, men längre än så ville inte våra makthavare utmana det kommunala självstyrets principer. Nu återgår frågan om primärvårdens utveckling till de enskilda landstingen och regionerna med stöd av SKL – "Business as usual" alltså.

Efter regeringsskiftet var det länge oklart om beslutet att lägga ned skulle rivas upp eller inte. Politiska utfästelser i valrörelsen pekade mot omprövning, men några veckor efter valet skingrades tvivlen.

Ett 100-tal personer hade inbjudits till Fammifinal 21 november på Norra Latin i Stockholm, för att gemensamt reflektera över vad som varit, och vilka utmaningar primärvården står inför i framtiden. Vi som var där fick bekräftelse att de projekt som påbörjats av Fammi kommer att leva vidare i andra former med delvis andra förutsättningar. Stafettpinnar överlämnades för att markera detta.

Fammifinalen var inget begravningsarrangemang, utan snarare en blandning av kick-off och caféprogram på TV. Interaktivitet, multimedia och kreativitet präglade tillställningen. Vi utplacerades i 20 tvärprofessionellt sammansatta grupper med tillgång till minidatorer för redovisning på storbildsskärm. Proffsiga Britt-Marie Mattsson, journalist, ledde övningarna med säker hand. Hon visade på en fenomenal förmåga att leverera kärnfulla sammanfattningar utifrån gruppredevisningarna – ett slags reflekterande lyssnande i den högre skolan.

Som kontrast till den moderna inramningen stod själva sakfrågan om primärvårdens utveckling. Igenkännbart var bara förnamnet. Det kändes som om vi alla hade beträtt marken förut om man säger så. Grundfrågan om primärvårdens status i sjukvårdssystemet var lika giltig 1978 som 2006, och flera av deltagarna



Foto: Anders Lundqvist

satt där med 30 år och mer av svikna förhoppningar i bagaget. Risken fanns att vi skulle fastna här i det välbekanta ältande av det som aldrig blev, men Mattsson lyckades med gott handlag avstyra en sådan dikeskörning.

Statssekreterare Karin Johansson kom på snabbvisit och fick svara på en kaskad av frågor som levererades fortlöpande från bordens minidatorer. Även om hon med sin korta erfarenhet i rollen knappast kunde leverera fylliga svar, kändes hennes närvaro viktig då behovet av en nationell arena för primärvårdens frågor klargjordes tydligt från auditoriet. Konferensen tog ny fart med presentationer av Fammidirektörerna Gösta Eliasson och Elisabet Linder, ett par inhyrda visionärer och visningen av *the Fammi story*, en rolig film av underhållarna Peder Falk och Johan Paulsen, vilka för övrigt avrundade konferensen med skicklig improvisationskomik.

Själv tänker jag att Fammi lyckats lyfta fram det tvärprofessionella samarbetet och bidragit till att stärka den professionella självkänslan inom primärvården. I synnerhet märks det i de yrken där den

nationella samhörigheten i primärvårdssammanhang knappast existerade innan Fammi. Kvalitetsfrågorna, hemsjukvården och kompetensutvecklingen har fått en nationell plattform som behöver utvecklas vidare. Den fina hemsidan utformades på ett smart sätt, och innehöll rikligt med nyttig information. Det vore synd om innehållet hamnar i något svårtillgängligt arkiv på Riksantikvarieämbetet. Primärvården behöver nationella mötesplatser och nu har tyvärr en viktig sådan försvunnit.

Anders Lundqvist

- Riskbruksprojektet övertas av Folkhälsoinstitutet.
- Arbetet med Nationella kvalitetsindikatorer för primärvården (NKI-P) övertas av Socialstyrelsen.
- Nätverk för kuratorer övertas av Akademikerförbundet.
- Nätverk för primärvårdskonsulter övertas av Region Skåne.
- Anordnande av Undersköterske- och sekreterardagarna övertas av Stiftelsen för utbildning och utveckling i Svensk sjukvård.

ANNONS

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
inbjuder genom fortbildningsrådet till en dag om:

Kompetensutveckling, ledarskap och personligt ansvar

- Tid:** Onsdagen den 18 april kl 10-16
Lokal: Van der Nootska palatset,
S:t Paulsgatan 21, Stockholm
(på Söder, nära Slussen)
Målgrupp: Läkare, ledare och chefer i framförallt
allmänmedicin
Begränsat antal platser

Medverkar gör bland annat:

Christer Nordenhäll: road, uthållig, erfaren allmänläkare och chef på vårdcentralen i Hortlax sedan 1972.

Anneli Hultman: tidigare primärvårdschef i Gästrikland, balettdansös, sjuksköterska och blivande kognitiv terapeut.

Axel Targama: docent i företagsekonomi, Göteborg, som menar att förståelse, kompetensförstärkning och kompetensförnyelse är nyckelbegrepp för fortbildning och kvalitetsutveckling.

Anette Friström: studierektor i allmänmedicin i Stockholm håller samman dagen.

Ur programmet:

- Led dig själv – Vad betyder ditt eget ledarskap för din kompetens?
- Hur leder man för att stimulera kompetensutveckling?
- Kompetensvärdering av ledarskap i specialistutbildningen
- Diskussioner om kompetens, ledarskap och ansvar
- Efterläsning om förståelse, kompetensförstärkning, kompetensförnyelse

Avgift: 2500 kronor inkl lunch och fika
1600 kronor för SFAMs medlemmar

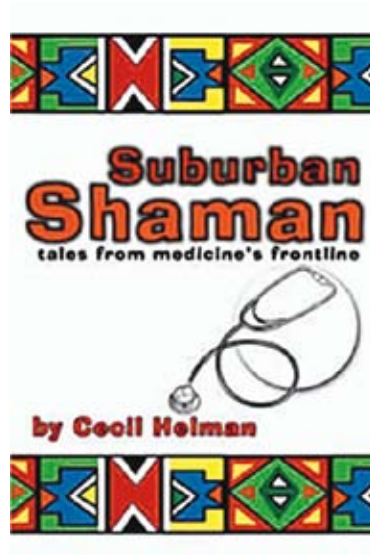
Läs mer på SFAMs hemsida
Välkommen med anmälan senast den 19 mars till
Heléne Sward
SFAM:s kansli Grev Turegatan 10 E, 2 tr,
114 46 Stockholm
e-post: helene.sward@sfam.a.se

Doktorn som socialantropolog

Efter tjugosju års arbete som *General Practitioner* i London stängde författaren dörren till sin mottagning och skruvade bort namnskylten i mässing från porten. Efter en del vända hade han vid dryga 60 års ålder beslutat att lämna sin kliniska verksamhet för att helt ägna sig åt undervisning och skrivande. Redan tidigare hade det blivit en hel del forskning, artiklar och böcker inom medicinsk antropologi – hans andra huvudämne vid sidan om allmänmedicinen. Författaren är numera professor i medicinsk antropologi vid Brunel University i London. Många av kollegor och läsare av AllmänMedicin är säkert bekanta med hans bok ”*Culture Health and Illness*” en grundpelare för många läkare och distriktsköterskor med medicinantropologiskt intresse.

I en tämligen nyutkommen bok ”*Suburban Shaman*” (saknar svensk förläggare för närvarande) så beskriver han sin uppväxt och doktorsroll vilka – naturligtvis – är invävda i ett medicinantropologiskt analysperspektiv. Genomgående försvårar han, kanske till och med idealiserar, den gammeldags familjeläkaren i den första linjens sjukvård, i frontlinjen i mötena med mänskligt lidande långt från den glamorösa medicinska specialiserade sjukhusvärlden. Han förordar en holistisk hälsovård där individen med sin sjukdom är central och där vården skall anpassas till det sociala sammanhanget, och inom patientens idémässiga referensramar. Lika viktigt är att doktorn har övervägt etiska dilemman och analyserat egna rädslor i existentiella frågor och inför personliga möten.

Han ser läkarkonsten som litterär i den bemärkelsen att den förutsätter att läkaren kan lyssna till berättelser och tolka dessa. Den är också en gestaltskonst – en förvärvat kunskap i att leva sig in i, och föreställa sig, hur det känns för just



Suburban Shaman.
Tales from medicine's frontline
Cecil Helman
Hammersmith Press London, UK 2004,
reprinted 2006

den här personen att vara sjuk och lidande. Som kliniskt verksam läkare spelar vi dagligen på en mängd instrument av känslor som bävan och eufori: för att missa diagnoser, för döden, glädjen som helare och i att föra människor in i en ny verklighet. Men läkare är också de som reducerar sjuka personer (även läkare) från människa till en sjukdomsdiagnos, och det är vi som använder medicinska diagnoser som metaforer för olyckor i allmänhet. Mer exotiska är berättelserna, även de till stor del självupplevda, om afrikanska shamaner, kinesisk, indisk medicin samt amerikansk-indianska medicinska system, ryska assistentläkare och om placebo.

I barndomen reste författaren med sin far psykiatrikern till mentalsjukhus i Sydafrikas landsbygd. Detta präglade länge författarens syn på sjukdom, lidande och

död, företeelser som var nära varandra i det sydafrikanska samhället. 1967 blev han själv läkare efter sina medicinska studier i Kapstaden. Samtidigt tilltog apartheidsystemet vilka ibland fick absurda konsekvenser som dess rädsla för att sammanblanda vitt, svart och färgat blod. Helman flydde till friheten i London. Som ung arbetade han först som vikarie i London och Londons förstäder. Han förbluffades av kontrasterna mellan unga rika människor som fixerar sig vid den perfekta ytan och som ser kroppen som kapital, alltmedan de mindre välbeställda brottas med verkliga och inbillade sjukdomar och drogmissbrukarna lever i smutsiga och nedslitna bostäder. Men en bra doktor måste arbeta inom sina patienters skilda föreställningar och förutsättningar och detta beskriver han genom sina möten med Mr A, Mrs N och många andra. Men han blir villrådig i vissa överklassmiljöer, där han blir lika nedlåtande behandlad som någonsin en Zuluboy. Den är en mosaik av en distriktsläkares minnen från läkarutbildningen i Sydafrika under svartaste apartheid, via mödor som skeppsläkare i Medelhavet, forskning vid Harvard, hjälpprogram i tredje världen och möten med shamaner och folkliga helare. Han växte upp i Kapstaden.

Boken är drastiskt skriven och präglas av humanistisk livssyn och stark närvarokänsla, samtidigt som den har en stark prägel av socialantropologisk berättelse om vardagslivet som allmänpraktiserande läkare. Den finns för närvarande endast på engelska. Den roar säkerligen både läkare och andra läsare liksom den har roat många av Englands invånare – nämligen de som lyssnade på BBCs utsändning av boken som gick som följetong för något år sedan.

Monica Löfvander
monica.lofvander@ki.se

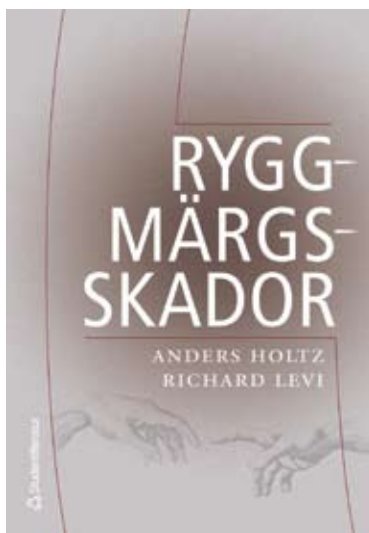
Första svenska läroboken om ryggmärgsskador

Neurologi var tidigare en specialitet, som ofta innebar att skickliga specialister genom noggrann klinisk undersökning fastställt en diagnos (som regel uppkallad efter någon fransk neurolog). Varefter man konstaterade att det hursomhelst inte fanns någon behandling att erbjuda. När lord Nelson 1805 blev skjuten i bröstryggen vid Trafalgar kunde han tydligt beskriva sina bortfallssymptom för skeppsskirurgen, som efter en diagnostisk bedömning endast kunde svara *"My Lord, unhappily for our country, nothing can be done for you"*. Och vid första världskriget avled 80% av alla med traumatiska ryggmärgsskador inom två veckor.

Idag har nya metoder för bilddiagnostik, ökad kunskap om nervsystemets funktioner, nya läkemedel och avancerad kirurgi m.m. gjort neurologin till en av de mest spännande sjukhusspecialiteterna. Och vid traumatiska neuroskador kan man både rädda fler till livet och ge de överlevande en bättre livskvalitet.

I Sverige drabbas årligen cirka 150 personer av traumatisk ryggmärgsskada, oftast pga. trafikolycka. Även om antalet nya fall är litet, så handlar det oftast om unga personer, de flesta yngre än 30 år, som får svåra handikapp för resten av livet, och där både initialt omhändertagande och efterföljande rehabiliteringen får stora konsekvenser för den drabbade. Cirka 5 000 personer i Sverige lever med resttillstånd efter sådan skada, varför vi för eller senare kommer att träffa sådana patienter.

I Studentlitteraturs serie för sjukvården har en neurokirurg och en rehabiliteringsläkare sammanställt landets första lärobok i ämnet. Primär handläggning är alltså mycket viktig då felaktigt omhändertagande gör att skadan förvärras.



*Ryggmärgsskador –
behandling och rehabilitering*
Anders Holtz och Richard Levi
Studentlitteratur 2006-10-15
ISBN 91-44-03228-5

Ryggmärgsskada skall misstänkas vid trafikolycka med hög hastighet eller svår smärta på platsen för säkerhetsbältet, fall från hög höjd eller annat högenergetiskt våld, sänkt medvetandegrad eller svår ansiktsskada.

Boken beskriver med text och bilder hur ryggraden skall immobiliseras på olycksplatsen vid misstänkt skada. Den skadade bör snabbt transporteras till sjukhus, men stabilisering före transport är viktigare. I boken får man även en grundlig genomgång av ryggmärgens anatomi, patofysiologi, klinisk undersökning, primärt omhändertagande, olika komplikationer och deras behandling m.m. Olika typer av skador på olika nivåer beskrivs specifikt. Vid rehabilitering inkopplas många olika yrkesgrupper, varför denna bok då blir extra värdefull.

Roland Morgell

Sveriges öar

– uppslagsverk och nöjesläsning



Anders Källgård

Sveriges Öar
Anders Källgård
Carlssons bokförlag
ISBN 91 7203 465 3

Det är något visst med öar, de är tydligt avgränsade och har ofta en alldeles egen karaktär, som påtagligt kan skilja sig även från en ö som är belägen alldeles intill. Vilket jag själv upplevt bland annat som distriktsläkare med patienter på Stora och Lilla Essingen, som är väldigt olika. Anders Källgård är en distriktsläkare i Halland med ett passionerat intresse för öar. Han har tidigare gett ut flera böcker där han beskrivit öar han besökt, både när och fjärran, inte minst Pitcairn där han även arbetat som läkare. Resorna har också medfört ett stort antal artiklar, både vetenskapliga och reseskildringar.

Anders har nu ägnat fem år åt att sammanställa en systematisk beskrivning av samtliga 1216 svenska öar utan fast landförbindelse som haft fast befolkning någon gång efter år 1900. Det kanske låter tråkigt, men resultatet har blivit en vacker bok, som är ett unikt referensverk med faktauppgifter och kartsatser, samtidigt som boken är en ren nöjesläsning, där akvareller och tuschteckningar, bidrar till läsoplevelsen. Om man har tillfälle att vara med när Anders håller föreläsning (uppgifter finns på hans hemsida <http://www.insula.se>), så kan man köpa boken direkt av honom. Den finns annars även i bokhandeln.

Roland Morgell

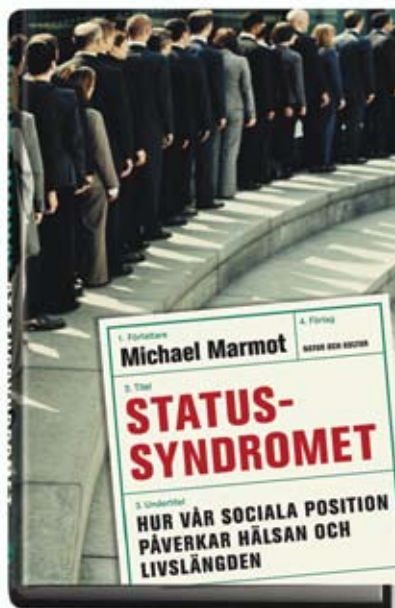
Social position och hälsa

Själva titeln "Statussyndromet" är lite missvisande. Undertiteln speglar innehållet betydligt bättre. Detta är en otroligt välskriven och humoristisk populärvetenskaplig bok. Bärande är en grundläggande moralisk underton. Självdistansen märks i avsnittet där författaren berättar om hur han fick sin adels titel. Vi får en spännande och lättläst presentation av forskning kring och precisering av de problem man försöker lösa inom disciplinen epidemiologi eller folkhälsovetenskap. Som en sann vetenskapsman tar Marmot självkritiskt upp motargument och vrider och vänder på resultaten. Den "sociala gradienten" slår igenom i alla samhällen och tider.

"Autonomi – hur mycket kontroll man har över sitt liv – och de möjligheter man har till ett fullödigt socialt engagemang och deltagande är av avgörande betydelse för hälsa, välbefinnande och livslängd. Det är ojämlikhet inom dessa områden som har stor betydelse för att skapa den sociala hälsogradienten. Det som ligger bakom statussyndromet är graden av kontroll och deltagande. Det här låter enkelt, hoppas jag. Men för att kunna formulera dessa två meningar om kontroll och deltagande krävdes det över tjugofem år av forskning".

Vi får följa Whitehallstudierna om de socialt skiktade brittiska statstjänstemännen samt en mängd andra intressanta och omtalade studier bland annat de om japanska emigranter. Den som följt debatter under de senaste årtiondena känner igen mycket. Frågan om äktenskapet skyddar män och kvinnor olika får sin belysning.

Intressant är den dåvarande konservativa regeringens hantering av rapporten "The Health Divide". Marmot var inbjuden till presskonferens där han var flitigt citerad. En fri press motverkade försöket att mörklägga resultaten. Hälsoklyftorna ökade oroväckande.



Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden.
Michael Marmot
Natur och Kultur
ISBN 91-27-11192X

Samarbetet med regeringen Blair för praktiska handlingar som skulle minska den sociala gradienten avslutar boken. Som ett exempel nämns försök att ha låga avgifter på kollektivtrafik för att minska social isolering hos äldre. Den mångårige svenske medarbetaren Töres Theorell skriver ett efterord där även invändningar och den kritik som riktats mot Marmot presenteras.

Som naturvetare är vi vana att tänka i mekanismer på fysiologisk, strukturell och molekylär nivå. Kommer man någonsin att kunna klarlägga hur den "sociala gradienten" förmedlas till denna nivå? Styrkan i förmågan att förklara skillnader är oftast betydligt större än för de traditionella och individuella riskfaktorer som det medicinska etablissemangen framgångsrikt marknadsfört i samverkan med läkemedelsindustrin. Ett viktigt exempel

är förståelsen av den stora epidemin inom västerlandet under 1900-talet i hjärtkärlsjukdomar som stroke och hjärtinfarkt. I MONICA-studien [1] presenterades nyligen häpnadsväckande uppgifter om sänkningen i dödlighet i dessa sjukdomar på kort tid. Det påpekas även vilken begränsad effekt som läkemedelsbehandling för lipidsänkning har haft för dessa resultat. Däremot lyfts utbildningsnivå fram som en avgörande faktor. Många av MONICA-studiens resultat går inte att förstå utan att ta hänsyn till teorier om hur den "sociala gradienten" påverkar. Ser man på den paradoxala ökade dödligheten i forna Sovjetunionen efter kommunismens fall framstår detta som än tydligare. Många traditionella individuella riskfaktorer förbättrades (ex vikt och blodfetter) men ekonomiska och sociala faktorer försämrades. Författaren hävdar att det ryska exemplet talar emot selektion som förklaring.

Vilka är då de socialpolitiska implikationerna av forskningsresultaten? Marmot har valt titeln "Det moraliska imperativet och kärnpunkten" på det avslutande kapitlet. Kan man rentav förutsäga hur den borgerliga alliansens politik mot "utanförskapet" kommer att visa sig i folkhälsostatistik? Jobb ska prioriteras framför bidrag som minskas och tidsbegränsas. För sjukförsäkringen finns en stor politisk enighet om att minska kostnaderna. Om resultatet blir att en stor grupp hamnar "nedanför" borde Marmots resultat visa sig i ytterligare ökade hälsoklyftor efterhand.

Peter Olsson, Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Referens:

1. Asplund K, Eliasson M, Janlert U, Stegmyr B. Vad MONICA har lärt oss om hjärt-kärlsjukdom - liksom om samhälle, folkhälsa och sjukvård. Läkartidningen 2006;103:3006-11.

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Björn Nilsson
nilsson.holst@telia.com

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
madelene.andersson@nll.se

Karin Lindhagen
070-327 09 31

karin.lindhagen@sfam.a.se

Ulf Peber

ulf.peber@lthalland.se

Pär Säberg

070-765 448

Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

Lars Borgqvist, Gunnar Carlgren,
Annika Eklund-Grönberg och
Karin Lindhagen.

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Examenskansliet

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

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

Informatikerådet

Olle Staf
0485-151 33
Olle.staf@ltkalmar.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
bjorn.stallberg@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

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

Åsa Colliander
asa.colliander@priv.sll.se
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

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.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

Staffan Gyllerup
Staffan.gyllerup@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@telia.com

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

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@ltdalarna.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.vssosll.se

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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
katarina.liliequist@vgregion.se

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:
Grev Turegatan 10E, 2 tr
114 46 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

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2007

Nr	Manusstopp	Utgivning
2	6/3	19/4
3	8/5	20/6
4	7/8	19/9
5	18/9	31/10
6	6/11	19/12

Personlig omsorg

Under många år var Ernst min frisör och jag hans läkare. Trots en svår hjärt-lungsjukdom arbetade han fram till sin död vid 75 års ålder. Jag saknar samtalen med honom – mer än hans tjänster. Numera räcker det med egenvård för de fåtaliga strån som finns kvar på min skalle.

Marek, min tandläkare, besöker jag som regel en gång per år. Det känns lugnt och tryggt att sjunka ned i stolen hos honom. Han har ett lätt behagligt handlag. Det blir inte så mycket sagt, men han brukar säga att tänderna ser fina ut och uppmuntrar mig att använda tandpetare och tandtråd. Honom tänker jag behålla tills alla mina tänderna fallit ur.

När jag för nästan tjugo år sedan lyckats knäpa ihop 40 000 kronor på mitt sparkonto så fick jag som privilegierad "förmånskund" en personlig bankman. Hon heter Lena och har funnits till hands genom livets skiften med lån till första och andra villan, till bostadsrätten, till sommarstället och råd i deklarationstider och annat. Ofta räcker det med en kort telefonkonsultation. Enkelt smidigt och trevligt.

Jag tycker det är kul att vara min egen hantverkare. Jag bygger, målar och tapetserar helst själv. Ibland behöver jag hjälp med lite knepigare saker. Då ringer jag till Bengt som kan allt. Min personlige hantverkare har blivit något av en mentor och lärare inte bara när det gäller byggt teknik.

Med ökande välstånd köpte jag en fabriksny bil första gången 1989. Det var en fin blå SAAB. Lite krasslig var den dessvärre och det blev åtskilliga reparationer. Märkesverkstan var ordnad som en större of-fentlig vårdcentral. Först telefonkö till kundmottagningen, som gav en tid att infinna sig, sedan ny kö

för att lämna nycklar och anamnes. Vid hämtningen nya köer, såväl vid kundmottagningen som vid kassan.

Eftersom det hände att bilen fortfarande hade sjukdomssymtom efter besöket fick hela proceduren göras om, nu med ifrågasättanden och sura miner från kundmottagningens luttrade personal, som ofta byttes ut. Alltid nya ansikten.

Efter några år skedde en förbättring. SAAB ordnade en "öppen mottagning" utan tidsbeställning. Det blev ett ovisst köande, ibland snabb åtgärd, men ofta rundgång med tidsbeställning i den ordinarie kundmottagningen.

När jag bytte till Volvo fick jag Henrik som min personlige bilmek. Henrik sköter om min tredje Volvo i rad. Han känner mig och min bil innan och utan. När jag ringer på mobilen svarar Henrik: "Hej Jonas! Hur är det?" "Jo, jag har hört nåt konstigt ljud", säger jag. "Berätta mer", säger Henrik. Jag får berätta och jag frågar sedan: "Vad tror du det kan vara?"

Då säger Henrik: "Du låter lite oroad. Vad tänker du själv?" "Jag är rädd för att det kan vara växellådan." "Nej det är högst osannolikt", säger Henrik lugnande, "men jag tycker du kan komma förbi på eftermiddagen så kan jag lyssna lite".



Foto: Eva Sjögren

Jonas Sjögren
Familjeläkare, Västerås
jonas.sjogren@ptj.se

2007

Mars

Skolläkardagar på Nya Pedagogen i Göteborg
22-23 Mars.
<http://www.jordnarait.se/skollakare/program.htm>

Läkardagarna i Örebro

"Bildn i vår kliniska vardag".
27-28 mars. Mer information:
ewa.nystrom@orebroll.se
Telefon 019-602 37 05

Nationellt vårmöte i Jokkmokk

28-30 mars. Arrangör SFAM Norrbotten. Lär om tips och tricks för vardagen och diskutera allmänmedicin i Sverige. markus.beland@nll.se

April

Kompetensutveckling, ledarskap och personligt ansvar

SFAMs Fortbildningsråd inbjuder till temadag.
18 april. kl 10-16. Van der Nootska palatset, S:t Paulsgatan 21, Stockholm (på Söder, nära Slussen)
Anmälan senast den 19 mars till helene.sward@sfam.a.se

Svensk idrottsmedicinsk förening Vårmöte i Uppsala

19-21 April. Tema Barn och Idrott.
Information: <http://www.imf2007.se/>

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

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

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.kursdoktor.nu