

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 5 2006 ÅRGÅNG 27



Varför en holländsk läkare trivs i Sverige/sid 13

Avhandling om Fråga Doktorn/sid 5 • Modern ortopedisk medicin/sid 9

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:

SFAM.L granskar nytt läkemedel mot fetma

Palliativ hemsjukvård i Helsingborg

SFAMs höstmöte

Omslagsfoto: Esther Groen

3 Ledare

Omrövningar
Anders Lundqvist

5 Avhandlingar

Vilka använder Fråga Doktorn på nätet – och vad tycker de?
Göran Umefjord

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre
Patrik Midlöv

9 Vetenskap & Utveckling

En presentation av modern ortopedisk medicin
Ingemar Söderlund, Ulf Måwe

Experiment med sinnesslöa i folkhälsans namn
Roland Morgell

Delaktighet och funktionsnedsättning – *Roland Morgell*

13 Praktik

Varför en holländsk läkare trivs i Sverige
Jan Vingerhoets

17 ST-uppsats

Har ST-systemets idéer fått genomslag?
Ramin Zarrinkoub, Sophy Rath, Anna-Karin Furhoff

23 Fortbildning

Levande FQ-grupper – *Ole Kamp*

24 Kongress

Wonca Europe 2006 i Florens – *Urban Brunell*

26 Utbildning

Globalmedicin – en utmaning för ST-läkare
Anna Karin Karlsson

29 Debatt

Starkare röst för allmänmedicinen om vi slår ihop AllmänMedicin och Distriktsläkaren
Jan Stålhammar, Roland Morgell

31 Internationellt

Frivilliginsats i tsunamins spår – *Christina Littke*

33 Recensioner

Skamkänslornas kraft – *Anders Lundqvist*

God arbetsmiljö – *Roland Morgell*

Stram tango med döden i bok om dödshjälp
Stig Andersson

Den yttersta plågan – boken om AIDS
Roland Morgell

Lucia – en roman av Anders Drejare
Roland Morgell

41 SFAM informerar

SFAM och Riskbruksprojektet
Anna-Karin Svensson

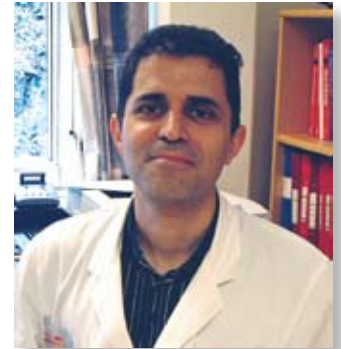
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

44 Krönika, kalendarium

Är du också lat – eller?
Karin Ranstad

”Det är intressant att de vetenskapliga undersökningar som redovisas i bl.a. SBU-rapporterna endast analyserar den grupp patienter som nått vägs ände, dvs. utvecklat ett kroniserat, muskuloskelettalt smärttillstånd.”

En presentation av modern ortopedisk medicin. Sidan 9



ST-uppsats: Har ST-systemets idéer fått genomslag? Sidan 17



Ole Kamp skriver om levande FQ-grupper. Sidan 23



Urban Brunell rapporterar från Wonca Europe 2006 i Florens. Sidan 24

ANNONS



Omprövningar

Idet här numret kan ni läsa om en holländsk allmänläkare som tröttnade på arbetsvillkoren i sitt hemland och nappade på ett erbjudande från Sverige. Han tyckte sig ha hamnat i paradiset när han började jobba här. Jag var tvungen att nypa mig i armen lite granna för att se om jag läste rätt eller hade missat en underton av ironi. Det är ju ganska sällan man hör sådana lovord om arbetsmiljön från svenska allmänläkare.

Mina föreställningar om Holland var präglade av mina intryck från ett studiebesök i mitten av 90-talet. Jag fick då en känsla av att detta var ett land där allmänmedicinen har den ställning den förtjänar och ska ha. Allmänläkarna hade hög status, landets allmänmedicin höll en hög standard, och det fanns en stark vetenskaplig förankring ute på mottagningarna. Läkarna hade även möjlighet att på ett bra sätt kombinera sidouppdrag med klinisk tjänstgöring.

Nu får jag läsa om utbrända läkare, stressiga förhållanden och absurd byråkrati i Holland. Jag blir först förvirrad, men inser att det är uppfriskande att få ompröva sina föreställningar. Jag borde förstå att det moderna samhällets främsta kännetecken är förändring. Det kanske förresten är därför allmänläkaren inte står högst på dagordningen i den svenska sjukvårdspolitiken. En person som jag, som innehaft samma tjänst i 15 år, upplevs kanske som en

anakronism, en påminnelse om förfluten tid innan ord som vårdprocesser, balanserade styrkort m.m. hade gjort sitt intåg. Dagens verksamhetschefer byts ut titt som tätt som bekant. Det kan förefalla som om idén om den personlige läkaren går tvärs emot tidens strömningar. En tid där relationer byts som underkläder, där instabiliteten blivit ett pålitligt kännetecken och där oron i samhället återverkar på individernas personliga hälsa. Men just då behövs det en person som är bärare av kontinuitet, som fungerar som en minnesbank av olika sjukhistorier. En sådan person vill jag vara.

När jag tänker efter lite är det väl så att allmänmedicinen i Sverige bedrivs med olika förutsättningarna beroende på var man befinner sig, och rent av mellan olika vårdcentraler beroende på – just det – bemanningssituation. Aha! Där är vi igen: 1 på 1 500 och det blir hyfsat bra. Uppenbarligen ska vi gratulera vår holländske kollega till en bra arbetsmiljö. På många ställen runt om i landet är det emellertid en skriande brist på kollegor och utomordentligt svårrekryterat. Åtgärder för att höja allmänmedicinens status är av nöden. Vi kan knappast vänta någon större draghjälp från den nya regeringen, eftersom de olika partiernas sjukvårdspolitik spretar åt olika håll. Det största partiet, moderaterna, irriterade oss med sitt förslag om vårdlotsar, och kristdemokraterna verkar tycka att tillgängligheten till andra specialister är en huvudfråga.

Mycket talar för att politikerna kommer att fortsätta utveckla när-sjukvården, varför det är synnerligen viktigt att vi oförtrutet fortsätter att marknadsföra begreppen personlig läkare och fast läkarkontakt. Det är ju som Per Fugelli, norsk professor i socialmedicin, uttryckte det på folårrets Riksstämman, en gåta att Sverige inte bättre har lyft fram betydelsen av den personlige allmänläkaren. Vi ses i praktiken som utbytbara mot andra kollegor och yrkesgrupper, och då har man ju missat poängen med att vi kan bidra med fler perspektiv än det biomedicinska.

Tyvärr är vår vardag lite av en förborgad hemlighet för våra politiker. De besöker oss sällan som patienter, så vi kanske ska göra ett nytt försök att erbjuda auskultation på våra mottagningar. Nu när Protos blivit politiskt dödförklarat måste vi hitta nya vägar.



Anders Lundqvist

ANNONS

Vilka använder Fråga Doktorn på nätet – och vad tycker de?

Det blir allt vanligare att söka efter information på Internet innan man vänder sig till sjukvården. Det finns också ett ökande intresse för Internetbaserade sjukvårdstjänster inklusive konsultationer, både med de läkare som man tidigare haft kontakt med och med dem som man inte har träffat.

Infomedicas (numera Sjukvårdsrådgivningen.se) *Fråga doktorn* är en avgiftsfri Internetbaserad tjänst, som finansieras av landstingen. Kommunikationen är enbart textbaserad. De som frågar kan vara anonyma. Vi har studerat de första fyra årens användning (totalt 38 217 konsultationer).

Tre fjärdedelar av de som frågade var kvinnor, oftast 21 till 60 år. Tjänsten användes dygnet runt. Individer bosatta i tätbefolkade orter frågade mest per capita. Ett fåtal personer frågade vid upprepade tillfällen.

Frågorna var mycket varierande. De flesta frågade för egen del. *Fråga doktorn* användes främst för en första bedömning av ett medicinskt problem, för att få ytterligare information under pågående behandling eller för second opinion. Nästan hälften av frågeställningarna hade inte tidigare blivit bedömda inom vården. Flertalet som utnyttjat tjänsten var nöjda och nästan hälften tyckte att de fått tillräcklig information och inte behövt gå vidare med sin förfrågan. Vissa uttryckte att tjänsten fungerade väl som ett komplement till befintlig sjukvård.

De vanligaste skälen till att vända sig till *Fråga doktorn* var att det var enkelt och bekvämt, att man kunde vara anonym, att doktorer i vården var stressade, att det var svårt att få den egna tiden att räcka till för att söka vård, eller att man upplevde att väntetiden inom vården var alltför lång. Flera angav att de vänt sig

till en doktor på nätet eftersom de var besvikna efter läkarbesök där de upplevt kommunikationsproblem.

De familjeläkare som besvarade frågorna uppfattade sitt uppdrag som stimulerande, utmanande och lärorikt, trots att de inte kunde se frågeställarna eller göra undersökningar. Läkarna uppskattade möjligheten att kunna reflektera över frågan innan de svarade.

Internet innebär inte bara att hälsoinformation kan göras tillgänglig utan också att läkarkonsultation kan ske via nätet. Fysiska möten kommer även fortsättningsvis att utgöra fundamentet inom sjukvården, men Internetbaserad konsultation kan vara ett komplement och i vissa fall ersätta fysiska besök. För att möta efterfrågan på Internet-baserade hälsoinformation inklusive konsultationer föreslås att läkare och övrig berörd vårdpersonal samt studerande erbjuds utbildning inom området och att etiska riktlinjer upprättas.

Göran Umefjord
Härnösand
umefjord@ymex.net

Datum: 2006-10-06

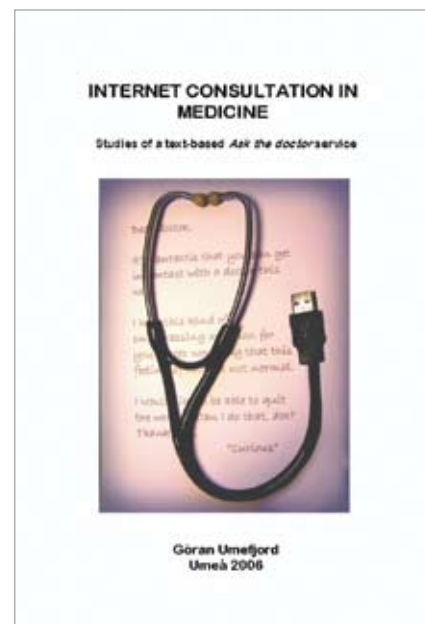
Avhandling: Internet consultation in medicine. Studies of a text-based Ask the doctor service

Doktorand: Göran Umefjord

Institution: Allmänmedicin, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet

Handledare: Göran Peterson, docent, Hälsoinstitutet, Högskolan i Kalmar. Bihandledare Hans Malker, chef FoU-centrum, Landstinget i Västernorrland samt Katarina Hamberg, enhetschef och Herbert Sandström, adjungerad lektor vid Institutionen för Folkhälsa och klinisk medicin, Allmänmedicin, Umeå universitet

Opponent: professor Gerhard Andersson, Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet



❖ SFAM informerar

SFAMs kansli i nya lokaler

SFAMs kansli flyttade 1 oktober till nya lokaler på Grev Turegatan 10E, alldeles nära tunnelbaneuppgången vid Stureplan. Nu har vi fått första-handskontrakt på kansli lokaler med tre kontorsrum och ett litet konferensrum. SFAM kommer hyra ut en del av lokalen till Svensk kirurgisk förening. På SFAMs kansli arbetar Heléne Swärd och Maria Wittrin Blomquist, och för kirurgföreningen Barbara Dürr, som många SFAM-medlemmar känner, eftersom hon tidigare arbetade på SFAMs kansli tillsammans med Heléne.

När detta nummer av tidskriften *AllmänMedicin* skickas ut hoppas vi att värsta flyttbestyren är över. Telefonnummer och faxnummer ändras inte, och e-post ska fungera som vanligt.

Om du behöver lokal för ett möte med en mindre grupp – upp till åtta personer – kan du boka konferensrummet genom Heléne eller Maria.

Titta gärna upp på kansliet om du har vägarna förbi!

ANNONS

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre

Läkemedelsbiverkningar är den fjärde till sjätte vanligaste dödsorsaken och orsak till 15–22% av alla inläggningar på medicinkliniker. Det är tidigare visat att läkemedelsbehandlingen på äldreboenden inte är optimal och att felaktig rapportering, till exempel vid utskrivning från sjukhus till sjukhem eller vice versa, orsakar att patienter ibland får fel mediciner. Antalet behandlingsmetoder med läkemedel ökar liksom andelen äldre, varför problemen förväntas tillta.

Syftet med min avhandling var att beskriva de brister som finns vid läkemedelsbehandling hos äldre samt att pröva interventioner som kan förbättra läkemedelsbehandling av äldre inom primärvården.

Vi fann att 45% av granskade sjukhemspatienter med Parkinsons sjukdom eller epilepsi hade minst ett läkemedel utan angiven indikation i journal, kardex eller läkemedelslistor. 43% av patienterna med epilepsi och 37% av dem med Parkinson hade läkemedel som ansågs olämpliga för sjukhemspatienter. Ett team bestående av neurolog, klinisk farmakolog, apotekare och primärvårdsläkare fick gå igenom patienternas medicinering och föreslå ändringar vid behov. Denna intervention visade inga positiva effekter när vi

mätte patienternas livskvalitet, ADL eller beteendesymtom.

Vi fann också felaktig läkemedelsanvändning som orsakats av brister i informationsöverföring, när äldre patienter flyttade mellan sjukhus och kommunal hemsjukvård eller sjukhem. I genomsnitt hade patienterna mer än tio läkemedel vardera. Det blev två läkemedelsfel varje gång patienten bytte vårdform; ungefär 20% av ordinationerna blev fel varje gång patienten skrevs in på eller ut från sjukhus.

Införandet av en läkemedelsberättelse minskade antalet fel då patienter överfördes från slutenvård. Läkemedelsberättelsen är ett strukturerat sätt att beskriva vilka läkemedel som har ändrats samt varför ändringar har gjorts. Den är en del av den utskrivningsinformation som ska ges till patienten, sjuksköterska inom hemsjukvården samt till patientens familjeläkare. Det blev signifikant minskad andel patienter med läkemedelsfel i gruppen med berättelse (32%) jämfört med kontrollgruppen (66 %). Genomsnittligt antal fel var 1,0 i gruppen med läkemedelsberättelse och 2,2 i kontrollgruppen.

Fortbildning minskade signifikant primärvårdsläkarnas förskrivning av bensodiazepiner men inte av neuroleptika, trots att båda är förknippade med mycket bi-



Patrik Midlöv, distriktsläkare Tåbelund vårdcentral i Eslöv.

Datum: 2006-06-09

Doktorand: Patrik Midlöv

Avhandling: Läkemedelsrelaterade problem hos äldre – interventioner för att förbättra läkemedelsanvändningen.

Institution: Klinisk farmakologi, Lunds universitet

Handledare: docent Peter Höglund, docent Tommy Eriksson och docent Christina Nerbrand

Opponent: Robert Eggertsen, docent Allmänmedicin, Göteborgs universitet

verkningar hos äldre. En enkät visade att fortbildningen var mycket uppskattad.

Att ha förmånen att ägna sig åt patientnära forskning är att få det bästa av medicinens två världar, den kliniska och den akademiska. Tyvärr är det alltför få allmänläkare som ägnar sig åt forskning. Ju fler vi är desto lättare och naturligare blir det för våra kollegor att sätta igång. För min del har det varit ett mycket lustfyllt arbete. Nyckeln har varit bra handledare och ett ämne som jag själv är väldigt intresserad av. Vid min disputation hade jag turen att få en opponent som starkt bidrog till att det blev en både lärorik och trevlig tillställning. Robert Eggertsen var mycket påläst och engagerad, vilket uppskattades av såväl respondenten som åhörarna.

Patrik Midlöv

patrik.midlov@skane.se

Opponentens synpunkter

Patrik Midlövs avhandling berör mycket viktiga problemställningar inom allmänmedicinen. Det är väl känt att äldre med många sjukdomar och mediciner har större risk att drabbas av biverkningar, och att fel i deras medicinering kan uppstå när patienterna flyttas mellan olika vårdenheter. SBU har uppmärksammat dessa möjligheter till fel, och en av deras expertgrupper "Läkemedel och äldre" arbetar med problematiken. Patrik har mycket förtjänstfullt belyst ämnet och genomfört olika interventioner för att förbättra situationen. Han inledde sin avhandling med ett citat av Cicero: Cuiusvis hominis est errare, nullius nisi insipientis in errare perseverare (varje människa kan fela, men bara dåren framhärdar i sitt fel). Patrik har visat att det finns möjligheter att förändra något som är fel.

Robert Eggertsen

docent i allmänmedicin samt distriktsläkare Mölnlycke vårdcentral
robert.eggertsen@vgregion.se

ANNONS



En presentation av modern ortopedisk medicin

Smärttillstånd i rörelse och stödjeorganen (STRoS) drabbar 60–70% av svenska män och kvinnor någon gång under livets gång [1]. 5–10 % anses få sitt smärttillstånd från vävnadsförändringar [2] som kan visualiseras som patomorfologiska (PM) förändringar med hjälp av medicintekniska hjälpmedel, såsom röntgen, serologiska tester, ultraljud osv. Sådana PM-fynd klassas som onormala. De förmodas vara källan till smärtsignalerna, som patienten rapporterar. Smärttillståndet betecknas som ”specifik smärta”. Påvisas PM-förändringar utan samtidig smärta, förklaras frånvaron av smärttillstånd med ad hoc hjälphypoteser av olika design, utgående från lokala paradigmer.

Denna grupp patienter möter vi läkare under grundutbildningen på de medicinska fakulteterna. Läkarutbildningen erbjuder sedan vanligt gedigna kunskaper för de PM-baserade smärtdiagnoserna. Diagnostik, behandlingsstrategi och rehabilitering bygger (oftast) på vetenskap och beprövad erfarenhet. Uppstår funktionsnedsättning efter sjukdomens

utläkning får vi lära oss vilken form av funktionsträning som är optimal.

”Specifika” STRoS skiljer man från sådana smärttillstånd där en utredning inte kunnat visa PM-förändringar. Sådana smärttillstånd benämnes ”ospecifika”. De utgör omkring 90–95% av de smärttillstånd [3] som utgår från vävnaderna i rörelse och stödjeorganen.

Grundutbildningen för läkare erbjuder inte sedan vanligt gedigna kunskaper för dessa ”ospecifika” smärttillstånd [4]. En förklaring till det kan vara att sådana patienter endast i undantagsfall kommer så långt som till universitetsklinikerna och då endast i sina svåraste slutstadium. Inträdesbiljetten dit är ju tydliga och konstanta PM-förändringar eller att smärttillståndet mimar annan specifik organskada [5].

Läkare har kunnat få utbildning i ortopedisk medicin. En treårig postgraduate utbildning för ”vanföreläkare” stod till buds vid Kongl. Gymnastiska Central-Institutet i Stockholm. 1934 lagstiftades denna möjlig bort på initiativ av Lärarkollegiet vid Karolinska Institutet.

Ingen sådan utbildning har därefter erbjudits i läkarutbildning [6].

Svensk Förening för Ortopedisk Medicin (SFOM) bildades 1964 för att tillvarata de beprövade erfarenheter, som läkare i öppenvård genom självlärande utvecklat och förmedlat. Idag finns det en substantiell beprövad erfarenhet om hur den kliniska bilden ser ut, vilka diagnostiska metoder man kan använda, vilka möjligheter till behandling och rekonditionering man har för de ”ospecifika” STRoS fallen. Dessutom har den process, som skall överföra denna vetenskap till vetenskap sakta gnisslat igång och avsatt ett flertal vetenskapliga arbeten inom området ortopedisk medicin, som är kunskapen om de ”ospecifika” smärttillstånden.

Genes modell för ospecifik STRoS

En förklaringsmodell, som får mer och mer stöd är att de ”ospecifika” smärttillstånden uppstår primärt som en följd av en metabol förändring (uttrötning) i muskelsystem och stödjevävnader [7]. Det är anledningen till att de inte är ►►

påvisbara med sedvanlig PA-metodik, men väl med selektiva funktions- och belastningstester (ortopedmedicinsk funktionsdiagnostik).

Den metabola obalansen skapar förändringar i vävnadernas kemiska miljö [7], vilket i sin tur leder till förändrad funktion i mikrocirkulation, nervsystem och matrix. En kaskad av olika funktionsstörningar och symtom uppstår. En karakteristisk klinisk bild utvecklats sig [10], med växlande smärtmodaliteter, dysestesier, parestesier och autonoma, sympaticotona störningstillstånd [8]. Individens reaktioner på denna hälsokatastrof följer också ett karakteristisk kliniskt förlopp med bl.a. kognitiva funktionsstörningar [9]. Metabol obalans upplevs av individen som muskulär trötthet, minskad muskulär koordination, förlängd relaxfas och så småningom hårda och förkortade muskler.

Förändringar i den kemiska miljön leder till adaptationer i vävnaderna om causala belastningsförhållanden inte ändras, om inte tillräckligt tid för återhämtning ges och en (åldersadekvat) minskad syreupptagningsförmåga i muskulaturen beaktas. Vanligen brukar de flesta känna på sig att en ergonomisk sanering av livsföring och arbete börjar bli aktuellt vid 40-års ålder. Beaktas inte detta sker en utveckling mot det som betecknas som kroniskt muskelsmärtilstånd. Slutstadiet brukar något så när stämma med ett ICD-10 klassat invalidiserat smärtilstånd, som läkare i primärvården dagligen möter.

Det är intressant att de vetenskapliga undersökningar som redovisas i bl.a. SBU-rapporterna endast analyserar den grupp patienter som nått vägs ände, dvs. utvecklat ett kroniserat, muskuloskeletal smärtilstånd. Defektläta invalider utgör inget bra underlag för att dra slutsatser om dem, som befinner sig i början av sin smärtkarriär.

Kan man bli muskeltrött av att göra "ingenting"?

Uttröttningsfenomen från muskel- och bindvävssystemen upplever vi dagligen. Vi är vanligen medvetna om vilka belastningar vi har utsatts för och varför vi

känner oss trötta. Det är dock viktigt att notera, att återhämtningstiden för muskelsystemen ökar med åldern. Ett utbränt muskelsystem kräver också lång tid för återhämtning. När marginalerna för muskelstyrka blivit så små, att det räcker till endast för begränsade posturala och ledstabiliserande funktioner upplever de flesta att det inte utför något arbete. Tröttheten blir därför oförklarlig. Denna känsla av "orättvis" uttröttnings bygger på, att de flesta av oss lever i paradigmet att muskelarbete är det samma som mekaniskt arbete. Men det bryr sig inte musklerna om, för de måste utföra ett inre arbete också, nämligen att hålla ihop lederna och se till att kroppen befinner sig i the upright position och att alla slitkrafter fördelas över hela RoS, för att inte skada enskilda delar. Förutom den mekanistiska synen på vad arbete egentligen är finns också den allmänna uppfattningen att endast mekaniskt arbete kräver muskelenergi. De flesta vet bättre, inte minst de som har problem att stå upp, men i bl.a. försäkringskassans bedömningar av arbetsförmåga används begreppet arbete i betydelsen mekaniskt arbete. Man lever där i paradigmet att den enda energikostnad som muskulaturen har att ta hand om är den som uppstår vid mekaniskt arbete. Alltså kan man inte ha ont i muskler "när man inte gör något".

STRoS klinik

Ett STRoS etablerar sig efter 10–15 års repetitiv överanstängning av muskel- och bindvävssystemens metabola kapacitet [10]. De anamnesticiska markörerna är just muskuloligamentära smärtgenombrott, som reciderar i vävnader, som utsätts för långvarig asymmetrisk belastning. Diagnostiken av ett STRoS bygger på individens uppgifter om asymmetriska yttre kroppsbelastningar och läkarens undersökning. Undersökningen etablerar kunskap om de vävnader, som är smärtgivande vid funktions- och belastningstester och om bidragande asymmetrier finns hos individen. Det kan t.ex. röra sig om "vingliga bäcken", vanligen hos kvinnor, men även benlängdsskillnader, pes plani, knäartros ger asymmetrisk belastning över ländrygg och bäcken.

Bristande collagen stabilitet i ländrygg och bäckenfogar, axelleder eller kotpelaren ökar kraven på stabiliserande muskelsystem. Detta behov av extra statisk stabilisering genom muskelkraft kan få ett redan tidigare överanstängt muskelsystem att definitivt brännas ut. Ett karakteristiskt fynd i status är ofta dys- och parestesier, vilka utgår från s.k. triggerpunkter i uttrötta muskler. Symtom från triggerpunkter [11] kan mima allting som känns och rör sig kroppen. Ett viktigt moment i läkarens undersökning är därför att objektivisera sådana muskulära symtom, genom att utlösa patientens kända symtom genom selektiva belastningstest (ortopedmedicinsk funktionsdiagnostik). Dysestesier ger sig prompt tillkänna och kan på så sätt särskiljas från neuropatier och de populära "nervi-kläm"-syndromet.

Det finns en uppfattning, att muskulära smärtsymtom kommer och går som de vill, omöjliga att objektivisera och framför allt omöjliga att dokumentera. Ett kroniserat muskuloligamentärt smärtilstånd har stabila anamnesticiska markörer, repetitivt påvisbara och stabila organspecifika symtom och ett välkänt kliniskt förlopp. Funktionsstörningarna i detta organsystem skiljer inte på de punkterna från tinnitus, angina pectoris, IBS eller KOL. Organspecifika funktionsstörningar är karakteristiska även för STRoS, även de som saknar PM-förändringar.

STRoS behandling

Principen bakom behandlingen av STRoS [12] av ospecifik typ är lika enkel som praktiskt. Alla former av provocerande belastningar skall elimineras, muskel- och bindvävssystemens metabola kapacitet rekonditioneras och säkerställas genom selektiv träning på ett långsiktigt och uthålligt sätt. Individen skall genomföra ergonomisk sanering av sin livsföring och arbetssituation. Dessa organspecifika åtgärder kan rädda en individ från att utveckla invalidiserande defektläta smärtilstånd, som lämnar dem stående i det somatomorfa träsket, där ingen återvändo finns.

Referenser:

1. Brattberg G., Thorslund M., Wikman A. *40 % av Gävleborgs befolkning har långvariga smärtor*, Läkartidningen 1988; 47:4090-4093
2. Hansson T. (red) *Arbete och besvär i rörelseorganen* Arbete och Hälsa, nr 2001:12, ISBN 91-7045-610-0
3. Socialstyrelsen. *Behandling av långvarig smärta*. SoS rapport 19944, ISBN 91-38-11366
4. A D Woolf, N E Walsh, K Åkesson, *Global core recommendations for a musculoskeletal undergraduate curriculum*. Ann Rheum Dis 2004; 63: 517-524
5. Ernfridsson M, Ekelund U. *Misstänkt akut koronart syndrom*. Läkartidningen Nr 28-29, 2006, volym 102
6. Anders Ottosson, *Sjukgymnasten - vart tog han vägen?* Avhandling för filosofie doktorsexamen i historia, framlagd vid Göteborgs universitet 2005
7. Johansson Håkan (red.). *Chronic Work-related Myalgia*. Gävle University Press 2003, ISBN 91-974948-0-1
8. Lidbeck J. *Centralt störd smärtmodulering förklaring till långvarig smärta*. Läkartidn. vol 96 nr 23 1999
9. Söderfjäll Stefan. *Musculoskeletal pain, memory, and aging. Cross-sectional and longitudinal findings*. Dep Psychology, Umeå University, Umeå 2005. Thesis
10. dr Ingemar Söderlund, illustratör. Illustration av STRoS kliniska förlopp, Via Dolorosa, i undervisningsmtrl
11. Travel Janet G., Simons David G. *Myofascial Pain and Dysfunction*. Volume 1, The Triggerpoint Manual, ISBN0-683-08366-X, 1983, Volume 2, The Lower Extremities, ISBN 0-683-08367-8, 1992. Williams & Wilkins
12. dr Ingemar Söderlund, illustratör. *planeringsmatris för rehabilitering och rekonditionering av STRoS*. i undervisningsmtrl

Ingemar Söderlund,
föreningssekreterare,
Svensk Förening för
Ortopedisk Medicin
kliniken.dorsum@Tele2.se



Ulf Måwe, ordförande,
Svensk Förening för
Ortopedisk Medicin
ulf@mawe.se



Experiment med sinnesslöa i folkhälsans namn

När folktandvården inrättades 1938 var karies var så vanligt att tandläkarna inte skulle räkna till åt alla som skulle behöva behandling. Det ansågs därför viktigt att ta reda på vad som orsakade karies och om det gick att förebygga. På regeringens uppdrag påbörjades 1943 vetenskapliga försök med "sinnesslöa" patienter på Vipeholms sjukhus utanför Lund. De flesta patienter var rörelsehindrade och beroende av matning, varför man kunde genomföra kontrollerade studier.

Man fann att riklig tillförsel av klibbiga kolhydrater mellan måltiderna gav karies, vilket inte tidigare varit vetenskapligt bevisat. Publicering blev fördröjd, inte av etiska skäl, utan på grund av motstånd från sötsaksindustrin. Försöket skapade ny kunskap som kommit folkhälsan till godo. Priset betalades av de sammanlagt 660 patienterna som inte blev tillfrågade. Vetenskapshistorikern Elin Bonnel har i en avhandling studerat originaldokumenten från sockerförsöket, för att sätta sig in i hur man då resonerade[1].

Efter kriget fick världen kunskap om de experiment som nazisterna hade genomfört i koncentrationslägren och det finns idag en större medvetenhet om etiska avvägningar när patienter utsätts för försök. 1966 infördes landets första etiska kommitte vid KI och 1974 hade kommitteer införts vid alla medicinska fakulteter. Sedan 2003 gäller Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Ämnet är berört i flera böcker [2,3,4].

Roland Morgell

1. Bommenel, Elin: Sockerförsöket. Kariesexperimenten 1943 – 1960 på Vipeholms sjukhus för sinnesslöa. Avhandling Linköping 2006
2. Lynöe, Nils: Mellan cowboyetik och scoutmoral. Medicinsk forskning i praktiken. Stockholm 1999
3. Nilstun, Tove: Medicin och moral. En bok om forskningsetik. Lund 1991
4. Petterson, Bo: Forskning och etiska koder. En introduktion till forskningsetik. Nora 1994

Delaktighet och funktionsnedsättning

Liksom de flesta andra länder använder Sverige WHO:s sjukdomsklassifikation ICD10, vars svenska version heter KSH97. Vi har också en kortversion – KSH97p – för primärvården, som gör att vi inte behöver leta i den fullständiga klassifikationen när vi skall ange en diagnos. Sedan några år tillbaka finns även ICF, som kan användas till att klassificera funktioner/funktionsnedsättningar, aktivitet/delaktighet, omgivningsfaktorer och anatomiska strukturer.

ICD anger vilken sjukdom en patient har, medan ICF på ett strukturerat sätt kan ange de konsekvenser som sjukdomen medför, både på organnivå och systemnivå samt hur det påverkar individens liv i sin miljö, och där inte bara sjukdomen utan även omgivningsfaktorer – inklusive attityder och stöd – har stor betydelse. Både de svenska versionerna och originalversionerna av ICD och ICF finns tillgängliga på Internet [1, 2].

När det gäller barn med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar har det länge ansetts vara helt självklart att barnet alltid finns i ett sammanhang där det interagerar med sin omgivning, medan detta synsätt ännu inte blivit lika självklart när det gäller vuxna. Lilly Eriksson vid Mälardalens högskola har undersökt hur barn med funktionshinder upplever delaktighet i skolan [3]. Resultaten stödde den flerdimensionella bild av delaktighet som ICF tillhandahåller. Bra kontakt med lärare och klasskamrater samt känsla av självständighet var avgörande för att barnen skulle få en bra skolgång, medan utformningen av skolmiljön och typen av funktionshinder visade sig spela mindre roll.

Roland Morgell

1. <http://www.sos.se/epc/klassifi/klassif.htm>
2. <http://www.who.int/topics/classification/en/>
3. Eriksson, Lilly: Participation and disability: a study of participation in school for children and youth with disabilities. Avhandling Karolinska institutet 2006.

ANNONS

KursDoktorn arrangerar

AllmänläkarDagarna

EN MÖTESPLATS FÖR PROFESSIONEN

Billinge hus, Skövde
31/1-2/2 2007

**Miss a inte tre dagar med högtintressanta föreläsningar
och seminarier tillsammans med kolleger från hela landet!**

Program och anmälningstalong finns på ...

www.kursdoktorn.nu

KursDoktorn
FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN

 **VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN**

Varför en holländsk läkare trivs i Sverige

Är det här livet? Det är en fråga som många i fyrtioårsåldern ställer sig. Efter att ha jobbat tolv år i Holland med egen allmänläkarmottagning började rutinen gnaga, förstärkt av de bekymmer som varje holländsk läkare känner: den aldrig sinande bördan av byråkrati i vardagen, känslan att man som läkare försöker ge vård med bra kvalitet men motarbetas av försäkringsbolag och politik – och andra sådana bedrävelser.

Så är det juli 2004. Under en semester i Sverige tvingar tanken mig att lägga om rodret. Kontakten med en svensk distriktsläkare får mig på ett första spår och snart upptäcker jag att Sverige har brist på läkare. Och mycket att erbjuda dem. Så jag skrev till flera landsting. Intresset var större än jag trodde. Min smula svenska var en fördel men inget krav. Inom några månader besökte jag fem vårdcentraler och i januari 2005 togs det avgörande steget och kontrakt tecknades för jobb som distriktsläkare i Hällefors. Nu har jag jobbat här i drygt ett år och känner mig helt integrerad i vårdcentralens arbets- och journalschema och trivs mycket bra.

Svenska vårdcentraler är mycket välutrustade. På en holländsk mottagning kan man tänka sig EKG, audiotympanometri men inte ögon- eller öronmikroskop. I Hällefors har vi eget laboratorium och till och med digital röntgen med onlineförbindelse med sjukhuset och möjlighet till akutsvar. Som service till patienter och distriktsläkare har gynekolog, ortoped och barnläkare regelbunden mottagning på vårdcentralen. Det kändes nästan som om jag hamnade i paradiset.

Det medicinska innehållet i jobbet skiljer sig inte så mycket från arbetet i Holland. Riktlinjerna stämmer i stort sett överens med de holländska, där man för närvarande har 83 nationella protokoll utfärdade av läkarföreningens vetenskapliga avdelning. En holländsk läkare kan kliniskt fortsätta jobba som



Foto: Bas Vingerhoets

Jan Vingerhoets, holländsk allmänläkare som sedan 2005 arbetar i Sverige.

man är van. Personalbemanningen på en svensk vårdcentral är dock mycket stor efter holländska förhållanden.

Hur är det i Holland?

På mottagningen arbetar ofta 2–3 läkare tillsammans men solopraktiker förekommer. De flesta har privatmottagningar eller är anställd hos en kollega. I genomsnitt har man 2 400 patienter per läkare, ofta fler. Personalen består oftast av en eller två sekreterare med lite klinisk utbildning. Läkaren gör det mesta själv utan assistens, även journalskrivning och kirurgiska ingrepp. Sjuksköterskor, undersköterskor och distriktssköterskor med egna mottagningar är en lyx som många drömmer om. Man har börjat utveckla ett system med sjuksköterskor som hjälper till, och som framför allt tar hand om patienter med diabetes och KOL, men detta medför så mycket byråkrati att många väljer att avstå.

Skillnaderna med Sverige fortsätter att förvåna mig: rastlösheten och den ständiga brådskan i Holland, mottagningar som drar över tiden, många tidkrävande

hembesök, fördröjning med eftermiddagsmottagningen, stora mängder med telefonsamtal som borde besvaras så snabbt som möjligt men som det inte finns tid för.

Å andra sidan är den holländska läkaren en absolut familjeläkare *strictu sensu* som känner alla sina patienter och besöker dem hemma om läkaren (eller patienten) känner att det är nödvändigt. En helig princip är att alla uppgifter om relevanta händelser som sker på sjukhus skickas till patientens familjeläkare, oavsett var eller när någonting händer. Man har tillgång till alla medicinska fakta, vilket familjeläkaren är den enda som har. Och därtill får man hjälp av ett avancerat och användarvänligt datorsystem som bevakar hela patientens medicinska historia samt patientens nuvarande medicinering, kontraindikationer och interaktioner osv.

Absurd byråkrati

Vården betalas via privata försäkringsbolag. Det finns drygt tjugo bolag som erbjuder befolkningen kontrakt, alla ►►

” För holländare som kommer till Sverige väntar en stor överraskning: den oundvikliga svenska lunchen. Fika och lunch är fenomen som har en nästan sakral status i Sverige: det låter i alla fall som om hela landet ligger stilla klockan 12–13.



Foto: Bas Vingerhoets

med egna villkor, egna ersättningar och egna koder, för läkarna inte bara mycket tidkrävande utan också migränframkallande. Dessutom ytterst ineffektivt, framför allt om man har få patienter som är inskrivna hos ett visst bolag. Formellt så kan man förhandla om villkoren, men utan kontrakt får man inte betalt. Många försäkringsbolag som har genomfört sin byråkrati i absurdum och regler som förändras strax efter du har anpassat din mottagning – inget av detta finns i Sverige.

Januari 2006 infördes ett nytt marknadsinriktat försäkringssystem. Planerna var knappt utvecklade när det infördes – trots varningarna från den nationella läkarföreningen – och följderna blev administrativt kaos. Tyvärr sammanblandas kvantitet med kvalitet: ju fler patienter en läkare ser per timme, desto bättre anses denne vara. Ser man fler patienter får man mer betalt, men samtidigt har man minskat den ersättning som läkare får per besök. Den ständiga brådskan ökar allt mer.

Försäkringsbolagen är nöjda: billigare läkarbesök och läkarna jobbar ännu hårdare för att förtvivlat hålla sina inkomster på samma nivå. Om en patient behöver mer tid så går det förstås bra att ge den – men inkomsten minskar omedelbart. Det krävs således en hederlig inställning. Brådskan leder till att man jobbar jämt, hela dagen, vanligtvis minst 10 timmar per dag, oftast nästan oavbruten. Långa dagar, sällan tid för rast.

I det svenska systemet utgår man från att kvaliteten kräver tid. Hinner man inte ta hand om patienterna pga. för stor efterfrågan kan man hyra vikarier. I Holland är det knepigt därför att det påverkar lönen direkt. Det är en stor skillnad mot det svenska systemet, där vårdkvaliteten står högre på politikernas prioriteringslista än i Holland.

Den svenska lunchen

För holländare som kommer till Sverige väntar en stor överraskning: den oundvikliga svenska lunchen. Fika och lunch är fenomen som har en nästan sakral status i Sverige: det låter i alla fall som om hela landet ligger stilla klockan 12–13. Jag berättade för mina svenska kollegor att en holländsk läkare ser 30–35 patienter om dagen förutom receptförnyelser, telefonsamtal och hembesök till ofta svårt sjuka människor, palliativ vård ges mest inom hemmet, vilket kräver tid. Det blev en respektfull tystnad och många huvuden skakades medlidsamt. *”Men så kan man ju omöjligt jobba med kvalitet?”* undrar en kollega förvånad. Jag förklarade att holländska familjeläkare ser en så oselektad population att det ibland räcker med några minuter. Då får man lite mer tid för andra, men ofta otillräckligt.

Och jag fortsatte berätta att bara för några år sedan så har man mycket försiktigt börjat med ett fenomen som var innovativt för Holland: sjuksköterskan. Inte för alla givetvis – och bara på försäk-

ringsbolagets stränga villkor. Hakorna tappas, inte bara läkarnas utan också sjuksköterskornas, varav några jobbat på vårdcentralen i många år och som är fullständigt oumbärliga. Den vittgående delegering som finns i Sverige känner man inte till i Holland. Många patienter skulle lika bra eller bättre ha fått hjälp av en sjuksköterska.

Det är läkaren som kontrollerar hypertoni och diabetes, utför sårbehandling, gynekologiska hälsokontroller och p-rådgivning. Läkarna åläggs även ytterligare uppgifter utan att bli tilldelad den tid som behövs för att noggrant utföra uppgifterna. Många mottagningar är jämt överbokade och även patienterna har ständigt bråttom: väntetider som överskrider två dygn accepteras knappt. Läkaren vill leverera kvalitet men hindras av tidsbrist.

Jourverksamhet

Jourcentraler i närheten av eller inom sjukhus är bemannade av sjuksköterskor och ibland av en sekreterare med extra utbildning. En typisk jourcentral täcker ett område med ungefär 150 000 patienter, men det finns större och mindre centraler. På sjukhusen gäller remisskrav dygnet runt för nästan allt utom katastrofalt sjuka patienter och klarlagda hjärtinfarkter och primärvårdsläkaren tar i princip emot alla patienter.

Helgdagar har två läkare mottagning och en tredje gör hembesök, körd av en chaufför i en välutrustad bil med akut-



En holländsk läkare ser 30–35 patienter om dagen förutom receptförnyelser, telefonsamtal och hembesök till ofta svårt sjuka människor, palliativ vård ges mest inom hemmet, vilket kräver tid.

väskor, syrgas, HLR- samt intubationsutrustning m.m. Kvällar arbetar två läkare. Natttid jobbar läkaren ensam med en sjuksköterska eller sekreterare samt en chaufför. Läkare som arbetar helg, kväll eller natt får ungefär € 45 per timme. Det finns varken tidkompensation eller möjligheter att påverka sin jourbelastning. Läkaren ansvarar själv för kontinuiteten på sin mottagning dagen efter jour. Man brukar ha avtal med kollegor och ibland stänger man mottagningen och hänvisar akutfall till en kollega. Förlust av inkomst är givetvis en följd av stängningen och resultatet blir att det kostar pengar att göra jour.

Försäkringsbolagen kräver att jour ingår i verksamheten, utan jour inget

kontrakt och inga inkomster. Med jurer blir jobbet för tungt för många äldre läkare som känner sig tvungna att sälja sina jurer – och vikarier är betydligt dyrare än € 45 per timme. Primärvårdsläkare som jobbar kvar efter 60 års ålder är mycket ovanligt. Systemet eliminerar äldre och erfarna kollegor som skulle kunna bidra mycket till vårdkvaliteten, men som nu försvinner allt för tidigt.

Arbetsmiljö

Efter att inifrån ha upplevt båda systemen så ser jag tydligt att det holländska systemet är ensidigt styrt av de kommersiella försäkringsbolagens intressen och att det motverkar läkare som vill göra ett bra jobb. Det nya försäkringssystemet gör det än värre. Bra kvalitet kan uppnås genom stor arbetsinsats och höga arbetsetik, men priset blir ofta en ohälsosam arbetsbelastning kombinerat med en känsla av att man jobbar ofullkomligt, ett beprövat recept för utbrändhet. Pga. stort antal läkare med utbrändhetsproblem fyrdubblades år 2002 de premier som läkare med eget företag måste betala för försäkring mot nedsatt arbetsförmåga.

Allt fler unga holländska allmänläkare funderar på att inte starta eget utan letar i stället efter jobb som anställda i mottagningar som redan finns. Och flera som redan har startat eget väljer att inte längre gå med i det oroliga systemet utan försöker hitta alternativ genom att exempelvis flytta utomlands.

I det svenska systemet jobbar man nästan helt befriad från företagsprincipen, man tycker att vård lönar sig inte på den fria marknaden och handlar efter detta. Nästan varje läkare arbetar som landstingsanställd i en välorganiserad mottagning där man eftersträvar kvalitet och tillräckligt med tid för varje patient.

Det är härligt att jobba i Sverige utan att ha att göra med privata försäkringsbolag.

En version av denna artikel har tidigare publicerats i en holländsk tidskrift för allmänläkare. Min beskrivning av hur jag upplevt arbetet i Sverige har lett till att många blev intresserade av att jobba här. Det är en fördel att det inte finns stora kulturella eller medicinsk-innehållsmässiga skillnader mellan Holland och Sverige.

Jan Vingerhoets

Hällefors

jan.vingerhoets@orebroll.se

Notis

Patienter eller riskprofiler? Vem/vad behandlar vi i dagens primärvård?

- Hinner vi hjälpa de sjuka när de friska går före?
- Nedprioriteras de gamla och sjuka när de ungas riskprofiler ska utredas och behandlas?
- Vem bestämmer vem som är patient (sjuk)? Patienten själv, politikerna, läkemedelsindustrin eller allmänläkaren?
- Kan patienter begripa begreppet hög relativ risk?
- Är du en diagnosmånglare?

Nordic Risk Group arrangerar en konferens i Stockholm på Norra Latin den 19 januari 2007. Föreläsarna som kommer från hela Norden har haft stora framgångar med sina föreläsningar och workshops på Nordiska och Europeiska allmänmedicinska kongresser de sista åren. Gruppen håller sitt årliga möte i Stockholm i januari 2007. Mer information och anmälan på hemsidan:

www.nordicriskgroup.com

eller direkt till konferensens hemsida:

www.nordicriskgroup.com/riskmote2007/

Allmänläkare i Holland

- Kulturellt och medicinskt innehåll liten skillnad mot Sverige.
- Oftast egen företagare.
- Små mottagningar, ibland ensam, vanligen 2–3 läkare.
- Oftast ingen sköterska, läkaren gör allt själv.
- Genomsnitt 2 400 patienter, många har fler.
- Förstahandsalternativ för all sjukvård utom ambulansfall.
- Stressigt arbete, 30–40 besök per dag förutom hembesök, telefon och administration.
- Bra IT-stöd och tillgång till alla medicinska fakta.
- Finansiering via privata försäkringsbolag medför krånglig byråkrati.
- Tung jour med dålig ersättning.
- Många utbrända läkare, få orkar arbeta efter 60 års ålder.
- 2006 infördes nytt marknadsinriktat ersättningssystem som förvärrat problemen.

ANNONS

Har ST-systemets idéer fått genomslag?

En enkätundersökning om sidoutbildningar i allmänmedicin

Vi har med en enkätstudie till nyblivna specialister i allmänmedicin undersökt hur deras sidoutbildningar under ST fungerat och hur de värderar utbytet av kunskaper från sidoutbildningar.

Undersökningen visar stora brister beträffande introduktion, handledning och möjligheter att påverka utformningen av ST. Trots det var 70–75 procent av de nyblivna specialisterna nöjda med inhämtade kunskaper. En hög värdering av kunskapsutbytet förefaller ha starkt samband med ett positivt utbildningsklimat på klinikerna.

Inledning

Specialistutbildningen för läkare har under åren genomgått stora förändringar. Vid vidareutbildningsreformen 1992, ersattes den gamla FV-modellen av specialiseringstjänstgöringen, ST [4]. FV var detaljstyrd beträffande tjänstgöringstid och specialitet. Med ST skulle den enskilde läkarens behov av kompetensutveckling styra planering och genomförande av specialistutbildningen. Utbildningen skulle för alla specialiteter omfatta fem år. Den skulle fullgöras genom handledd tjänstgöring som läkare och kompletterande utbildning, t.ex. SK-kurser. Handledare och verksamhetschef fick ansvar för utbildningens kvalitet och ST-läkarens kompetensutveckling [4,5]. Det kommer signaler från flera håll om att ST-läkarna är missnöjda med sina sidoutbildningar. De få undersökningar som har gjorts tyder på att sidoutbildningar inte fungerar optimalt beträffande målstyrning och handledning [1,2, 3].

Kritiken tyder på att ST-systemets idé om målstyrning inte vunnit genomslag trots att det infördes för snart 15 år sedan. FV-modellen lever kvar hos många handledare, verksamhetschefer och stu-

dierektorer. Det verkar vara svårt att få målstyrning och handledning att fungera under sidoutbildningar på sjukhusklinikerna [1,3].

Syfte

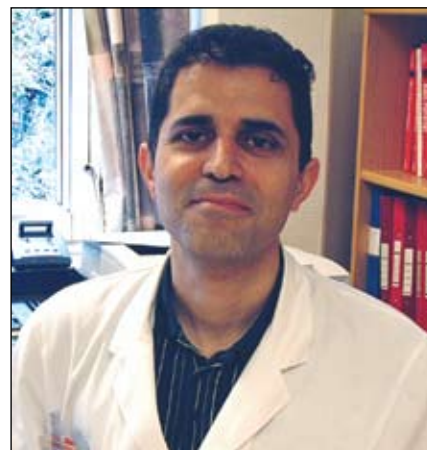
Vårt syfte var att undersöka hur sidoutbildningar i allmänmedicin hade fungerat beträffande introduktion, handledning och möjligheten att påverka utformningen samt i hur hög grad de tillfrågade läkarna känt en positiv utbildningsklimat. Vi ville också veta hur nöjda de var med utbytet av kunskap från sidoutbildningarna. Vidare ville vi veta om det fanns samband mellan värderingen av kunskapsutbytet och de nämnda utbildningsfaktorerna.

Metod

Vi utformade en enkät baserad på våra egna erfarenheter som ST-läkare respektive studierektor samt med stöd av andra liknande enkäter [8]. Enkäten omfattade frågor om bakgrundsfaktorer, genomförandet av sidoutbildningar, bedömning av kunskapsutbytet samt frågor om förändring av sidoutbildningar. Vi hade ingen möjlighet att testa enkäten. Enkäten skickades till alla (235) läkare som hade fått sin ansökan om specialistkompetens i allmänmedicin godkänd under år 2002. Studien är godkänd av forskningsetiska kommittén vid Hud- och sjukhus.

Resultat

Nittioåtta läkare (42%) besvarade enkäten. Medelåldern för respondenterna var 43,9 år (SD=5, 9). Femtioåtta personer (25%) gav synpunkter om förändringar och förbättringar. Sidoutbildningar inom barnmedicin, gynekologi, internmedicin, ÖNH, psykiatri, ögonsjukdomar, geriatrisk, hud och ortopedi förekom ofta. Den vanligaste var barnmedicin



Ramin Zarrinkoub

(100% av respondenter) och den minst vanliga var ortopedi (37%). De längsta sidoutbildningarna var inom internmedicin, psykiatri, barnmedicin, geriatrisk och gynekologi med tjänstgöringstider från i medeltal 10,3 månader (internmedicin) till 3,4 månader (gynekologi).

Introduktion av sidoutbildning

Endast hälften ansåg att introduktionen varit bra på internmedicinska kliniker och drygt 40 procent på ortopedkliniker. Mellan 20 och 45 procent ansåg att introduktionen varit bristfällig även på de kliniker som fick bättre utvärdering. De fria kommentarerna tydde på ett allmänt missnöje med introduktion på kliniker. Ansvaret för introduktionen borde ligga på handledaren på kliniken.

Handledning

Vid sidoutbildning i psykiatri hade drygt 70 procent haft regelbunden handledning med namngiven handledare. Vid övriga kliniker var denna andel lägre än hälften (Figur 1). De flesta ansåg att handledning var en viktig del i ens sidoutbildning och att den borde vara individuell och anpassad till ST-läkarens behov. ►►

Möjlighet att påverka tjänstgöringen

Mindre än hälften ansåg att de kunnat påverka tjänstgöringens utformning på de olika sidoutbildningarna. På sidoutbildningarna ögon och ÖNH var andelen knappt 50 procent, på hud och internmedicin 30 respektive 34 procent. Att kunna påverka sin vardag ute på klinikerna betraktades av majoriteten som viktigt och nödvändigt för att få relevant utbildning. En del uppgav att ST-läkaren på många kliniker betraktades mer som en extra arbetsresurs än som läkare under utbildning. Egen mottagning under handledning nämndes ofta som en effektiv utbildningsmodell.

Utbildningsklimatet

Femtio-åttio procent hade känt en positiv inställning till utbildning av allmänläkare på de flesta kliniker. För ortopedi gällde detta drygt 40 procent (Figur 2). Många efterlyste en bättre förståelse för allmänmedicin och dess arbetssätt och att de skulle bli behandlade som jämlika kollegor med rätt till en bra utbildning. Sidoutbildning uppfattades av de flesta som ett viktigt tillfälle att knyta kontakter med kollegor och övrig vårdpersonal i slutenvård. En lyckad sidoutbildning och ömsesidig respekt sågs som grunden för ett bra samarbete mellan sluten- och öppenvård och därmed en fungerande vårdkedja. Några föreslog att allmänmedicin borde ingå i ST för alla specialiteter. ST-läkarens eget ansvar för sin utbildning ansågs av flera ha stor betydelse för en lyckad ST-utbildning.

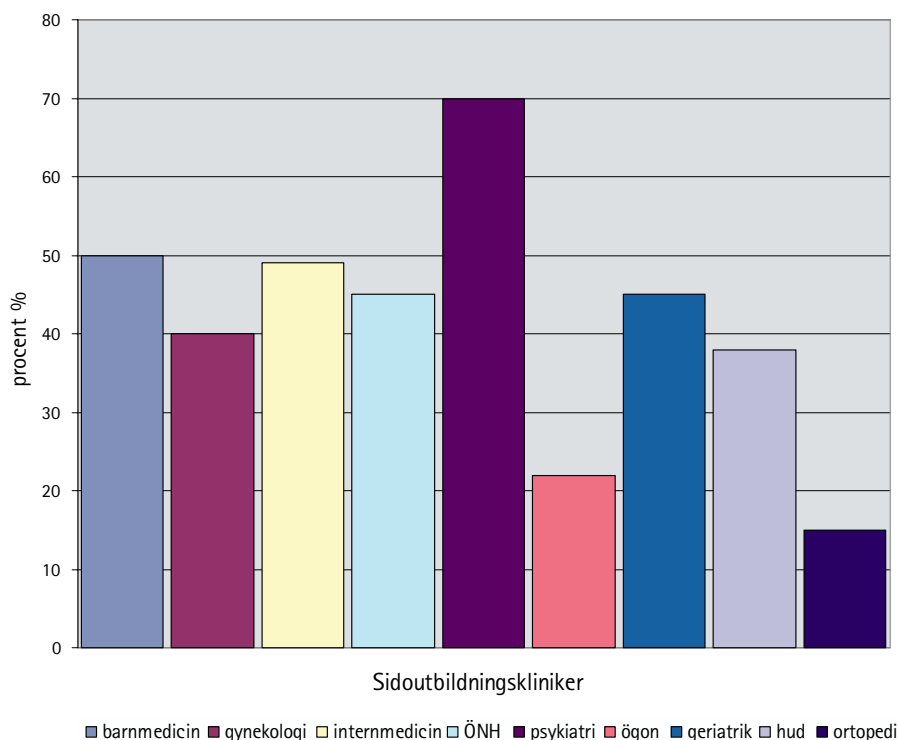
Värdering av kunskapsutbytet

Mellan 70 och 75 procent var nöjda med de inhämtade kunskaperna under sidoutbildningarna. Andelen som var nöjda med tjänstgöringen på ögonkliniker och ortopedkliniker var lägre (Figur 3).

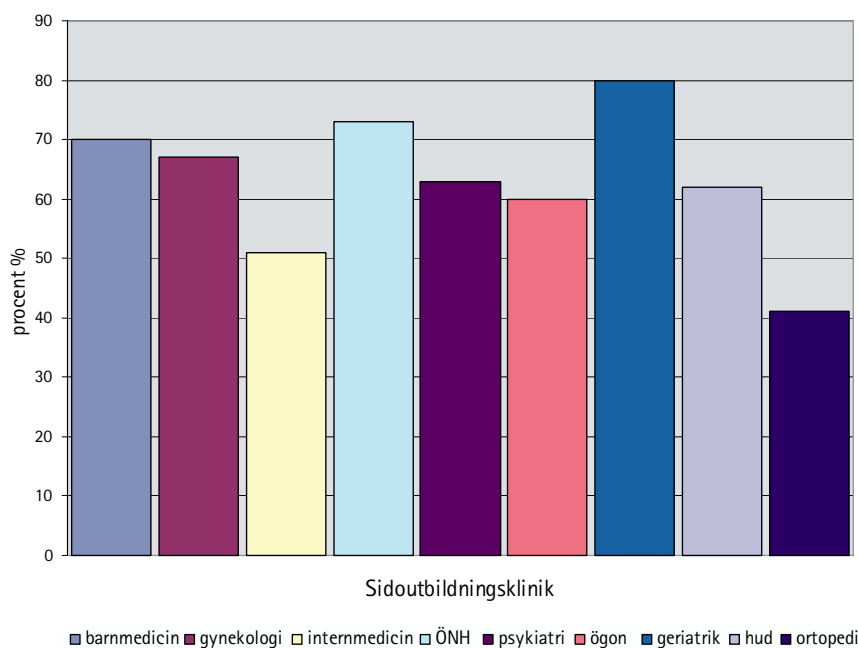
Sambandsanalys

Sambandet mellan olika utbildningsfaktorer och i vilken grad respondenterna kände sig nöjda med inhämtade kunskaper analyserades för barnmedicin, internmedicin och gynekologi. De läkare som hade fått en bra introduktion, haft namngiven handledare och

Figur 1. Andel (%) av respondenter som uppgav att haft en namngiven handledare och regelbunden handledning på de olika sidoutbildningsklinikerna.



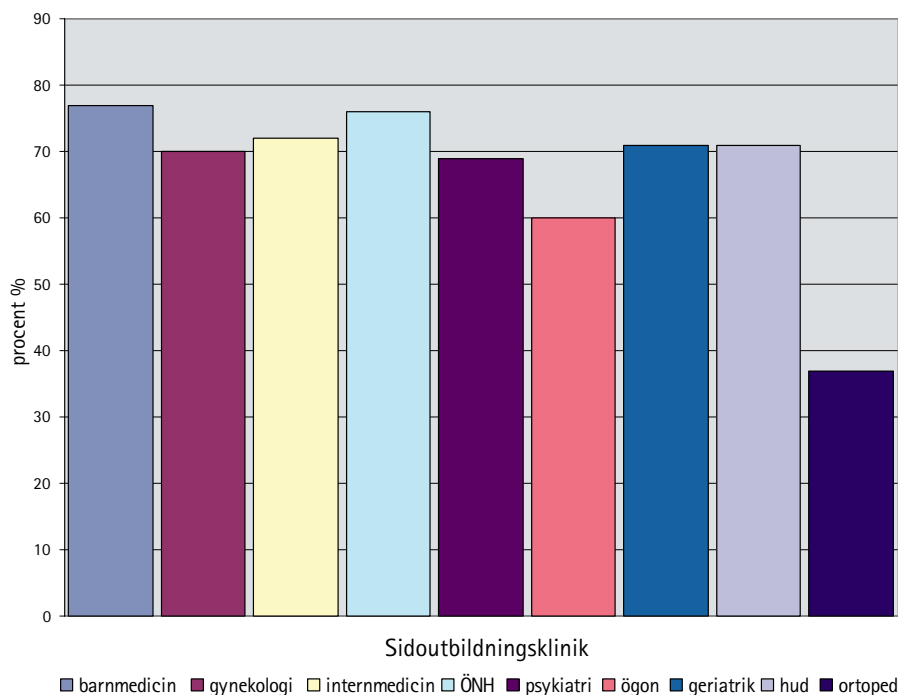
Figur 2. Andel (%) av respondenter som uppgav att de hade känt en positiv inställning till utbildning av ST-läkare på de olika sidoutbildningsklinikerna.



regelbunden handledning kände sig nöjdare med kunskapsutbytet på olika sidoutbildningar. Även de som kunnat påverka sidoutbildningens utformning

och upplevt en positiv inställning till utbildning av ST-läkare kände sig i större utsträckning nöjda med inhämtade kunskaper (Tabell 1).

Figur 3. Andel (%) av läkarna som var nöjda med inhämtade kunskaper på olika sidoutbildningar.



Detta är inte heller ovanligt och storstadsbo uppvisar ofta lägre svarsfrekvens i enkätundersökningar [12]. Vår enkät var verken reliabilitetskontrollerad eller validitetstestad. Detta tillsammans med den låga svarsfrekvensen ger anledning till försiktigt tolkning av resultaten. Endast femtioåtta personer (25%) hade framfört fria kommentarer i slutet av enkäten. Den låga svarsfrekvensen ger ingen möjlighet till en säker statistisk analys. Därför sammanställdes kommentarerna utan någon statistisk bearbetning. Vi valde att analysera i vilken grad respondenterna kände sig nöjda med inhämtade kunskaper endast för de tre vanligaste sidoutbildningarna eftersom antalet från dessa kändes tillräckligt stort för en någorlunda säker statistisk bearbetning.

Resultatet visar på stora brister i genomförandet av sidoutbildningar. Detta stämmer med tidigare undersökningar [1,2,3]. Upplevelsen att den sidoutbildande kliniken har en positiv inställning till utbildning av allmänläkare förefaller var viktigast för att respondenterna ska känna sig nöjda med inhämtade kunskaper (Tabell 1). Detta är ett exempel på den positiva miljöns betydelse. ▶▶

Diskussion

Enkät är en etablerad metod för att undersöka personers uppfattning i olika frågor. Den låga svarsfrekvensen (42%) är inte något ovanligt när det gäller enkätundersökningar riktade till läkare. I

studien besvarade män enkäten i en lägre utsträckning än kvinnor, något som ofta förekommer i enkätundersökningar [11]. Även respondenter på universitetsorter besvarade enkäten i lägre utsträckning.

Tabell 1.

Odds ratio (OR) och 95% konfidensintervall (95% CI) mellan de i enkäten undersökta utbildningsfaktorerna och om läkarna angav sig vara nöjda med inhämtade kunskaper på barnmedicin, internmedicin och gynekologi. Logistisk regression (Crude modell). Antal svarande (n).

| Utbildningsfaktorer | | Barnmedicin | | | Internmedicin | | | Gynekologi | | |
|--|----|-------------|---------|--------------|---------------|----------|---------------|------------|---------|--------------|
| | | n | OR | 95 % CI | n | OR | 95 % CI | n | OR | 95 % CI |
| Bra introduktion | Ja | 66 | 5,33** | 1,88 - 15,15 | 42 | 21,45*** | 4,58 - 100,52 | 61 | 4,11 * | 1,56 - 10,80 |
| | | | | | | | | | | |
| Handledare och regelbunden handledning | Ja | 44 | 5,85** | 1,74 - 19,65 | 40 | 5,17** | 1,68 - 15,97 | 36 | 2,15 ns | 0,81 - 5,67 |
| | | | | | | | | | | |
| Kunde påverka detaljutformningen | Ja | 39 | 6,00** | 1,62 - 22,21 | 28 | 19,29** | 2,44 - 152,70 | 33 | 7,48** | 2,03 - 27,53 |
| | | | | | | | | | | |
| Känsla av positiv inställning till utbildning av ST-läkare | Ja | 64 | 8,77*** | 2,95 - 26,06 | 46 | 21,50*** | 5,56 - 83,08 | 55 | 7,08*** | 2,58 - 19,42 |
| | | | | | | | | | | |

*=p<0,05, **=p<0,01, ***=p<0,001, ns= inte signifikant

ANNONS

Slutsatser

Det har snart gått 15 år sedan ST infördes men ST: s grundidéer verkar inte ha fått något klart genomslag i verkligheten. Introduktion och handledning är bristfälliga på många sidoutbildningskliniker och på många kliniker är det inte heller självklart att ST-läkarna ska kunna påverka tjänstgöringens detaljutformning. En positiv inställning till utbildning av ST-läkare kändes på knappt hälften av klinikerna inom vissa specialiteter. De i enkäten undersökta utbildningsfaktorerna visade på ett positivt samband med i vilken grad respondenterna kände sig nöjda med inhämtade kunskaper. Vi tror att sidoutbildningarnas kvalitet skulle kunna förbättras avsevärt genom en bättre förståelse för ST-systemets grundidéer och ett genomförande på klinikerna som lägger större vikt på den pedagogiska utformningen än vad som nu är fallet.

Betydelsen av en positiv inställning till utbildning på sidoutbildningar tycks vara självklar. En sådan inställning gör det säkert lättare att få till stånd bra handledning och introduktion, och öppnar för möjligheter att själv påverka tjänstgöringen. Den kan även innefatta många andra förhållanden på en sidoutbildning, t.ex. synen på allmänmedicin, samarbetsklimatet mellan olika personalkategorier etc. vilket ytterligare kan förklara det starka sambandet. Mellan 70 och 75 procent var nöjda med inhämtade kunskaper under sina sidoutbildningar. Detta kan synas som ett ganska bra resultat, men variationen mellan olika specialiteter var stora. Att drygt 60 % av dem som gått sidoutbildning i ortopedi var missnöjda talar för att det finns utrymme för förbättringar.

SPUR-inspektionerna spelar en stor roll i kvalitetssäkringen av ST. Men sidoutbildningar har hittills undgått regelmässig granskning, trots att de utgör en betydande del av ST inom de flesta specialiteterna. En lyckad sidoutbildning fordrar att ST-läkaren är aktiv och kan samarbeta konstruktivt med klinikerna. ST-läkarna och deras nätverk, föreningar, handledare och studierektorer, kan själva arbeta för regelbundna kvalitetskontroller av sidoutbildningar över hela

landet, i analogi med de regelbundna AT-enkäterna. En internetbaserad portal där varje ST-läkare betygsätter sina sidoutbildningar kunde bli en lättillgänglig informationskälla och bra hjälp att välja rätt. Sidoutbildningarna kommer att vara betydelsefulla i ST också i framtiden. Alla som strävar efter en välfungerande sjukvård med kompetenta läkare har ett intresse av att stödja en utveckling där sidoutbildningarnas möjligheter tillvaratas och utvecklas.

Referenser

1. Hamberg U, Hölne M, Knaust M, Montelius M, Ramström C, Rudbäck K. Åtskilliga brister i handledning för ST-läkare. *Läkartidningen*. 1999; 96:1285-86.
2. Nilsson Bågenholm E. Svensk läkarutbildning bra – men kan bli bättre. *Läkartidningen*. 2002; 99:2966-67.
3. Ernestam S, Lindbäck E, Ruiz M. Randning – resursslöseri eller räkmacka? *Moderna Läkare* 2003; 7:16-17.
4. Schöldström U. Specialistutbildningens förändringar. Ett sekel med läkaren i fokus. *Sveriges Läkarförbund*. 1903-2003; 363-68. Red Sjöstrand N O. ISBN 91-631-3574-4.
5. Swartling P. Primärvårdens utveckling i Sverige. *AllmänMedicin*. 2001; 22 supplement/01 till Allmänmedicin.
6. Furhoff A-K, Krakau I. Svensk allmänmedicin - när praktiken fick en teori. Ett sekel med läkaren i fokus. *Sveriges Läkarförbund* 1903-2003; 251-67. Red Sjöstrand N O. ISBN 91-631-3574-4.
7. Träff Nordström K. Gör ST-tjänst på vårdcentral. *AllmänMedicin* 2002; 23:298-99.
8. Weaver S P, Mills T L, Passmore C. Job Satisfaction of Family Practice Residents. *Fam Med*. 2001;33:678-82.
9. Egjdus H. Specialistutbildning i allmänmedicin och Riktlinjer för specialistutbildning i allmänmedicin 2002. <http://www.sfam.nu>. Utbildning; ST-läkare.
10. Ahlgren T, Filipsson A, Örn P. Torsby i topp, Uddevalla i botten enligt Sylf-rankning av sjukhus. Stort ansvar med god handledning utmärker toppsjukhus för AT-läkare. *Läkartidningen* 1998; 98:2428.
11. Allebäck P, Hansagi H. Enkät och intervju inom hälso- och sjukvården. *Studentlitteratur AB*. ISBN: 9144367619.
12. Personlig referens. S-E Johansson. Professor, avdelningschef. *MigraMed*. Centrum för allmänmedicin, Stockholm.
13. Randall CS. Factors associated with primary care residents' satisfaction with their training. *Fam Med*. 1997;29(10):730-5

Ramin Zarrinkoub, distriktsläkare, Storvretens vårdcentral, Tumba
ramin.zarrinkoub@priv.sll.se

Sophy Rath, distriktsläkare, studierektor för ST och AT i allmänmedicin i närsjukvårdsområdena Nord och Nordväst, Stockholms läns landsting

Anna-Karin Furhoff, docent i allmänmedicin, Centrum för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, Huddinge

Notis



Nationellt vårmöte i Jokkmokk 28–30 mars 2007

- Praktiska verkstäder
- Ögon (öva på mikroskop och spaltlampa), rumpa (hemorrojdslyngning), tå (undvika Königs), EKG (när är det farligt?), lilla kirurgin
- Svårförståeliga sjukdomar – besvärliga patienter
- Sjukskrivning – FK diskuterar med allmänmedicinare
- Barn och det nya sjukdomspanoramamat
- Allmänmedicinska tumregler
- No free lunch.

Kom när den lappländska vårvintern är som vackrast. Post conference program erbjuds.

Gå in på SFAMs hemsida:
<http://www.sfam.se/kalender.html>

Markus Beland, Jokkmokk
markus.beland@nll.se

ANNONS

Levande FQ-grupper

För tio år sedan drev SFAM en kampanj för allmänläkarnas fortbildning. Målet var att den skulle utgöra 15 procent av arbetstiden. En viktig del var bildandet av FQ-grupper. Det startades många grupper landet över, men på de flesta håll har de dött igen. Varför har grupperna i Kronoberg varit livskraftiga? Kan våra erfarenheter kan vara till nytta för andra?

SFAMs lokalavdelning i Kronoberg bildades våren 1995. En angelägen uppgift var att kartlägga fortbildningen i länet. En enkät gick ut till alla ordinarie distriktsläkare (86 st) och i den frågades bland annat om hur man ville ha det i framtiden, samt om intresset för att vara med i FQ-grupp. 90% av de svarande (72% av alla distriktsläkarna) ville gärna delta och 16 stycken var intresserade av att bli ledare. Vi fick svar på vilken omfattning FQ-verksamheten skulle ha och vad man skulle syssla med. Det fanns också ett klart stöd till detta från primärvårdsledningen, som föreslog ca 1,5 timme per månad på arbetstid och alla uppmanades att gå med i en grupp.

Utifrån enkäten delades kollegorna in i grupper på ca tio medlemmar med stor geografisk spridning. Vi hade åtta aktuella gruppleddare och alla erbjöds ledarutbildning. I östra sjukvårdsdistriktet bildades sex grupper, i västra sjukvårdsdistriktet två. Gruppleddarna bestämde sig för ett möte i månaden på 1,5–2 timmar vid en fast tid och veckodag på ledarens arbetsplats.

De två grupperna i väst existerade inte länge, troligen beroende på en allt besvärligare vakanssituation där. De sex grupperna i öst blev efter några år reducerade till fem. Tre av grupperna har kvar samma ledare, två har bytt ett par gånger. Livskraften tycks bero mera på gruppens sammansättning än på leda-

rens förmåga. En stor del av deltagarna har varit med helt från begynnelsen och anser att gruppen har stor yrkesmässig och social betydelse. Man deltar kanske inte vid varje möte, men anser det som självklart att gruppen ska finnas. I de flesta grupper har man nu en form av roterande ledarskap, dvs. man turas om att hålla i det praktiska med lokal, fika och ämnesval med studiebesök mm. För sex år sedan beslöts att ST-läkare kan vara medlemmar i FQ-grupp. Det gav en vitamininjektion till gamla kollegor och ett utmärkt utbildningsforum för ST-läkarna.

Det har i flera år funnits en diskussion om hur man ska få igång en grupp till. Ingen vill byta grupp, och den senaste rekryteringskampanjen för ett år sedan gav inte tillräckligt med nya för att bilda en hel grupp. Deltagarantalet är nu uppe på 12–14 per grupp, men endast sex till åtta är med per möte.

Så hur kommer det sig att grupperna fortfarande är livskraftiga och kan fira 10-års jubileum nu i höst?

- Gruppernas start var lyckosam med ett grundligt förarbete och ett stort intresse för FQ-idéen.
- De aktiva gruppmedlemmarna tycker att gruppen har mycket stor betydelse som träffpunkt, där man byter erfarenheter och håller sig orienterad. Man tar synpunkter och idéer med sig till arbetsplatsen. På vårdcentralen är oftast flera FQ-grupper representerade och det skapar dynamik!
- Tidsomfattningen verkar vara acceptabel, dock händer det ofta att någon måste ge återbud pga. att vårdcentralen annars skulle stå utan läkare. Vakansproblemen är uppenbara även i vår länsdel.
- Det sociala kittet är viktigt. En stor del av grupperna består av kollegor som har känt varandra 20–30 år. Man umgås kan-



Ole Kamp

ske privat, och man gör fortbildningen till en socialt trevlig händelse.

- Lokala SFAM-styrelsen har en stående punkt på sin agenda om FQ-arbetet. Gruppleddarna rapporterar årligen om varje grupps liv och arbete. FQ-samordnaren sammanfattar och presenterar detta på årsmötet. Rapporterna sprids runt ut i grupperna.
- Det förs ständigt ett aktivt rekryteringsarbete. Samordnaren förmedlar kontakt mellan nya kollegor och grupperna.
- Gruppernas arbete har hela tiden varit mycket energisk gällande ämnen och aktiviteter, utan att kräva för stort förarbete, som omfattande litteraturläsning eller komplicerade audits.
- Gruppleddarna har en hörsam och flexibel inställning till sin roll.
- De flesta grupper använder sig nu av roterande ledarskap gällande de praktiska momenten.

Vi vill fortsätta på detta sätt och hoppas att FQ-grupper lever upp igen på andra håll. Det är viktigt att SFAM arbetar för detta.

Ole Kamp, Dalbo Vårdcentral, Växjö
Styrelseledamot SFAM Kronoberg
ole.kamp@ltkronoberg.se



Wonca Europe 2006 i Florens

TOWARDS MEDICAL RENAISSANCE

bridging the gap between BIOLOGY and HUMANITIES

Över 3 000 familjeläkare/allmänläkare samlades i slutet av augusti i Florens för tre dagars kongress. Ämnesområdena som täcktes in var forskning, kvalitetsfrågor, biologi/humanism, utbildning, global solidaritet och risk/säkerhet. Det var ett enormt utbud av föreläsningar, work-shops och gruppdiskussioner. Ambitionen hos arrangörerna var att många sessioner skulle vara interaktiva – ett bra sätt att lära känna kollegor från många olika länder. Det var första gången Italien ordnade en internationell allmänläkarkongress.

Inledningen var pampig med imponerande datapresentationer, många tal och (vilket var enda plumpen i protokollet) uppvisande av män i 55+

åldern. Inte en enda kvinna förutom den kvinnliga kollega som kom att bli konferencier under kongressen. Inledningen avslutades med en rörande dansföreställning "Danzability" mellan professionella dansare och ungdomar med olika funktionshinder.

Det är svårt att referera enstaka sessioner men konferensen ställer många frågor. Norge hade över 400 deltagare, Sverige 60. Vadan denna blygsamma representation? Varför så få från Tyskland och varför så många från Spanien och Portugal? Varför så få bidrag till programmet från Sverige? Är WONCA inte ett forum för allmänmedicinsk forskning och allmänmedicinska idéer även sett ur svenskt perspektiv?

Det är förstas en svårighet att vår vardag som allmänläkare i Europa ser så olika ut. Många arbetar på enläkarmottagningar. Under kongressen visar det sig att språket faktiskt var en svårighet. Många italienare, men även deltagare från andra länder, talar en mycket dålig engelska. De var svåra att förstå, de kunde inte delta i diskussionerna även om plenarföreläsningarna var simultantolkade.

Några sessioner som intresserade mig: I England använder man ett strukturerat program för att välja ut de läkare som passar bäst som GP. Förutom ett kunskapsprov använder man sig också av spelade patientfall, gruppvöningar och skriftlig problemlösning för att värdera den sökandes olika kompetenser vad

gäller empati, kommunikation, stress-tålighet, problemlösning och professionell integritet. Situationen i England och även Irland är annorlunda mot vår situation, där vi sällan har råd att avstå från en ST-sökande även om vi känner tveksamhet.

I England och på Irland har man betydligt fler sökande än man kan ta emot, fem sökande på varje tjänst.

ST-utbildningen ser olika ut i Europa. De olika systemen diskuterades i ett seminarium under ledning av Monika Lindh, familjeläkare och studierektor i Hofors. England har t.ex. tre års utbildning mestadels på sjukhus. Schweiz har liksom Sverige en femårig specialisering, men all tid är där förlagd till sjukhus. Läkarförbundet i Schweiz tycker att de har Europas bästa utbildning till familjeläkare medan familjeläkarnas organisationer arbetar mot en utbildning som utgår från arbetet som generalist.

Det svåra med kongresser är alla val som en deltagare måste göra. Jag valde som studierektor ämnen kring specialistutbildningen men också sådana ämnen man inte helt lätt kan söka själv. Således deltog jag i en work-shop om kroppsspråk lett av två holländska kollegor. Bland annat fick vi pröva metoden att

”härma” patientens kroppsspråk (utan att överdriva). Är patienten livlig, viftar patienten med armarna, gör likadant! Om patienten är stillsam och lågmäld – följ patientens kroppsspråk.

Andra intressanta intryck: Från Brasilien rapporterade en entusiastisk professor om sin metod att använda filmsnuttar för att träna empati. Ett sätt att få studenter/ST-läkare att reflektera över sina liv. Vi såg klipp från Casablanca, Starwars och från en massa andra, mestadels amerikanska, filmer.

I samband med inledningen av kongressen delades det ut ett pris till bästa allmänläkaren i Europa. Denna gång till engelsmannen Sam Everington från Bromley-by-Bow, i utkanten av London. Han hade genom engagemang och samarbete med lokala myndigheter byggt upp ett center i en synnerligen socialt belastad förort. Andelen analfabeter i befolkningen är 50%, och det finns många olika befolkningsgrupper med olika sociala problem. Där hade man byggt upp en hälsocentral som skulle vara välkomnande, vacker, rogivande och stimulerande. Där fanns restaurang, trädgård, kursverksamhet med många studiecirklar. Det var imponerande att höra denne allmänläkare prata om vad

man kan åstadkomma med engagemang och tillsammans med lokalsamhället.

Florens. Mot medicinsk renässans. Att bygga en bro mellan biologi och humanitet. Är det värt tio till tolv tusen för att delta i en tredagars internationell konferens? Är det kostnadseffektivt? Jag tror det. Vilken mångfald! En sådan vitalitet och aktivitet och just denna internationella utblick som ger perspektiv på den svenska primärvården. Det är värt mycket. Jag tror inte kostnaden är problemet – tre vinterdagar på Riksstämman kostar nära nog detta.

Utän problemet är Florens under bästa semestertid. Det väcker blandade känslor bland kollegor och annan personal när man åker på skattebetalarnas pengar. Men om man har ett eget utbildningskonto tycker jag absolut att man bör åka på någon internationell konferens, för att se och inspireras av många länders aktiva och självklara primärvård.

Av de kommande kongresserna som presenterades i samband med avslutningen kändes WONCA Europe 2009 lockande: temat lär vara osäkerheten och komplexiteten i den allmänmedicinska vardagen. Spännande.

Urban Brunell, Styrso
urban.brunell@vgregion.se



Globalmedicin – en utmaning för ST-läkare

En alltmer globaliserad värld med ökat resande och migration ställer nya krav på svensk hälso- och sjukvård. Det är viktigt att svensk sjukvårdspersonal har viss förtrogethet och kunskap om t.ex. tuberkulos, malaria och Hiv/AIDS, vilkas bekämpning har högsta prioritet inom WHO och världssamfundet. Dessa sjukdomar förekommer ju också i Sverige. CeFAM (Centrum för Allmänmedicin, Huddinge) har tillskapat en möjlighet för ST-läkare i allmänmedicin att lära mer om globalt vanliga sjukdomar. Globalmedicin – är ett projekt i CeFAMs regi, Stockholms Läns Landsting med stöd från Sida.

Intresserade blivande specialister i allmänmedicin erbjuds att under en 3-månadersperiod aktivt delta i kliniskt arbete vid några institutioner med vilka CeFAM tecknat avtal. Det är institutioner i låginkomstland med vilka svenskt forsknings- och biståndssamarbete redan pågår, för närvarande R.D Gardi Medical College Ujjain, Indien, Department of Community Health, Addis Abeba, Etiopien och Muhimbili University Hospital, Dar es Salaam Tanzania.

CeFAM har valt dessa låginkomstländer därför att där finns välutvecklad sjukvård men också en utbredd fattigdom vilket gör att man på kort tid kan konfronteras med en mängd patienter och kliniska tillstånd. CeFAM har i avtal med dessa institutioner kommit överens om att handledning skall finnas på plats och att det medicinska ansvaret uppehålls av mottagande institution. Dessa placeringar kan komma till stånd inom ramen för sidoutbildningen med bibehållen lön från Stockholms Läns Landsting eller verksamhetschef. Placeringarna skall ge kunskap om infektionssjukdomar, barnaårens sjukdomar, gynekologi och invärtesmedicin. Handledararvode till ackrediterade institutioner och lokala läkare bekostas av Sida, som välvilligt



Foto: Anna Karin Karlsson

Etiopisk kollega räknar andningsfrekvens på barn med misstänkt pneumoni, interiör från Butajira District Hospital Etiopen.

stöder detta projekt. Sida stöder detta projekt i syfte att förstärka den svenska resursbasen för deltagande i internationellt hälsoarbete på lång sikt. Sida bidrar också med del av resekostnad för ST-läkaren.

Mattias Athlin har arbetat vid R.D.Gardi Medical College, Ujjain i Indien under en tremånadersperiod 2005 och rapporterar följande:

”Tjänstgöringen på sjukhuset har handlat om aktivt auskultering och deltagande i ronder och öppenvårdsbesök. Kliniska lärdomar: Sett och följt cirka 70 allvarliga fall av malaria inklusive malaria under graviditet, cerebral malaria, komplikationer som hypoglykemi, grav anemi, ikterus och hemolytisk shock. Sett ett 30-tal ineliggande fall av tuberkulos, inkluderande miliartuberkulos, meningit, perikardit, pleurit och osteit. Sett svårartad hepatit B, reumatiska hjärtsjukdomar, enteriska febrar och HIV.

Placeringarna på gynekologavdelning och barnklinik har givit unika och ib-

land obehagliga erfarenheter av sjukdomar och sjukvård under extremt fattiga förhållanden samt en gripande insikt i betydelsen av en väl fungerande förebyggande hälsovård för gravida kvinnor och barn. Kliniska lärdomar: sett flera fall av svår eklampsi varav ett fulminant. Erfarit konsekvenserna av bristfällig förebyggande mödravård i form av anemi, malaria, inducerad abort och blödningar.

Jag känner mig nu mer än mätt efter att under tre månader ha frossat i det rika smörgåsbordet av människoöden, sjukdomar och indisk kultur som erbjudits mig i under min vistelse i Ujjain.

Hoppas Globalmedicinprojektet utvecklas och blomstrar så att många fler får denna fantastiska möjlighet att smaka på lite av livets oändliga mångfald av rikedom och fattigdom.”

Patrik Söderberg skriver från samma R.D Gardi Medical College:

”Efter morgonronden fortsätter arbete vid OPD (open patient department) där flera läkare ofta är verksamma i ett gemensamt rum. Tidsbeställning före-

kommer inte. Patienterna står i kö, ibland även inne i mottagningsrummet. Umgänget läkarna emellan är mycket avspänt, man skrattar ofta och diskuterar med varandra. Som svensk allmänläkare får man sannerligen nya idéer om patientmöten och arbetsformer. Utbrändhet bland läkare förefaller vara ett okänt fenomen. När doktorn tycker att konsultationen är slut får patienten tillbaka sin journal som skrivs för hand på ett A5 papper, och ofta recept på medicin som kan hämtas gratis på sjukhusapoteket.”

Karolina Haggård skriver efter 3 månader i Butajira och Addis Abeba i Etiopien:

”Jag har aktivt deltagit med läkare eller sjuksköterska på öppenvårds-, psyk-, HIV- och kirurgmottagning, på medicinsk-, pediatrik, malnutrition- och förlösningsavdelning, på operation, mödravård- och barnvårdscentral, ögonklinik och laboratorium. Grundpelaren i utredning och diagnostik har varit de kliniska statusfynden som ofta varit betydande och mer signifikanta, sådana jag tidigare bara sett i läroböcker. Genom detta har jag utvecklat mina kliniska färdigheter. Jag har sett ett mycket stort antal patienter med olika diagnoser med varierande svårighetsgrader. Utöver de, hos oss, vanliga diagnoserna som hjärta/kärl-, thyreoidea-, infektions- och tumörsjukdomar och psykiatriska tillstånd har jag blivit förtrogen med tuberkulos, AIDS, malnutrition och malaria.

Mina tidigare erfarenheter och möjlighet till litteraturstudier under placeringen har gjort att jag har kunnat bidra med medicinsk kompetens och ha ett professionellt utbyte med mina etiopiska kollegor. Genom det epidemiologiska projekt som pågår sedan 20 år i Butajira har jag fått en inblick i hur man kan gå till väga för att ringa in hälsoproblem i en befolkning.

Dessa tre månader har varit mycket givande både personligt och professionellt. Jag har utvecklat min kliniska blick och sett långt fler patienter än jag skulle ha gjort på en mottagning i Sverige. Att arbeta med små resurser har varit mycket frustrerande. Att acceptera och se människor dö av behandlingsbara tillstånd har fått mig att inse vikten av preventivt arbete och tidigt insatt behandling. Erfarenheten att leva i ett utvecklingsland ger en viktig insikt om sambandet mellan fattigdom och ohälsa.”

Det finns plats för fler intresserade och motiverade ST-läkare i allmänmedicin att på detta sätt under en 3 månadersperiod vidga sina vyer och öka sin kliniska färdighet. Avtalet med Sida är nu nationellt varför ST-läkare från hela landet är välkomna. Information finns på www.allmanmedicin.nu. Gå till rad 3 Avdelningar och vidare till rad 3 Specialistutbildningar.

Anna Karin Karlsson

Studierektor. Global Medicin CeFAM
anna-karin.karlsson@klinvet.ki.se

ANNONS

Starkare röst för allmänmedicinen om vi slår ihop AllmänMedicin och Distriktsläkaren

En hopslagning av tidskrifterna AllmänMedicin och Distriktsläkaren kan ge tätare utgivning och vitalare debatt samt göra att vi allmänläkare hörs tydligare i det mediala bruset. Det kan ge bättre utnyttjande av redaktionella krafter och kanske även bättre ekonomi.

Många allmänläkare är nog liksom vi själva medlemmar i både SFAM och DLF och får då bägge medlemstidskrifterna. Även om föreningarna har olika inriktningar, så finns ändå mycket som förenar, vilket tydligt märks när man läser tidskrifterna. Mycket av det som står i AM hade kunnat stå i DL och tvärtom.

Vi tycker föreningarna bör överväga att slå ihop AM och DL till en ny gemensam tidskrift "Allmänläkaren". Våra två tidskrifter utkommer idag med sex respektive åtta nummer per år. Tolv eller fjorton nummer av en gemensam tidskrift skulle

avsevärt underlätta den diskussion som är nödvändig inom vår yrkeskår. Det finns många angelägna områden som behöver diskuteras. Ordbyte är ett utmärkt forum för spontana och informella inlägg men ersätter inte behovet av tryckta texter som når ut bredare. Tätare utgivning skulle också ge oss större möjligheter att bevaka och kommentera aktuella händelser. Vår nuvarande glesa utgivning är ofta hinder för detta.

Huvudman för tidskriften kan vara en stiftelse, där en styrelse med representanter för föreningarna utser en fristående redaktion. I varje nummer bör SFAM och DLF ges fristående utrymme för föreningsinformation. Under en övergångstid kan redaktionerna för AllmänMedicin och Distriktsläkaren sammanställa vartannat nummer. Utposten – den norska tidskriften för allmänläkare – sammanställs av olika redaktörer enligt ett rullande schema, vilket tycks fungera bra.

Detta uttrycker endast våra egna åsikter.



Jan Stålhammar, Uppsala
tidigare chefredaktör AllmänMedicin
jan.stalhammar@lul.se



Roland Morgell, Stockholm
redaktör AllmänMedicin
morgell.roland@telia.com

15. TROEDSKA KONGRESS I ALLMÄN MEDICIN
REYKJAVIK
2007

Welcome to the 15th Nordic Congress of General Practice

Photo: Freysteinn G. Jonsson

Reykjavik • Iceland • June 13-16 • 2007
www.meetingiceland.com/gp2007
 E-mail: gp2007@hi.is • Phone: + 354 588 97 00 • Fax: + 354 588 97 01

The Icelandic College of Family Physicians
 actavis
 DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

ANNONS

Seminarium på Riksstämman

Frivilliginsats i tsunamins spår

Tsunami Victims Aid Initiative, TVAI, är en ideell organisation som skapades direkt efter tsunamin den 26 december 2004 i syfte är att stötta och hjälpa drabbade svenskar och deras anhöriga. Vi har givit både psykologiskt och praktiskt stöd samt dessutom erbjudit subventionerat boende på ett hotell på Phuket-halvön i Thailand. Verksamheten, som bedrevs helt ideellt, startades den 31 december 2004 och avslutades 16 månader senare. Under denna period har cirka 700 svenska anhöriga/drabbade bott på hotellet och erhållit stöd och hjälp av oss.

Initiativet till TVAI togs av legitimerade sjuksköterskan Anne Folke. Anne har tillsammans med en liten ledningsgrupp drivit verksamheten från Sverige. I den ledningsgruppen har jag ansvarat för rekrytering av volontärer. Som verksamhetsansvarig i Phuket har vi hela tiden haft ryggkirurgen Teddy Fagerström, som sedan 2003 varit bosatt i Phuket. TVAI:s verksamhet garanteras ekonomiskt av stiftelsen Alba Langenskiöld. Alla som arbetat inom TVAI har gjort det helt på ideell basis. Resa och uppehälle har bekostats av stiftelsen. Verksamheten har till största delen bedrivits från hotell Surin Beach Resort, SBR, där både de anhöriga och våra volontärer har bott. Våra volontärer har varit svenska läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterskor och präster. Vi vannlade oss om att de som rekryterades skulle ha en god vana att arbeta med krishantering. Vi fick redan från början ett starkt stöd från UD för vår verksamhet och har under hela tiden haft samarbete med de övriga aktörerna i området, t.ex. Svenska konsulatet, Svenska kyrkan, Röda korset, Räddningsverket och Vi som finns.

Initialt handlade arbetet om att komma i kontakt drabbade svenskar som trötta, utan kläder och pengar, förtvivlat letade efter sina anhöriga. De erbjöds boende hos oss på SBR till ett kraftigt subventionerat pris. De fick inte bara praktisk



Till höger Kerstin Liljegren, medarbetare i TVAI tillsammans med en anhörig på stranden i Phuket under en minnesceremoni.

hjälp utan också psykologiskt stöd i sin akuta chockfas. Så småningom övergick verksamheten i att ta emot återvändande anhöriga som på plats ville säga farväl till sina döda familjemedlemmar. Varje sällskap har vid ankomsten erbjudits en personlig TVAI-medarbetare. Den personen har hämtat sällskapet på flygplatsen, funnits till hands under vistelsen hos oss och visat på de möjligheter till stöd som vi kunnat ge. Vanliga önskemål från de anhöriga har varit att arrangera en minnestund nere vid stranden, att tillsammans med Räddningsverket och oss besöka den plats där de anhöriga senast sågs, att vara med vid avskedsceremoni för de avlidna inför transport till Sverige, samt inte minst att få sitta ner tillsammans och berätta sin historia kring upplevelsorna av tsunamin. Kort sagt; kunna gråta, vara arga och påbörja en läkning.

Att arbeta med TVAI är något av det finaste jag gjort i livet. Den återkoppling som vi fått från anhöriga och drabbade visar tydligt att vi väl uppnått vårt syfte. Vi har kunnat bidra med en pusselbit i de sörjandes läkningsprocess, vilket har känts mycket meningsfullt. Det har dessutom givit mig personligen ovärderlig kunskap och gjort att jag nu har ett stort och värdefullt nätverk bland våra volontärer.

På seminariet på Riksstämman kommer jag att beskriva hur verksamheten lades upp, vad som var våra framgångsfaktorer, och vilka lärdomar vi dragit som kan vara till nytta vid liknande initiativ i framtiden. Min önskan är också att inspirera lyssnarna till att själva se vilka möjligheter de har till att göra goda insatser för medmänniskor. Vi kan mer än vi tror!

För att få arbetet belyst ur några olika aspekter deltar även en läkare som arbetat som volontärer på plats i Phuket, liksom några anhöriga som fått hjälp av TVAI. En av dessa är för övrigt läkare själv.

Varmt välkommen till vårt seminarium på Riksstämman onsdagen 29 november 12.30–14.00 i sal F6.



Christina Littke, Linköping
christina.littke@telia.com

ANNONS

Skamkänslornas kraft

Vi allmänläkare möter ofta patienter med medicinskt oförklarade symtom. Det kan ibland ta flera år av återkommande besök innan vi får någorlunda förståelse för vad som kan ha utlöst besvären. Ibland begriper vi aldrig. Det kan handla om kränkningar tidigare i livet, som på något sätt internaliserats i kroppsliga obehagskänslor och rädsla för sjukdom. Som doktorer trivs vi bäst på det biomedicinska området, där vi har många verktyg till vårt förfogande i form av provtagning, undersökningar m.m. När det gäller att se individerna som sociala varelser och förstå sambandet med medicinska symtom är vi inte lika välrustade med verktyg. Det är tankeväckande att vi under utbildningen lär oss så mycket mer om molekylernas sammanhang än om de band som knyter människor samman. Visst är den patientcentrerade kliniska metoden något som hjälper oss en hel del när det gäller att kartlägga människors förväntningar och oro, men i vissa situationer krävs det mer finlir än så. Respekt och empati är ju hörnstenar i vårt förhållningssätt, men hur handskas vi egentligen med de skamkänslor som ibland kommer till uttryck i mottagningsrummet. Om detta handlar ”Skam i det medisinske rom”, en förträfflig liten skrift sprungen från den socialmedicinska miljön vid Oslo universitet.

Huvudredaktör är socialmedicinaren Pål Gulbrandsen och i redaktionen ingår bland andra den välkände allmänläkaren och professorn i socialmedicin Per Fugelli. Boken innehåller välskrivna bidrag från flera läkare, och psykologer, men också en teolog och en filosof. Patientberättelser varvas med reflektioner om skam som kulturellt fenomen. Vi får ta del av praktiska tips om hur skamkänslor kan hanteras i mottagningsrummet. Skam i patientrollen, vår egen skam, det neurobiologiska fundamentet för skam-



Skam i det medisinske rom
Pål Gulbrandsen, Per Fugelli, Grete Hovind Stang, Bente Wilmar (red)
Gyldendal Akademisk 2006
ISBN-13:978-82-05-35076-2
Sidor: 214

känslor, kroppens skam, arvets betydelse, smittsamhet, och hur det kommer sig att vi så ofta inte blir medvetna om skamkänslor, är olika teman som avhandlas. Boken riktar sig till läkare och medicinstudenter, men alla som arbetar med människor eller är intresserade av hälsofrågor har glädje av detta perspektiv på läkararbetet.

Medicinen är skamblind menar Edvin Schei i bokens inledande kapitel *Skam i patientrollen*. Anna Luise Kirkengen skriver i kapitlet *Skam og avmakt i medisinske møter* om att det är djupt problematiskt att kontextnära fenomen såsom social och personlig skam inte inryms i den medicinska kunskapsbasen för människors sjukdomar. Denna kunskapsbrist

gör ont värre och osynliggör väsentliga element i människors liv och gör symtom medicinskt obegripliga. Hon exemplifierar detta bra med två patientberättelser. När vi konfronteras med känslor i mötet med våra patienter underlättar det ofta i konsultationen att vi uppmärksammar detta: *jag ser att du är ledsen, kan du berätta lite mer om det...?* Empati är emellertid vanskligt i förhållande till skamkänslor, det är allt för lätt att förstärka skamkänslorna hos patienten genom att försöka benämna dem. Arnstein Finnset menar att vi måste försöka definiera vilken sorts skamkänsla patienten ger uttryck för. Ibland kräver situationen att vi är väldigt återhållsamma och försiktiga, andra gånger behöver vi närma oss frågan på ett för patienten mindre hotfullt sätt, vi kan ibland behöva legitimera reaktionsmönstret utan att lyfta fram skamkänslan. Ett indirekt angreppssätt är i regel mer framgångsrikt. Någon gång erkänner patient öppet sina skamkänslor och då är det genast lättare att förhålla sig till det.

Vi lever i en skaminducerande kultur menar Finn Skårderud i det intressanta kapitlet *Flukten till kroppen – senmoderne skamfortellinger*, och exemplifierar med åtstörningar och självsjärelse. Missnöjet med den egna kroppen har spritt sig epidemiskt. Det ständigt föränderliga samhället leder till svårigheter för människor att upprätthålla stabila relationer till andra. Oro i samhället leder till oro i familjer vilket i sin tur leder till själslig oro. Bokens sista del handlar om det socialmedicinska rummet, och fenomen som alkoholmissbruk och våldsamt beteende ställs i relation till skambegreppet. Den bibliska berättelsen om Job tas som utgångspunkt för det avslutande kapitlet *Myk ondskap* skrivet av Ståle Fredriksen och Per Fugelli. Här diskuteras olika former av ondskap, den hårda viljestyrda som inte närmare behö-

ANNONS

ver förklaras och den mjuka omedvetna där skadliga handlingar utförs med de bästa intentioner.

Tron på den objektiva naturen (och därmed i våra ögon också den rättfärdiga naturen) leder oss fel i tanken. Tydligast blir detta i vårt förbehållslösa anammande av riskbegreppet. Risktänkandet leder till att vi genomgående övervärderar hur stor kontroll vi har över våra liv. Individens ansvar för sin egen hälsa blir på så vis orimligt stort, och man bortser ofta från orsaker som ligger utanför individens kontroll. Här står vi kanske inför en av den moderna medicinens, ja hela samhällets djupaste fallgropar. När experterna appellerar till vår skamkänsla med budskapet att det är ditt eget ansvar att hålla dig frisk, har vi inget att sätta emot utan böjer huvudet nedåt. Skam är ett oerhört kraftfullt verktyg och en evig angreppspunkt för mjuk ondska. Jag hade stor behållning av att läsa den här boken och rekommenderar den varmt.

Anders Lundqvist

God arbetsmiljö

God arbetsmiljö

Annika Westergren och Tomas Englund

Tholin&Larssons förlag 2006

ISBN 91-89600-49-2



Arbetsmiljön har stor betydelse för hur man mår och det finns ett stort antal regler som arbetsgivarna förväntas känna till och följa. Denna nytugivna bok presenterar på ett överskådligt sätt de olika regler som gäller, samtidigt som författarna ger lättlästa kommentarer utan byråkratiska formuleringar. Innehållsförteckning, sökordsregister och konsekvent användning av sökord i marginalen gör det mycket lätt att hitta bland sidorna. Blanketter, checklistor och utvalda lagtexter medföljer som bilagor. Boken kan vara av värde för vårdcentralschefer och andra med arbetsgivaransvar liksom för fackliga företrädare. Även andra läkare kan förstås ha nytta av att veta vad som gäller i olika situationer, inte minst vid arbetsrehabilitering. Min enda invändning mot att skaffa denna bok är att den – liksom all tryckt information – blir inaktuell med tiden. Det finns alltid en risk att man då kan förlita sig på information som inte längre stämmer. Men det är ju ett generellt problem som även gäller den tryckta versionen av FASS m.m.

Roland Morgell

ANNONS

Stram tango med döden i bok om dödshjälp

Frågan om läkares rätt att förkorta en människas liv är laddad med emotioner och värderingar. Läkarförbundets första etiska regler från 1949 byggde på en gammal läkaretisk tradition och tog avstånd från abort och eutanasi. Dess § 4 fastslår: "Läkaren ska besinna plikten att skydda och bevara människoliv alltifrån dess tillkomst i moderlivet." Numera motverkar förbundet inte abort men håller fast vid sin ståndpunkt om eutanasi.

En del av bakgrunden till motståndet var läkarnas medverkan i Nazitysklands eutanasi-program och folk mord. För att förhindra ett återupprepande bildades 1947 World Medical Association (WMA). Dess riktlinjer fastslår att läkaren tillåts "under inga omständigheter ... att göra något som kan försvaga människans fysiska eller psykiska hälsa på andra än strikt terapeutiska och profylaktiska indikationer i patientens intresse".

Under 60-talet pågick en offentlig debatt om dödshjälp där filosofen Ingemar Hedenius förde talan för föreningen "Rätten till vår död" och medicinprofessorn Erik Ask-Upmark var en av hans motståndare. Ask-Upmarks högfärd och människosyn väckte min motvilja och bidrog till mina sympatier för Hedenius sida. Debatten återkom i slutet av 70-talet i anslutning till det s.k. Hedebyfallet. Journalisten Berit Hedeby gav dödliga doser av mediciner till en förklarad man på dennes egen begäran. Hedeby dömdes för dråp. Den allmänläkare som förskrivit de dödande medlen frångavs sin legitimation och tog efter denna bestraffning sitt liv.

Boken "Att få hjälp att dö" redovisar olika aspekter på dödshjälpsproblemet. Den har intressanta avsnitt om palliativ vård och om sociologiska, psykologiska



Att få hjälp att dö - synsätt, erfarenheter, kritiska frågor
Redaktörer:
Claes-Göran Westrin & Tore Nilstun
Studentlitteratur 2005.
ISBN 91-44-03562-4

och religiösa aspekter på döende, suicid och dödshjälp. Där finns också en utmärkt redovisning av lagstiftningen samt en genomgång av erfarenheter från de länder där dödshjälp är legaliserad. Dessutom kan man läsa personliga reflektioner skrivna av Lars Jacobsson, Georg Klein och P C Jersild och av bokens redaktörer.

Begreppet dödshjälp är inte entydigt. Jag avser här fall då läkaren aktivt och avsiktligt avslutar en människas liv genom att tillföra läkemedel. Syftet är att minska lidandet och ge en skonsam död. Vid läkarassisterat suicid tillhandahåller läkaren på patientens begäran läkemedel för att patienten själv ska kunna avsluta sitt liv. Som dödshjälp räknas här inte beslut att avbryta eller att inte påbörja en livsuppehållande behandling i lägen där överlevande inte är möjligt.

Dödshjälp är förbjuden i alla länder utom Nederländerna och Belgien. Läkarassisterat suicid är tillåtet i Schweiz, Oregon (USA) och Estland. Debatt om legalisering pågår i flera länder, dock inte i Sverige.

I frågan om dödshjälp ska legaliseras ligger den grundläggande värdekonflikten mellan respekten för individens rättighet att själv bestämma över sin kropp och sitt liv och läkarens, sjukvårdens och samhällets skyldighet att skydda och bevara människoliv. Dödshjälp förutsätter att patienten har en obotlig och svår sjukdom i slutstadiet, plågas av ett svårt lidande samt önskar hjälp att avsluta livet.

Huvudargumenten mot dödshjälp är hävdandet att individens autonomi inte är helt oinskränkt samt idén om "det slutande planet". Invändningarna mot oinskränkt autonomi kan vila på religiös eller social grund. Livet kan ses som en gåva av Gud och måste därför skyddas in i det sista. Den sociala invändningen säger att legaliserad dödshjälp kan medföra att den svårt sjuke upplever påtryckningar att begära eutanasi. Idén om "det sluttande planet" bygger på att ett första steg från principen att skydda livet medför ändrade värderingar, som kan relativisera livets värde. Som stöd åberopas ofta utvecklingen i Tyskland under nazismen, men enligt min mening var förutsättningarna i Tyskland då helt annorlunda. Andra argument mot dödshjälp gäller problemet hur dödshjälp ska kontrolleras så att inte avarter utvecklas och hävdandet att fullgod palliativ vård onödiggör dödshjälp. Dessa och ytterligare argument diskuteras i boken..

Det är intressant att följa skeendet i de länder där dödshjälp och/eller läkarassisterat suicid är legaliserad. Mest studerad

är utvecklingen i Nederländerna. Verksamheten har där betydande omfattning och omfattar två – tre procent av dödsfallen. Besvärande för kontrollsystemet är att en stor del av fallen inte rapporteras och att begäran från patienten inte finns redovisad i många fall. Nederländska opinionssiffror visar starkt stöd för legaliserad dödshjälp både hos allmänheten och i läkarkåren. Staten Oregon redovisar mycket lägre tal för läkarassisterade suicid. De utgjorde endast 1,2 promille av dödsfallen 2004. Schweiz är intressant därför att läkarassisterad suicid inte är reglerat i lag men ändå rättsligt sanktionerat. Schweiziska läkarakademien ansvarar för etiska riktlinjer och kontroll. Personer från andra länder kan utnyttja tjänsten. I den schweiziska debatten finns oro för missbruk, t.ex. att psykiskt störda personer fått hjälp med suicid.

Inom samhället pågår ständiga värderingsförskjutningar, väl synliga i frågor om lagstiftning och sjukvård. Opini-

onsstudier tyder på att inställningen till dödshjälp rört sig mot det positiva hållet. Psykiatriprofessorn Lars Jacobsson skriver intressant om hur hans egen hållning rört sig från kategoriskt avståndstagande till en allt större förståelse för dem som begär och argumenterar för legaliserad dödshjälp.

Att få hjälp att dö tar upp många komplicerade frågor som rör vår syn på livet och döden, på lidandet, dess mening och lindring, på individens autonomi och samhällets ansvar. En eftertänksam läsning blir därför bred en rannsakan av läsarens inställning i dessa ämnen. Till bokens huvudfråga, legalisering av dödshjälp, känner jag mig något ambivalent. Jag kan tänka mig situationer där jag önskar förkorta den sista delen av mitt liv. Att få hjälp med detta vore en välgärning. Men mina samlade reservationer mot att läkarna och sjukvården ska ha den uppgiften väger hittills tyngre.

Stig Andersson



EU och hälsa

EU har olika aktiviteter som rör sjukdom och hälsa, som inte bara vänder sig till medlemsstaternas regeringar utan också till vårdgivare och enskilda medborgare.

På sluta-röka-sidan www.help-eu.com finns fakta och information om rökning på tjugo olika språk samt länkar till organisationer i respektive land. Där finns även rapporter med aktuella forskningsrön och nyhetsbrev samt möjlighet för rökare att testa hur pass beroende de är.

Olika typer av hälsostatistik, hälsorelaterade länkar osv. finns på: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

ANNONS

ANNONS

Den yttersta plågan – boken om AIDS

Man tror att HIV spreds från apor till enstaka människa någon gång på 1930-talet, men sjukdomen uppmärksammades först på 1980-talet sedan fall konstaterats i USA. Trots intensiv forskning om sjukdomens smittsamhet och mekanismer, så har man inte kunna bromsa epidemin, som varje år medför 5 miljoner nya smittade, de flesta unga. De smittade för smittan vidare, eftersom det oftast tar lång tid innan symptom uppträder. HIV är vanligast i Afrika men sprids snabbt, framför allt i Ryssland, Sydamerika, Indien och andra asiatiska länder.

Vi är vana vid att epidemier har början och slut, men ingen vet om detta gäller HIV. Epidemin är den största i mänsklighetens historia och det finns redan 100 miljoner smittade. Spridning sker vid fortplantning, födelse och amning, dvs. basala funktioner för mänsklighetens överlevnad. HIV angriper själva infektionsförsvaret och det är mer föränderligt än andra kända smittämnen. Det införlivas dessutom i själva arvsmassan.

Lars Olof Kallings är inte bara landets främste expert på HIV utan har också unika förutsättningar att inifrån kunna beskriva arbetet med att bekämpa smittan. Han är professor i virologi och tidigare chef för Smittskyddsinstitutet. Sedan 1985 har han haft olika centrala uppdrag från regering och WHO när det gäller HIV.

Han började skriva boken med förhoppning kunna ge en positiv samlad bild, men skriver att han upplever att epidemin är ett så förkrossande stort hot att han trycks till marken. Han har sett sin mardröm inte bara bli verklighet utan ännu värre, och vi är ändå bara i början. Bromsmediciner har hos många skapat en falsk trygghet att infektionen botas. Politiska överväganden, revirtänkanden, stigmatisering och primitivt syndabockstänkande när det gäller homosexuella, prostituerade och narkomaner är – och fortsätter vara – hinder som gör att epidemin inte bekämpas adekvat.



Den yttersta plågan. Boken om AIDS
Kallings, Lars O
Norstedts 2005
ISBN 91-1-301310-6

Domedagsprofeter är inte något som vi brukar ta på allvar. När det gäller denna bok, så finns dock all anledning att ta det författaren skriver på största allvar. Även om boken innehåller onödigt mycket detaljer, personhänvisningar och en del upprepningar (som man kan hoppa över när man läser), så ger den en påminnelse att HIV utgör ett stort hot för våra patienter och vår befolkning, inklusive oss själva, våra barn och kommande generationer.

Avslutningsvis personliga reflektioner hur vi själva kan påverka: Som läkare: informera våra patienter så att de inte tar onödiga risker (gäller förstås även oss själva), testa på vida indikationer (även till synes friska och personer som inte tillhör "riskgrupp" kan vara smittade), underlätta för stigmatiserade grupper att söka vård. Som medborgare: bekämpa prostitution och injektionsmissbruk, bekämpa fördomar och syndabockstänkande, stöd fattiga länders strävan att skapa fungerande infrastrukturer och bra sjukvård åt alla.

Roland Morgell

Lucia – en roman av Anders Drejare

Lucia – en roman
Anders Drejare
Drand Storyteller 2005
ISBN 91-976013-0-6

P C Jersild bok Babels hus blev på det sena 1970-talet ett inlägg av bestående betydelse i den sjukvårdspolitiska debatten, samtidigt som boken blev en kommersiell framgång. Framgången berodde delvis på att det gjordes en TV-version som sågs av nästan hela svenska folket. Eftersom antalet kanaler var begränsat, så såg många samma program som diskuterades hemma i TV-soffan och sedan på jobbet dagen därpå.

Anders Drejare är en allmänläkare som vid sidan av sin praktik i Hudiksvall är engagerad i frågor som rör vårt samhälle. Som en följd av detta engagemang har han skrivit en roman som han hoppas skall bli en modern efterföljare till Babels hus. Boken är uppbyggd som ett kollage med olika personer och situationer: både läkare, patienter och administratörer, både privatliv och arbetsplatser på olika håll inom sjukvården.

Jag tror att det är ett problem med denna bok att den vill för mycket, vilket gör att den i slutändan inte når riktigt fram, vare sig när det gäller att ge spännande personskildringar eller väcka intresse för sjukvårdspolitiska frågor. Kanske har jag fel – det kan vara så att andra som inte själva sett sjukvården inifrån kan få en ökat intresse och ökad förståelse för vårdens villkor. Det kan också vara så att det krävs mer för att märkas i dagens avsevärt högre mediabus, där den som är intresserad bland annat kan få se scener från amerikanska akutmottagningar på TV nästan varje kväll.

Roland Morgell

ANNONS

SFAM och Riskbruksprojektet

När jag läste medicin rökte en tredjedel av medicinstudenterna. Alla visste i och för sig att rökning var farligt, men det var lungcancer man pratade om. Jag minns att det var en helt ny kunskap för mig att njurcancer och hjärtsjukdomar hade med rökning att göra. Jag tror det började bli en allmän kunskap redan på 80-talet, att det nog var fler människor som dog i hjärtinfarkt eller KOL av sin rökning, än som gjorde det i cancer.

Sen dess har kunskapen om riskfaktorerna i det metabola syndromet bara exploderat. Det har påverkat vår vardag som allmänläkare. Vår roll som vägvisare och tillhandahållare av kunskap och stöd i hur individen ska påverka och befrämja sin egen hälsa har blivit tydligare. Det gäller förstås inte bara rökning, kost och motion, utan även allt som har med stressrelaterad ohälsa att göra, undvikande av sjukskrivning (?) och jag vet inte allt... Inte minst alkohol som ju Riskbruksprojektet handlar om. "Riskbruk" är ett begrepp myntat inom SFAM! Det lär ha varit SFAMs tidigare ordförande Jonas Sjögren, som tillsammans med några kollegor för ett tiotal år sen kom på den geniala termen. Det handlar om sådant bruk av alkohol som inte är beroende eller missbruk, men som kan vara skadligt för hälsan – och som därmed blir ett av allmänmedicinens intresseområden. Det genomfördes då ett stort antal s.k. Riskbruksverkstäder, en "kurs" där allmänläkare lärde sig mer om hur man talar om alkohol med sina patienter, men framför allt lärde sig att använda det man redan visste och kunde.

Läkarkåren har nog i alla tider vetat att det inte är så nyttigt att supa, och att somliga blir beroende av spriten. Vi har också kunnat en hel del om beroendets sjukdomar, om levercirrhosen, och esofagusvaricerna. Missbruk av alkohol har haft – och har – åtskilliga moraliska övertoner, som gjort det känsligt och svårt att ta i frågan. Det är inte så konstigt i ett folkrörelseland som

sen 150 år kämpat mot det supande som varit både tröst i, och orsak till, nöd och elände. Nu har vi ett mer "kontinentalt" drickande, och blir kanske inte lika stupfulla på lördagarna, som männen blev på 1800-talet, men mer alkoholhaltiga drycker än på länge flödar in över rikets gränser. Vi har ingen nytta av de moraliska övertonerna. Däremot har vi nytta av den medicinska kunskapen om alkoholens effekter, när vi i vår vardag behöver kunna hjälpa människor att själva fatta välgrundade beslut om sin hälsa. Dessutom har vi anledning att lära oss mer om riskbruk och hur vi påverkar det, för att underlätta vårt eget arbete. Det är intressant att se, när riskbruksverkstad hålls med erfarna familjeläkare, och man talar om alkoholrelaterade sjukdomar, hur det dukas upp en bred meny av vanliga åkommor. Hur många klena reglerade blodtryck bland Dina patienter skulle komma i ordning om blodtryckets innehavare drack lite mindre? Sjukvården kostar också många miljoner mer än den skulle behöva, därför att vi som mannen i skämthistorien letar nyckeln under lampan där det lyser, och inte i längre bort där han tappade den, men det inte lyser...

Sedan ett och ett halvt år finns nu ett Nationellt Riskbruksprojekt med pengar från Socialdepartementet. Landstingen har här kunnat söka pengar för att arbeta med frågan och jag förmodar därför att projektet är känt för många, kanske de flesta. Det har delprojekt som riktar sig till flera professioner inom primärvård och företagshälsovård. Det har tidigare legat under Fammi, sedan 1 april istället under Folkhälsoinstitutet. Jag är sen 1 april projektledare för familjeläkardelen, och Mats Weström, distriktsläkare i Luleå, är SFAMs representant i riskbrukets råd, vilket fungerar som en referensgrupp.

För mig var det viktigt att gå in i det här arbetet med vår vetenskapliga förening "i ryggen". Det finns många som vill tala om

för allmänläkare vad de bör kunna och göra. Många – politiker, organspecialister, patientföreningar och andra – vill t.o.m. gärna tala om för oss hur vi ska göra det. Det är däremot inte alls lika många som förstår allmänmedicinens förutsättningar, vilken central roll mötet med patienten spelar, och kontinuiteten över tid. Därför behöver vi forma hur vi arbetar, även med riskbruk, själva. Vi vet från studier att bara faktum att läkaren tagit upp ämnet alkohol (samma sak gäller ju för rökning) gör att anmärkningsvärt många i farozonen ändrar sitt beteende. Kostnadseffektiviteten för att rätt använda vårt främsta undersöknings- och behandlingsinstrument, nämligen samtalet, är mycket stor, större än för de flesta andra medicinska åtgärder som mäts på detta sätt.

Därför skulle jag vilja arbeta med riskbruk på ett sätt som också främjar vår kompetens i samtalskonst. I riskbruksprojektet ingår även delprojektet "Motiverande Samtal", med Astri Brandell och Karin Ny Lind som projektledare. Konsultationsteknik är inget man tillägnar sig, och sen har för all framtid, som ett stetoskop eller en reflexhammare. Den behöver "rundsmörjning", träning och feedback. Att arbeta med att utbilda fler som kan hålla i riskbruksverkstäder blir därför viktigt. Ett scenario där alla landets allmänläkare uppfattar det som naturligt att med jämna mellanrum fräscha upp sin konsultationsteknik och förmåga att tala om svåra ämnen är nog mycket avlagset. Men jag tror att den inriktningen är riktig. Allmänmedicin har mycket att vinna på att ta till vara det vi redan kan, och använda det – i våra patienters tjänst. Den som är intresserad – ta gärna kontakt med mig, för vi behöver bli fler som arbetar med detta!

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

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Vakant

Facklig sekreterare

Karin Lindhagen, 070-327 09 31
karin.lindhagen@sfam.a.se

Vetenskaplig sekr. och AU

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

Kassör

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

Övriga ledamöter

Christer Andersson, 0704-86 81 30
christer.c.andersson@vgregion.se

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@telia.com

Pär Säberg, 070-765 448
Par.saberg@curera.se

Anna-Karin Svensson
070-311 39 96
anna-karin.svensson@sfam.a.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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@sfam.a.se

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin
Jonas Sjögreen, 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
t.fritz@telia.com

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

Roland Olofsson Dolk
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögreen
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@lblekinge.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@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

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

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
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

Roland Morgell, redaktör
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
08-524 887 38
roland.morgell@ki.se

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

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

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80

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

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

Annonser
Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Dan Johansson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
dan@mediahuset.se

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2006

| Nr | Manusstopp | Utgivning |
|----|------------|-----------|
| 6 | 31/10 | 13/12 |

Är du också lat – eller?

I höst tänker jag bli en bättre människa. Inte tillåta mig att tappa taget igen, som i våras. Nu ska äntligen skrivbordet vara tömt om inte varje dag, så i alla fall varje vecka. Inga besvärliga intyg ska bli liggande som släpänkare till mitt dåliga samvete. Allt ska göras omedelbart. Nu.

Ändå sitter jag kvar, upptäcker att jag drömmer om vilket körsbärsträd som skulle passa bäst vid flyttblocket vi grävde fram i slänten i sommarens värsta värmebölja.

Förra hösten visste vi på vårdcentralen att vi hade en tuff vinter framför oss. Ansvar för nästan 6 000 personer, med tre allmänläkartjänster, två besatta och två yngre kollegor som behövde komplettera utbildningen på annat håll innan de blir färdiga. Chefen lovade att skaffa vikarie, så det skulle nog gå. Bara att kavla upp ärmarna och tänka att det blir bättre snart.

Hösten gick och det visade sig att kompetenta vikarier knappast fanns att få tag i. Fram på vårkanten blev kollegan halvt sjukskriven. Tur att AT-läkaren var ovanligt försiktigkommen. Ingen möjlighet att stanna hemma för förkylningen som inte ville ge med sig, då skulle mottagningsköterskorna inte ha några bokningsbara tider och AT-läkaren lämnas ensam. Om jag stannar en timme hinner jag kanske skyffla undan en del administration. Att det ska komma så många svar på remisser och prover från de korttidsvikarier som givit andrum med bokningsbara tider någon vecka. Tur ändå att mina patienter finns, de jag känner till och vet vad vi kommit överens om. Samvetet gnager när jag prioriterar bort arbetsskadeintyget den här veckan också, fast jag vet att det är viktigt. Jag orkar inte hålla isär allt som hänt. Skö-

terskorna på mottagningen är presade, får göra svårare bedömningar än vanligt. Behöver diskutera med läkare om de gjort rätt. Orkar jag inte vara tillgänglig någon dag blir det oroligt, känner mig besvärlig. Jag blir arbetsmiljöproblemet för mottagningen.

Snart semester, ska bara reda upp efter mig först. Om jag börjar en timme tidigare orkar jag tänka innan värmen och hetsen blir för intensiv.

På semestern hann jag inte med så många måsten, inte ens det jag ville ha gjort. Rensa ogräs kan vara precis lagom.

Undrar om jag inte är fellärd. Det räcker med grundläggande kunskaper om stress för att se att den arbetssituation jag skissat inte är rimlig. Och det har inget med mig att göra. Jag är nog inte lat, i bästa fall snarare trött.

Känner du igen dig i min känsla av otillräcklighet och skuld är det hög tid att tänka klart. Det är kanske något annat som är problemet, inte bara din oförmåga. Du är kanske också i behov av återhämtning innan det är för sent.

Jag för min del är tacksam för att min kropp vet bäst ibland och att den välsignade dagen när mina nya kollegor bor in sig för gott på vårdcentralen har kommit.

Hälsningar från stranden till en grön ö.



Foto: Anders Lundqvist

Karin Ranstad

2006

November

Wonca Asia Pacific Regional Conference

4-9 nov. www.thaifammed.org

Vägval, SFAMs höstmöte

8-10 nov. Umeå, se program.

Lægedage Köpenhamn

13-17 nov. www.laegedage.dk

Riksstämman

Göteborg 29 nov-1 dec.

www.riksstammangoteborg.se

December

Kurs i ortopedisk medicin i Kerala, Indien

4-15 dec. www.langtbortlara.se

Kontakt: ulf@mawe.se

Etiska frågor vid vård i livets slutskede

8 dec. Familjemedicinska institutet,

Fammi, Skeppsbron 34, Stockholm

Anmälan per e-post till

sonja.modin@sll.se senast 1 december

2007

Januari

Träning i allmänmedicinsk kompetensvärdering ("vecka-3-kursen")

15-17 jan. Med särskild inriktning på specialistexamen och Mitt-i-ST. Gullmarsstrand, Fiskebäckskil. Anmälan till Robert Svartholm.

Patienter eller riskprofiler?

Vem/vad behandlar vi i dagens primärvård?

19 januari. Nordic Risk Group inbjuder till konferens i Stockholm, Norra latin.

Se separat notis.

www.nordicriskgroup.com/riskmote2007/

Svensk förenings för Diabetologi och Svenska Endokrinologföreningens första gemensamma utbildningsmöte

31 januari-2 februari.

Aula Nordica, Umeå

www.umea-congress.se/diend.htm

Februari

SFAMs ST-dagar i Jönköping

7-9 februari. Program och anmälningsblankett kommer på SFAMs

hemsida i oktober. Kontakt via SFAMs

ST-råd.

Mars

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

Juni

15th Nordic Congress of General Practice

13-16 juni. Reykjavik, Island.

<http://www.meetingiceland.com/gp2007>

Juli

18th Wonca World Conference Genomics & Family Medicine

24-27 juli. Singapore

<http://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

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

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 060425. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu