

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 3 2006 ÅRGÅNG 27



Colon irritabile – en studie i primärvården/sid 7

Professor Paradigm – del 2/sid 15 • Allmänläkare som företagsläkare/sid 22

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:

Allmänmedicin och prioriteringar av Stig Andersson och Rolf Ahlzén.

Lite är vackert-men får gärna bli större. Rapport från FoU-enheten i Kronoberg. Christer Petersson

Omslagsfoto: Gunnar Brink

3 Ledare

Betydelsen av personlig läkarkontinuitet och generalistkompetens – *Anders Lundqvist*

5 Avhandling

Analys av vårdkonsumtion på nytt sätt
Anders Beckman

Notis

7 Vetenskap & Utveckling

Colon irritabile – en studie i primärvården
Jorun Lindén, Ulf Bengtsson, Cecilia Björkelund

13 Notiser

15 Tankar om vetenskapsteori

Oh Professor Paradigm, vad låter Ni mej se idag? (del 2)
Ann Olsson-Gislow

21 SFAM.L granskar

Healthy Skepticism inspirerar SFAM.L
Inbjudan till *Kritisk värdering av läkemedelsinformation* – *Kan vi lita på läkemedelsindustrin?*

22 Praktik

Allmänläkaren som företagsläkare – från individ till organisationsperspektiv – *Börje Löfgren*
Kenneth Widäng årets Anders Lindmanstipendiat
Meta Wiborgh

24 Novell

Att vara doktor – en vardagsberättelse – *Tina Nyström*

27 Utbildning

Den goda allmänmedicinska studenthandledningen
Karijn Kleizen, Bengt Mattsson
Trainee from Turkey visits health centre in Halmstad
Nil Tekin

33 SFAMs höstmöte i Umeå

Program

37 Debatt

Om Läkarförbundet och framtida närsjukvård
Styrelsen för DLF i Jönköpings län
Norsk forening for allmenmedisin
Anders Lundqvist

41 Recensioner

Makeovermani – *Hans Händel*
Två böcker om kognitiv terapi – *Gunilla Byström*

45 SFAM informerar

Nationella kvalitetsindikatorer Primärvård
Gunnar Carlgren
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Förändring
Johan Mattson

”I vilket fall så finns det ett antal verklighetssyner i paradigmernas himmel.”

Ann Olsson-Gislow fortsätter sin vetenskapsteoretiska resa.
Sidan 15



Börje Löfgren berättar om sina erfarenheter som företagsläkare.
Sidan 22



Att vara doktor – en vardagsberättelse av Tina Nyström. Sidan 24



”Det visar sig att mina förväntningar inte infrias.”

Hans Händel har läst en ny bok av professor Thomas Johansson. Sidan 41

ANNONS



Foto: Johan Lundqvist

Betydelsen av personlig läkarkontinuitet och generalistkompetens

Betydelsen av fast läkarkontakt är sorgligt underskattad i Sverige. Kanske begreppet innehåller för mycket av mjukvara och är för relationsinriktat för att passa in i det process- och sjukdomsorienterade sjukvårdstänket? Verkligheten borde emellertid stämma till eftertanke. De så kallade multisjuka blir fler och fler, och vilka läkare är bäst lämpade att handskas med deras problematik? Jo, just det – allmänläkarna. Vi utvecklar genom vårt arbete en bred generalistkompetens samtidigt som vi strävar att etablera tillitsfulla relationer med våra patienter. Genom att arbeta i den personliga kontexten har vi stora förutsättningar att optimera resursutnyttjande och fungera som samordnare av patienternas vård. Allmänläkarbristen i kombination med höga krav på tillgänglighet leder till surrogatlösningar på bekostnad av den personliga läkarkontinuiteten. I de större städerna växer närsjukvårdsakuter upp som svampar ur jorden bredvid vårdcentralerna. Då dessa till största delen bemannas av allmänläkare, känns det som att vårt kunnande inte utnyttjas till fullo. Det finns många orsaker till den dåliga rekryteringen av allmänläkare, men jag undrar om inte den närsjukvårdspolitik som bedrivs är en av de mer betydelsefulla. Vårt uppdrag riskerar att bli otydligt och vår kompetens osynliggjord, vilket minskar attraktionskraften till yrket.

I en rapport från Institutet för hälsoekonomi IHE i Lund där syftet var att ta reda på befolkningens vilja när det gäller hur primärvården ska organiseras, framgår att det finns grupper som vill listas hos namngiven allmänläkare, men också grupper som kan tänka sig listning på ett vårdteam. Författarna Jonas Helmgren, Anders Anell och Sara Nordling menar att bägge modellerna bör kunna tillämpas eftersom de svarar mot olika gruppers behov.

Resultatet är kanske inte så överraskande, eftersom den fasta läkarkontakten är en bristvara i svensk sjukvård. Vårdcentralen i sig representerar för många tryggheten och den fasta läkarkontakten upplevs kanske mer som en bonus av det stora flertalet. En alltför liten andel av befolkningen har ens haft möjlighet uppleva fördelarna med personlig läkarkontinuitet.

Det är intressant hur studier som dessa används som argument mot ett nationellt familjeläkarsystem (som ju helt och hållet bygger på fast läkarkontakt). Annars är det ju mest tillmälen som läkarfixering och dr Finlayromantik som fungerat som artilleri mot Protos.

Tänk om IHE hade undersökt det som hände i Västmanland för två år sedan, när 50 000 västmanlänningar blev fråntagna sin fasta läkarkontakt som en effekt av förlorad upphandling. Ett unikt socialmedicinskt experiment som gjort

för en studie. Det hade ju verkligen varit intressant att göra en uppföljning, särskilt när det gäller de invånare som så småningom återfick den läkare de blivit fråntagna. Vem vet – det kanske erbjuds fler tillfällen eftersom lagen om offentlig upphandling fortfarande gäller? Om nu inte IHE nappar på erbjudandet kanske någon av våra allmänmedicinska eller samhällsmedicinska institutioner kan göra det? Vi skulle verkligen behöva mer av oberoende forskning om sjukvårdens systemeffektivitet, och inte minst en motsvarighet till professor Barbara Starfield, som i USA studerat primärvårdens betydelse för sjukvårdens effektivitet och befolkningens hälsa.

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver fast läkarkontakt för befolkningen men följsamheten till lagtexten hos utförarna har ju lämnat mycket övrigt att önska. Den politiska uppslutningen bakom paragrafen verkar ha försvagats. Det i mitt tycke okontroversiella men för allmänmedicinen oumbärliga begreppet har tagits som gisslan i ett politiskt maktspel och det är verkligen tråkigt. Att tydliggöra generalistkompetensen och vad det innebär att vara personlig läkare framstår som en av våra viktigaste uppgifter.

Anders Lundqvist
chefredaktör

ANNONS

Analys av vårdkonsumtion på nytt sätt

Statistisk analys av läkarbesök har tidigare ofta skett med relativt grova metoder och haft en tendens att ge olika resultat varje gång, beroende på skilda utgångspunkter. På senare år har multinivåanalys (multilevel analysis) alltmer börjat användas inom biomedicin och epidemiologi. Teorin bakom multinivåanalys är helt kort att data existerar i flera nivåer (exempelvis patient-läkare-vårdcentral), med inbördes påverkan.

Detta är inget nytt, men angreppssättet är innovativt för medicinen. Istället för att "justera" för gruppåverkan (område, vårdcentral etc.), utnyttjas data för att särskilja betydelsen av individuella och grupp faktorer. Med hjälp av multinivåanalys har därför avhandlingen bidragit med ny kunskap kring betydelse av födelseland för sjukvårdskonsumtion och sjukpension och har, även i ett internationellt perspektiv, ett värde både forskningsmässigt och praktiskt.

Avhandling är sprungen ur min vardag på en vårdcentral i det multikulturella

Malmö, i ett försök att möta behovet av korrekt kunskap kring sjukvårdskonsumtion och hur denna kan göras mera jämlik. I samma anda har fördelningen av sjukpensioner analyserats. Avhandlingen vederlägger den stereotypa bilden av invandrare som storkonsumenter i sjukvården och som främsta mottagare av sjukpension. Genom att på ett nyskapande sätt utnyttja multinivåanalys för att analysera födelseland och socioekonomisk grupp, har avhandlingen visat att höginkomsttagare och högutbildade har en likartad sjukvårdskonsumtion och frekvens av sjukpension, oberoende av födelseland.

Detta visar på en kulturell homogenitet som står över födelseland. Däremot i grupper med förväntat högre behov, låginkomsttagare och lågutbildade, finns en heterogenitet beroende av det individuella födelselandet, resulterande i både under- och överutnyttjande av sjukvård i form av läkarbesök. Samma mönster återfanns bland dem som var sjukpensionerade. Att på detta sätt kunna påvisa en ojämlikhet i konsumtion av sjukvård och

erhållande av sjukpension är helt nytt och har enbart varit möjligt på grund av användandet av en för medicinen ny och avancerad metodologi.



Anders Beckman
anders.beckman@med.lu.se

Datum: 16 december 2005

Avhandling: Country of birth and socioeconomic disparities in utilisation of health care and disability pensions – a multilevel approach

Författare: Anders Beckman,

Institution: Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö, avd för allmänmedicin, Lunds universitet.

Handledare: Juan Merlo, Anders Håkansson

Opponent: Leif Svanström

Fortbildningstips för den lilla respektive stora gruppen

EBM i praktiken

FQ-grupper och annan smågruppsverksamhet är omistliga inslag i allmänläkarens fortbildning. Vår yrkesidentitet formas i samspel med andra kollegor. Ibland behöver nya idéer introduceras för att inte grupper ska somna in. Här kommer en idé att pröva:

En av deltagarna har med sig en klinisk problemställning från vardagen. Han/hon berättar om mötet med patienten och beskriver vilka överväganden som gjordes och vilka gemensamma beslut som fattades avseende handläggning m.m. Därefter går man en runda i gruppen och var och en får reflektera över vad man själv skulle ha föreslagit patienten. Föredragande doktor sammanfattar, och fortsätter sedan med att beskriva sitt sökande efter kunskap när det gäller aktuell frågeställning.

Vad fanns att hitta på intranät, Google, Cochrane, och andra sökvägar?

Utfallet redovisas och eventuella skillnader i förslag till handläggning diskuteras. Hur upplever vi förslagen i förhållande till vår egen kliniska erfarenhet? Är de rimliga och vad kan vi lära oss av detta? Diskussionen blir levande med det allmänmedicinska perspektivet i blickpunkten.

Bra start

Gemensamma familjeläkarträffar för de som verkar i samma sjukvårdsområde är nödvändiga, men upplevs inte alltid så stimulerande. Det beror ofta på den pedagogiska inramningen. Alltför ofta lockas man in i en passiv åhörarroll med risk att bli distanserad till innehållet i det som sägs. Ett bra sätt att skapa

delaktighet är att ta sin utgångspunkt i det som alla känner igen, nämligen den kliniska vardagen. Möblera för diskussion i smågrupper – fyra vid varje bord brukar bli bra. Någon har förberett en fallbeskrivning, eller varför inte hämta fall från skrivningen i specialistexamen. Fallet genomläses enskilt vid borden, en andaktsfull tystnad infinner sig innan lokalen snart surrar av pågående gruppsamtal. Efter cirka 10–15 minuter bryter den som ansvarar för fallet gruppdiskussionen, och efterhör spontana reflektioner i storgrupp. Vad lär vi oss av detta? Fördelen med att starta på detta sätt är att fler blir aktiva på mötet, risken att drabbas av tunghäfta minskar och det blir lättare att uppnå verklig gemenskap mellan deltagarna.

Anders Lundqvist

ANNONS



Colon irritabile – en studie i primärvården



Jorun Lindén

Patienter som söker för mag-tarmproblem inom primärvården är vanliga. Colon irritabile eller Irritable Bowel Syndrome (IBS) är ett ofarligt men ibland ett för patienten oroande tillstånd.

Vi studerade en grupp patienter för att försöka hitta en rimlig utredningsnivå. En noggrann anamnes inkluderande Rom-II-kriterierna, ett begränsat antal prover och kontinuitet i patient-läkarrelationen med tydlig information om åkommans återkommande natur var centrala.

Introduktion

Definitionen på colon irritabile (IBS) baserar sig idag på de nyligen reviderade Rom-kriterierna (Faktaruta 1). Symtomdebut ligger runt 15–40 års ålder och tillståndet är vanligast bland kvinnor [1,2]. IBS karakteriseras av obehag eller smärta från magen framför allt relaterat till tarmrörelse samt ett stort avföringsmönster [3]. Prevalensen för sjukdomen uppskattas i ett flertal studier ligga runt 15 procent [4].

IBS har klassificerats som funktionell åkomma där man har betonat vikten av psykologiska faktorer. Många studier talar för att psykiatriska och funktionella besvär är vanliga i denna patientgrupp

[5,6,7,8]. Olika orsaksmekanismer har diskuterats som förklaring till IBS såsom föda, allergier, tidigare episoder av infektiös gastroenterit, förändrad mikroflora i tarmen eller lågradig inflammation. Så många som 20–65 procent av patienterna rapporterar födoämnesöverkänslighet men detta har man inte kunnat bekräfta i eliminationsstudier [9,10,11].

Inom primärvården beräknas ungefär 5–10 procent av patienterna söka för mag-tarmproblem och av dessa lider ca 30 procent av IBS [2,12]. Det är den vanligaste diagnosen hos gastroenterologer och svarar för 20–50 procent av primärvårdsremisser till gastroenterolog [13].

Patienter som söker primärvården med sina symtom och får diagnosen IBS har en tendens att återkomma. Många gånger genomgår de en förnyad undersökning trots en från början riktig diagnos. Patientens farhågor och förväntningar stämmer inte överens med läkarens uppfattning om tillståndet [14]. Hur skall allmänläkaren hantera denna patientkategori? Vilka typer av tester bör göras?

Syftet med studien var att försöka hitta en rimlig utredningsnivå för primärvården för att diagnostisera IBS med god säkerhet.

Material och metoder

Alla patientjournaler med diagnosen IBS under perioden november 1992 till april 1997 vid Lerums vårdcentral granskades. Urvalet gjordes med hjälp av diagnosregister från datajournaler. Totalt hittades 377 patienter där diagnosen IBS hade registrerats. Genom att skärpa diagnosti-

ken utifrån IBS-kriterierna som då rådde samt begränsa åldersspannet till 16–50 år blev det slutliga antalet patienter som erbjöds deltaga i studien 100 stycken.

Av de 100 patienterna som erbjöds att medverka i studien deltog 52 stycken. De patienter som inkluderades i studien skulle ha pågående besvär från mag-tarmkanalen. Tjugofem patienter avböjde att medverka. Dessa kontaktade per telefon. De angav att de ej hade aktuella besvär eller hade fått en annan diagnos. Tjugo patienter svarade inte på förfrågan om deltagande och för tre patienter saknades aktuell adress. Två påminnelsebrev skickades ut.

Blodprover togs och deltagarna fick svara på två olika frågeformulär. Det ena formuläret bestod av frågor beträffande sociala parametrar, utbildningsnivå/arbete, social status, rökning samt allmän anamnes och mag-tarmsymtom. Utbildningsnivån betraktades som låg om patienten avslutat sin utbildning efter enbart sjuårig grundskola. Det andra formuläret bestod av frågor rörande 52 olika födoämnen, typ av symptom, när och hur de yttrade sig och om patienten undvek någon föda. Detta formulär är framtaget på astma- och allergikliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och används för att diagnostisera upplevd födoämnesintolerans inkluderande föda innehållande kolhydrater såsom sorbitol, fruktos, stärkelse och laktos [15].

Laboratorieproverna som togs var: B-Hb, SR, S-Fe, S-transferrin, S-ferritin, S-TIBC, F-Hb, endomysiumantikroppar och test för laktosintolerans. Den senare ►►

Faktaruta 1

Rom-II-kriterierna för IBS [1]

Minst 12 veckor, som inte behöver vara sammanhängande, under de senaste 12 månaderna med bukobehag eller buksmärta som har två av tre särdrag:

1. Lättar vid tarmtömning och/eller
2. Början associerad med en förändring i avföringens frekvens och/eller
3. Början associerad med en förändring i avföringens form/konsistens (utseende)

Symptom som stöder IBS-diagnosen:

1. Färre än 3 tarmtömningar per vecka
2. Fler än 3 tarmtömningar per dag
3. Hård avföring ("harlortar")
4. Lös eller vattnig avföring
5. Krystning vid tarmtömning
6. "Urgency" (bråttom till toaletten vid tarmtömning)
7. Buksvullnad, uppkördhet, känsla av uppblåsthet.

genomfördes genom att patienten fick dricka en 50 gram laktoslösning vilken skulle ge en ökning av blodsockernivån med minst 1,2 mmol för att betraktas som normal. Om stegringen i blodsocker var lägre än 1,2 mmol ansågs laktosintolerans föreligga.

	Studie- deltagare (n=52) %	Lerums kommun (N=34 805) %
Kvinnor	79	50
Män	21	50
Civilstånd		
Ogifta kvinnor	36	25
Gifta kvinnor	64	75
Ogifta män	20	25
Gifta män	80	75
Utbildningsnivå		
Kvinnor låg	37	12
Män låg	18	15
Rökning	34	25
Allergi	42	44,5
Diabetes	0	3

Tabell I. Könsfördelning, civilstatus, utbildningsnivå, rökning och sjukdomar bland patienter inkluderade i studien jämfört med hela populationen i Lerums kommun.

lerans föreligga. Analyserna gjordes på Borås lasarett. Valet av laboratorieprover betraktades som viktiga för diagnostiken av IBS vid tiden för undersökningen och valdes i samråd med allergolog (UB) vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Alla patienter som medverkade i studien erbjöds ett individuellt återbesök till läkare för att diskutera svaren på frågeformulären, laboratorieproverna och fortsatt handläggning.

Resultat

Av de 52 patienter som medverkade i studien var 79 procent kvinnor och av dessa var 36 procent ogifta och 37 procent hade låg utbildning (Tabell I). De manliga medverkande hade en profil vad gällde civilstatus och utbildningsnivå motsvarande befolkningen i Lerums kommun (Tabell I).

Bland de 48 patienter som inte medverkade i studien var 77 procent kvinnor och 23 procent män, det vill säga proportionellt sett samma som fördelningen bland deltagarna i studien.

Frekvensen rökare var högre i studiegruppen jämfört med befolkningen i kommunen. Ingen av patienterna hade diabetes.

I 50 procent av patientmaterialet var enstaka tester eller utredningar gjorda tidigare. Rekommendationen att öka fiberintaget i kosten eller medicinering hade getts till 71 procent men av dessa hade enbart 30 procent upplevt någon förbättring. Hos 85 procent av patienterna medförde stress en försämring av symtomen från magtarmkanalen. Enbart 33 procent av patienterna var nöjda med hur de tidigare blivit utredda och omhändertagna vid läkarbesök.

Samtliga studiedeltagare upplevde en tillfredsställelse i att deras magbesvär togs på allvar och att de fick tid med läkare att diskutera igenom sina besvär.

I frågeformuläret framtaget på allergologen nämnde patienterna ofta symtom efter intag av olika födoämnen men ett tydligt mönster var svårt att se. Med hjälp av allergolog (UB) hittades dock 11 patienter med upplevd kolhydratmalabsorption. Trots detta var 85 procent av patienterna övertygade att föda förvärrade deras symtom och indikerade att de undvek vissa specifika födoämnen såsom kaffe, lök, paprika, friterad och fet mat.

Laboratorieproverna visade att laktosintolerans förekom hos 20 procent

	Totalt n=52 %	Laktos- intolerans n=10 %	Subjektiv Kolhydratmalabsorption n=11 %	IBS n=31 %
Stor tarmgasproduktion	90	90	100	84
Kurr och oljud	71	70	72	74
Svullnadskänsla	87	100	82	84
Intensiv smärta	79	90	72	71
Dov ihållande smärta	56	60	82	48
Förstoppning	26	50	36	52
Diarré	30	70	64	52
Växlande avföringskonsistens och frekvens	94	100	100	87
Slem	44	60	27	42
Blod	0	0	0	0
Symtom förbättring efter avföring	83	90	81	80
"Urgency" brottom till toaletten vid tarmtömning	56	60	55	55
Känsla av ofullständig tarmtömning	68	80	82	71

Tabell II. Symtom, avföringens konsistens och frekvens bland de patienter som ingick i studien. Gruppen subjektiv kolhydratmalabsorption klassificerades av allergolog som upplevd intolerans av föda rik på kolhydrater (sorbitol, fruktos och stärkelse dock ej laktos).

av patienterna (Tabell III). En patient med positiva endomyciumantikroppar hittades. Som förväntat hade ingen av patienterna patologiska laboratorievärden inklusive F-Hb.

Utifrån resultaten från frågeformulären, laboratorieanalyserna och laktosintoleranstestet indelades patienterna i tre grupper (Fig. 1, Tabell II). En grupp med laktosintolerans, en grupp med upplevd kolhydratmalabsorption och en grupp övriga, som klassificerades som IBS.

I gruppen med positiv laktosintoleranstest hade alla patienter problem med magsmärta och obehag i form av svullnadskänsla och stor gasproduktion. Formen på avföringen växlade mellan hård och lös. Vanligast var lös eller vattnig avföring. Efter tarmtömning upplevde 90 procent av patienterna en förbättring men 80 procent hade en känsla av ofullständig tarmtömning (Tabell II).

I patientgruppen med upplevd kolhydratmalabsorption hade alla problem med svullnadskänsla och gaser. De beskrev också en mer dov men ihållande smärta. Avföringens form växlade också mellan fast och hård (100 procent) och 64 procent hade diarré. 27 procent angav slem i avföringen. Även i denna grupp hade majoriteten (82 procent) en känsla av ofullständig tarmtömning.

Faktabruta 2

Rom-I-kriterierna för IBS

Minst tre månader med kontinuerliga eller återkommande symtom som:

1. buksmärta eller bukobehag som
 - a) förbättras efter avföring
 - b) och/eller associeras med en förändring i avföringsfrekvensen
 - c) och/eller associeras med en förändring i avföringens konsistens
- och
2. två eller fler av de följande med minst en fjärdedel av tiden eller dagar med:
 - a) förändrad avföringsfrekvens
 - b) förändrad avföringskonsistens (klumpformad/hård eller lös/vattnig)
 - c) förändrad tarmpassage (trög, "urgency", eller känsla av ofullständig tarmtömning)
 - d) slem
 - e) gaser eller svullnadskänsla

	n	Patologiska svar
Blodprover ¹ inkluderade B-Hb, S-Fe, S-ferritin, S-transferrin and S-TIBC	52	0
S- endomycium	51	1
Test för laktosintolerans	42	10
F-Hb	52	0
SR	52	0

¹ (för att utesluta järnbrist).

Tabell III. Laboratorieprover på de 52 patienter med mag-tarmbesvär som ingick i studien.

Bland patienterna som klassificerades som IBS (ej tillhörande gruppen laktosintolerans eller kolhydratmalabsorption) var symtomen liknande dem i de andra grupperna förutom att man inte kunde hitta någon reaktion på kolhydrater eller laktos. Således var symtomen, avföringskonsistensen, avföringsfrekvensen och förändring i avföringen i stort sett de samma för de olika grupperna (Tabell II). Om Rom-I-kriterierna applicerades på patienterna visade det sig att 79 procent av patienterna i studien hade IBS. I denna grupp fann man också 80% av patienterna med laktosintolerans och 81% av patienterna med kolhydratmalabsorption. Gemensamt var att samtliga patienter hade återkommande tarmbesvär

Diskussion

Denna studie visade att IBS är en heterogen grupp. Av 52 patienter med gastrointestinala problem hade 79 procent IBS utifrån de tidigare använda Rom-I-kriterierna. Idag anses dessa kriterier för ospecifika och man bör använda Rom-II-kriterierna med stöd av de icke obligata symtomen (Faktabruta 1) för att stödja diagnosen enligt gastroenterologer. Rom-II-kriterierna var inte i bruk vid tidpunkten för undersökningens genomförande.

Bland de 100 patienter som erbjöds delta i studien avböjde 25 att medverka eftersom de ej hade besvär eller hade fått annan diagnos. Detta reducerade den egentliga studiegruppen till 75 personer, varav 20, det vill säga 27 procent, ej deltog. Symtomen vid IBS kan variera i intensitet under livet. Några patienter

kanske hade förändrat sitt sätt att leva så att symtomen avklingat och inte längre var ett problem. Vi accepterade detta ointresse att medverka i studien eftersom målet med studien var att finna en rimlig utredningsnivå för primärvården för patienter med pågående symtom.

Gastrointestinala problem är vanliga bland primärvårdspatienter och en vanlig orsak till läkarbesök. I en studie svarade denna grupp för en av tolv konsultationer [2] och mer än hälften av patienterna hade gastrointestinala problem klassificerade såsom funktionella enligt primärvårdsläkaren. När diagnosen var ställd av en gastroenterolog som använde Rom-I-kriterierna ansågs den korrekt i 80 procent. Få allmänläkare kände till Rom-I-kriterierna men de ställde vanligen diagnosen IBS utifrån mer eller mindre oförklarliga symtom, förekomst av polysymtomatologi i kombination med långdragna abdominella problem. Symtomen var relativt milda och hindrade sällan arbete eller socialt liv helt. Trots detta oroade sig patienter med IBS att tillståndet var allvarligt eller till och med malignt och de hade en tendens att söka flera gånger för samma problem [2,3].

Att lägga till fibrer i dieten var tidigare en generell rekommendation för behandling. Vår studie visade att fibrer var effektiva när obstipation var huvudproblemet men en stor grupp svarade inte på denna behandling. En del blev till och med sämre. Bland de patienter som vi studerade rapporterade 85 procent att de fick symtom ifrån födointag och i princip alla undvek någon typ av föda. I befolkningen tror sig 10–20 procent ►►

vara födoämnesintoleranta men bevisad intolerans ligger på 2 procent [16,17]. Aversion eller en negativ erfarenhet är inte samma sak som intolerans men kan tolkas så av patienten [18]. Kontakt med dietist kan ibland hjälpa patienten [19].

Vi använde frågeformuläret för födoämnesöverkänslighet som utarbetats och används vid allergologen på Sahlgrenska universitetssjukhuset [14]. Tanken var att kunna använda detta formulär inom primärvården vid utredning av patienter med mag-tarmproblem. Formuläret hjälpte oss att strukturera anamnesen och att ta reda på om patienten undvek något baslivsmedel. Dock upplevdes det för komplicerat för att användas i primärvården. Prevalensen av patienter med födoämnesintolerans är för låg vid en distriktsläkarmottagning.

Önskvärt vore ett enklare frågeformulär som kan användas inom primärvården för att finna ut om patienten haft födoämnesrelaterade problem tidigare. Det bör innefatta frågor kring allergi/anafylaxi, vilken typ av föda som ger problem samt hur allvarliga patientens besvär är. Om allvarlig misstanke uppstår att patienten har födoämnesallergi bör denne remitteras till en allergiklinik för en strukturerad genomgång.

När det gällde patientens symtom, avföringens konsistens och frekvens var det inte möjligt att skilja ut patienterna med laktosintolerans eller kolhydratmalabsorption från IBS enbart på anamnesen. Där var test för laktosintolerans och frågeformuläret för födoämnesöverkänslighet avgörande. Med hjälp av dessa delade vi in patientmaterialet i följande grupper: laktosintolerans (20 procent), subjektiv kolhydratmalabsorption (20 procent) klassisk IBS (60 procent).

Fler kvinnor (79 procent) än män medverkade i studien vilket överensstämmer med andra studier av IBS [2,17]. Åttiofem procent av patienterna upplevde att symtomen förvärrades av psykisk stress, något som observerats i många studier. Bland patienter med IBS är det vanligt med andra diagnoser såsom generaliserad ångest, somatisering eller depression [3,5,6,8]. Det är fortfarande oklart om ett symtom är beroende

av ett annat eller om det är slumpen som gör att diagnoserna sammanfaller.

I studien var bara 33 procent av patienterna nöjda med det tidigare omhändertagandet vid läkarbesök. Från journalerna framgick att 64 procent av patienterna har sökt mer än två gånger för sina magtarmproblem. Patienterna var inte nöjda med förklaringen de fick och många var rädda för en allvarligare bakomliggande sjukdom. Det verkar föreligga en viss osäkerhet bland allmänläkare när man ställer diagnosen IBS även om det i de flesta fall är rätt diagnos. Detta har studerats och man drar slutsatsen att kommunikationen mellan patienten med sina farhågor och förväntningarna och doktors kliniska uppfattning inte överensstämmer [3,13].

Laboratorieproven valdes efter diskussion med allergolog. Efter en basal utredning kunde de flesta av patienterna få en tillfredställande diagnos. Vi fann att 20 procent av patienterna faktiskt hade laktosintolerans utan att veta det, varför laktostest bör övervägas i utredningen. Prover som indikerar malabsorption (B-12, folsyra, och S-Fe) kräver vidare utredning. Detsamma gäller vid laboriemässig misstanke på celiaki. SR och F-Hb används för att utesluta inflammatorisk tarmsjukdom samt malignitet [20]. Rektoskopi utfördes ej i denna studie, eftersom samtliga patienter redan var utredda en första omgång, men bör alltid göras vid alarm-symtom såsom nattlig smärta, förhöjd SR och vid positiv F-Hb.

Konklusion

Inom primärvården är det viktigt att diagnostisera IBS bland de patienter som söker för mag-tarmproblem för att kunna ge dem korrekt information och för att finna dem som behöver remitteras vidare till specialistklinik. Med specifika laborietester, Rom-II-kriterierna och ett förenklat frågeformulär borde man säkert kunna diagnostisera patienter med IBS. För att undvika att patienten söker upprepade gånger är det viktigt att i konsultationen lägga stor vikt vid att informera patienten så att samsyn uppnås om att IBS är ett ofarligt tillstånd men med återkommande symtom.

Referenser:

- Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000;46:78-82.
- Thompson WG, Creed F, Drossman DA, et al. Functional Bowel Disease and Functional Abdominal Pain. *Gastroenterology International* 1992; 5 no 2:75-91.
- Roy-Byrne P. Generalised Anxiety and Mixed Anxiety-Depression: Association With Disability and Health Care Utilization. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 7): 86-91.
- Young E, Stoneham D, Petrukevitch A, et al. A population study of food intolerance. *THE LANCET* 1994; 343:1127-1130.
- Nice A, Frankum B and Talley N. Are Adverse Food Reactions Linked to Irritable Bowel Syndrome? *AJG* 1998; 93, No. 11: 2184-2190.
- Vandvik P O, Kristensen P, Aabakken L, Farup P.G. Abdominal complaints in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:157-62.
- Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 2001;48:272-282.
- Bijerk CJ, de Wit NJ, Stalman WA, Knotterus JA, Hoes AW, Muris JW. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' view on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol* 2003; 17:363-368.
- Eriksson NE, Hedlin G. Allergy and other hypersensitivity in practical health care. *Studentlitteratur, Lund* 1999, 2nd edition, p 345.
- Jansen JJ, Kardinaal AF, Huijbers G, et al. Prevalence of food allergy and intolerance in the adult Dutch population *J Allergy Clin Immunol* 1994;93:446-56.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.

Jorun Lindén

Vårdcentralen Kyrkbyn, Göteborg samt
Avdelningen för allmänmedicin
jorunlinden@vgregion.se

Ulf Bengtsson

Docent, Allergologiska mottagningen,
Sahlgrenska Universitets Sjukhuset

Cecilia Björkelund

Distriktsläkare, professor
Avdelningen för allmänmedicin, Göteborg

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

ANNONS

ANNONS

Segregationen har ökat

Socialstyrelsen har sammanställt en rapport som visar att majoriteten av Sveriges befolkning fått det materiellt bättre sedan lågkonjunkter under 1990. Samtidigt är det fler som har varken arbete eller socialförsäkring, framför allt invandrare och unga vuxna. Den etniska segregationen i storstadsregionerna har också ökat och i vissa områdena bor nästan inga infödda svenskar. Unga vuxna har högre arbetslöshet och längre studietider, vilket ökat risken för fattigdom. Även antalet ungdomar utan känd sysselsättning har ökat. Hela rapporten finns tillgänglig <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9101/2006-III-I.htm>

"Somliga går med trasiga skor.
Säg vad beror det på?"



Främre knäsmärta

Cirka 10% av såväl barn som vuxna har återkommande problem med smärta i främre delen av knät. Det finns olika teorier kring orsakerna och troligen finns olika subgrupper, där ischemi förefaller bidra i en del fall. Den tidigare benämningen chondromalacia patellae bör endast användas i de fall broskförändringar påvisats. Akupunktur och andra typer av sensorisk stimulering har ofta god effekt.

Jan Näslund: Patellofemoral pain syndrome – Clinical and Pathophysiological Considerations. Avhandling Karolinska Institutet, Institutionen för fysiologi och farmakologi 2006.



Foto: Daphne Macris

Mai-Lis Hellenius ny professor i allmänmedicin

Mai-Lis Hellenius har utnämnts till professor och blir därmed Karolinska Institutets första kvinnliga professor i allmänmedicin. Som distriktsläkare i Rotebro började Mai-Lis på 1980-talet intressera sig för hur patienter med ökad risk för hjärtkärlsjukdom kunde få hjälp att minska risken för insjuknande. Ett stort interventionsprojekt med medelålders män i Sollentuna ledde till disputation och fortsatt forskning. Vid sidan av forskningen har hon på olika sätt försökt uppmuntra till hälsosamma levnadsvanor, bland annat genom att producera olika typer av informationsmaterial och själv leda gruppövningar.

Balintgruppdeltagare sökes

Några platser finns lediga i en Balintgrupp som möts onsdagar jämna veckor mellan kl. 15.30 och 17.00 i centrala Stockholm.

Telefon 08/615 15 47.

www.balintgrupp.nu

Ingrid Wermelin de Lange
Leg psykoterapeut, Stockholm
ingrid.wermelin@minpost.nu

Livsstil påverkar hälsa och välbefinnande

Tidigare studier har visat att självskattad hälsa är bättre prediktor än medicinska diagnoser för dödlighet och framtida sjuklighet. En ny avhandling har genom tvillingstudier belyst betydelsen av arv och andra faktorer. Vid uppföljning efter 25 år visade sig huvudvärk, ryggbesvär och andra smärtproblem, övervikt, avsaknad fysiskt aktivitet, stress och arbetslöshet ha tydliga samband med senare nedsatt upplevd hälsa, även sedan hänsyn tagits till sjuklighet, ålder, kön, utbildning och socioekonomiska faktorer. Detta talar för att förändrad livsstil kan ge bättre hälsoupplevelse även på lång sikt.

Pia Svedberg: Factors of Importance for Self-Rated Health. Avhandling Karolinska Institutet, Institutionen för Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik 2006.



Dålig munhälsa vid psykiska besvär

Ångest, utmattningssyndrom och depression är ofta förenat med tandköttproblem, även sedan man tagit hänsyn till eventuell läkemedelsbehandling. Negativ påverkan på kroppens immunförsvar är tänkbar orsak. Sensmoral: vid dålig munhälsa – tänk på möjligheten av psykiska besvär. Vid psykiska besvär – tänk på möjligheten av dålig munhälsa och behov av tandläkarkontakt.

Annsöfi Johansson: Anxiety, Exhaustion and Depression in Relation to Periodontal Diseases. Avhandling Karolinska Institutet, Institutionen för odontologi 2006.

ANNONS

Oh Professor Paradigm, vad låter Ni mej se idag? (del 2)

A tt påbörja en forskarutbildning efter en lång tid som praktiker på vårdcentralens ”værkstadsqolv”, det är en chockerande upplevelse. Man lämnar det gröna gräset och svingar sig entusiastiskt och nyfiket upp i de teoretiska trädqronorna. Bara för att upptäcka att jösses, här var det fasligt torrt och uttorkat! Goethes ord får genom skallen medan man famlar runt i det torra, knastrande bladverket: ”Grå, min dyre vän, är all teori, men livets gyllne träd är grönt.” Långt där nere skymtar den frodiga ängen, betande märrar strövar omkring med sina skuttande fölungar och törstiga kossor dricker ur den klara bäcken. Man känner tungan klistra fast i gommen och finner den medhavda vattenflaskan tom...

Detta är den andra artikeln där jag tänker mer eller mindre vilda tankar runt begreppet ”vetenskapsteori”. Den första artikeln publicerades i *Allmänmedicin* nr 6/2005 och handlade om min kunskapssyn och min människosyn. Som jag skrev i den förra artikeln, måste jag som forskare inordna mig i ett forskningsparadigm, dvs. jag måste gå med på att se på världen på ett alldeles bestämt sätt. Inom mitt paradigm – folkhälsovetenskapens paradigm – har det gått upp för mig att jag måste ha en **realistisk** kunskapssyn och en **dualistisk** människosyn. Jag måste alltså sätta dessa realistiska och dualistiska ”glasögon” på näsan, när jag samarbetar med min professor och handledare (läs hela resonemanget i förra artikeln!).

Men mitt forskningsparadigm – mina ”glasögon” – består inte bara av en viss kunskapssyn och en viss människosyn,



Ann Olsson-Gislow

den består också av en viss verklighetsuppfattning, en helhetsbild av universum (som gör anspråk på att vara vetenskapligt grundad), ett överenskommet vetenskapsideal (vad som är vetenskapligt ”föredömligt”) och vissa metodologiska föreskrifter.

Först min verklighetssyn

Nu är vi inne på begreppet ”ontologi”. Ontologi är läran om hur världen och tingen, alltså verkligheten, är beskaffad och ordet ”ontologi” kommer av grekiskans *ontos* ”varande” och *logia* ”lära”. Nu handlar det alltså om varats beskaffenhet, om vad ”verkligheten” innerst inne är i sitt innersta väsen. Blev det klarare? Inte? Näja. Jag har faktiskt varnat dej. Det rasslar torrt här uppe i de teoretiska trädqronorna...

I vilket fall så finns det ett antal verklighetssyner i paradigmernas himmel. Jag kan välja att uppfatta verkligheten som icke-materiell dvs. anse att verkligheten är av begreppslig, själslig eller andlig natur. Då är jag idealist, närmare bestämt **ontologisk idealist**.

Motsatsen till ontologisk idealism är ontologisk **realism**. Min uppfattning om verklighetens väsen (ontos) är då att verkligheten är av materiell natur. Allt som existerar kan beskrivas och förklaras entydigt och uttömmande i materiella termer.

Jag kan vara anhängare av **monism**. Enligt monismen finns det en enda princip som förklarar hela verkligheten, allt som existerar och denna enda princip kan vara ande/medvetande/gud (det ansåg filosofen Friedrich Hegel) eller materia (det ansåg, föga förvånande, filosofen Karl Marx).

Jag kan vara anhängare av **neutral monism** dvs. hävda att verkligheten ytterst består av en enda princip, men den är varken materia eller ande utan en sammansmältning av båda. Det ansåg den nederländske filosofen Baruch Spinoza och walesaren Bertrand Russel (men observera att Spinoza trodde på gud medan Russel var ateist). Är det männe här vi ska placera de teoretiska fysiker som är anhängare av den berömda ”strängteorin” (*the string theory*)? ►►



ANNONS

” Jag anser att förståelse förekommer både inom humanvetenskaperna och naturvetenskaperna och att de båda fälten inte är åtskilda utan kompletterar varandra.

Jag kan också sälla mig till dem som anser att verkligheten ytterst består av två principer: ande och materia. Jag har då en **dualistisk verklighetssyn**. Jag tror alldeles bestämt att det är en sådan verklighetssyn som min professor i folkhälsovetenskap har – och som alltså även jag måste ha, i alla fall så länge jag står under hans färla uppsikt. Och kör till, bara jag slipper vara monist, idealist eller realist!



En dualistisk syn på verkligheten hade även Platon, Augustinus, Tomas av Aquino, René Descartes och Wilhelm von Leibniz. Det är tryggt att ingå i ett så illustert manligt sällskap. Det är också logiskt. Om jag har en dualistisk människosyn (lite apa, lite ande) är det logiskt att också ha en dualistisk verklighetsuppfattning, eller hur? Så logisk är ju också judendomen, kristendomen och islam.

Så till min vetenskapssyn

Nu har jag klättrat omkring i trädkronorna under paradigmernas himmel och plockat lite torra kvistar. Jag har funnit att jag (eftersom jag måste) har en realistisk kunskapssyn, en dualistisk människosyn och en dualistisk verklighetssyn. Men nu återstår att välja **vetenskapssyn**. Även här har jag tre ”syner” att välja på.

- Ett **enhetsvetenskapsideal** som hävdar att det bara finns en enda vetenskap.
- En **dualistisk** vetenskapssyn som gör tydlig åtskillnad mellan human- och naturvetenskap.
- En **komplementaritetssyn** som hävdar att human- och naturvetenskaperna kompletterar varandra.
En anhängare av ”den enda vetenskapen”

måste nog vara en övervintrad logisk positivist, en som anser att observation, testbarhet och experiment är nödvändigt och tillräckligt, att endast forskning som vilat på denna grund är ”vetenskapligt”. En logisk positivist betraktar människan som en biologisk, materiell varelse, som en integrerad del av naturen (och anser därmed att också människan lyder under naturlagarna). Människan ska studeras med samma metoder som naturens övriga delar. Punkt. Denna vetenskapssyn har jag mött hos kurskamrater och föreläsare inom naturvetenskapens område. De ser människan som ett däggdjur. ”It boils down to biology” säger de trosvisst och slår fast att allt kan beskrivas och förstås med hjälp av naturlagar. Den logiska positivismen dödförklarades visserligen på 50-talet, men liket rör fortfarande på sig – även på Karlstad Universitet bland unga forskarstudenter i mina barns generation. Jag själv har en helt annan vetenskapssyn. Lyckligtvis även min professor.

Men, men – jag har inte heller en **dualistisk vetenskapssyn**, den som tog vid på 50-talet efter den logiska positivismens fall. Enligt den dualistiska vetenskapssynen bör människan studeras med både



kvalitativa metoder (för att förstå människans psyke och hennes handlingar) och kvantitativa metoder (för att beskriva hennes kropp). Lite name-dropping kan vara på sin plats: den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833–1911), fast han anser att kvalitativ metod är tillräckligt för humanvetenskapen. Han betonar alltså att människan är en andlig varelse. Naturvetenskapen däremot ska, enligt Dilthey, studera naturen med hjälp av naturlagar och orsak-verkan-samband.

Denna dualistiska vetenskapssyn borde jag kanske ha, eftersom jag har en dualistisk människosyn. Men nix.



Den tredje vetenskapssynen – den **komplementaristiska** – är nog där jag hör hemma. Jag anser att förståelse förekommer både inom humanvetenskaperna och naturvetenskaperna och att de båda fälten inte är åtskilda utan kompletterar varandra. Den ena vetenskapen är inte ”subjektiv”, den andra ”objektiv”, båda försöker förstå världen. Martin Heidegger, jag säger bara det. Och min professor. Lyckligtvis.

Min metodsyn

När man forskar måste man använda sig av ”godkända” vetenskapliga metoder, dvs. metoder som det härskande paradigmet godkänner. Det finns två typer av metod: induktiv/deduktiv metod och kvantitativ/kvalitativ metod.

Kvantitativa metoder är empirisk observation, experiment och statistik. De är mycket bra att ha. Jag skulle kunna räkna upp en kilometer namn på stora män som gillar de här metoderna. Men det tar vi en annan gång.

Det finns massor av **kvalitativa** metoder: deltagande observation, empatisk förståelse, fokusgrupper, djupintervjuer, hermeneutik, fenomenologi, ”grounded theory”, myttolkning och existensialanalys. Även här finns ett illustert manligt sällskap: allas vår kollektivt medvetne Carl Jung, rumäna Mircea Eliade, fransmannen Paul Ricoeur, dansken Sören Kierkegaard, tysken Martin Heidegger, psykiatern Karl Jaspers, cafékonnässören Jean-Paul Sartre, koncentrationslägeröverlevaren Viktor Frankl, ►►

ANNONS

skotten R. D. Laing och så min absoluta favorit, den amerikanske existentiellpsykologen Rollo May. Hit hör också min kvinnliga husgud, mytforskaren Clarissa Pincola Estés och min manlige husgud, religionshistorikern och mytforskaren Joseph Campbell.



Jag forskar inom medicin- och samhällsvetenskapen och där har det länge varit ett trätoämne huruvida kvantitativa metoder är mer ”vetenskapliga” än kvalitativa metoder. Klagovisan går ungefär så här: endast med **kvantitativ** metod kan man nå fram till god, pålitlig och vetenskaplig kunskap. Så är naturligtvis inte fallet. Även med kvantitativa metoder kan man bedriva usel forskning och få fram opålitliga resultat.

Men man måste använda den metod som är adekvat i förhållande till det problem och det objekt man undersöker. Det går inte att använda ett mikroskop om man vill förstå varför människor skriver dikter (än mindre fånga innehållet i dikterna) eller förstå varför en människa känner ångest och förtvivlan (även om ”biologisterna” tror att förståelsen kommer när vi kartlagt människans genom in i minsta detalj). En adekvat metod är istället t.ex. en djupintervju.

Däremot duger ett mikroskop alldeles utmärkt om man vill studera en bakterie. Jag skulle inte rekommendera en djupintervju med en bakterie, inte så länge vi inte hittat vårt gemensamma språk. Jag är övertygad om att det finns. Men så länge vi inte anser att bakterien **kan** ha ett språk, utan är en organism som bara består av kemiska processer, så kommer vi varken att upptäcka, höra eller än mindre förstå bakteriernas språk. Våra paradigmatglasögonen gör oss blinda igen och igen och igen.

Här kommer jag in på något som präglar vårt globalparadigm, hela vårt rationella sätt att tänka: den moderna

västerländska vetenskapen är maniskt inriktad inte bara på att söka orsak-verksamhet, utan också på att se **skillnader**. Kanske kommer genomforskningen att hjälpa till att ställa allt detta särskiljande på huvudet – fast det var nog inte genomforskarnas avsikt! Kanske kommer en dag i framtiden våra paradigmatglasögon plötsligt att vändas bakochfram och vi kommer äntligen att se **likheterna** istället för skillnaderna, likheterna som finns mellan allt ”dött” och levande, allt stort och smått som finns på klotet och som växer, virvlar, springer, hoppar och plaskar där.

Nu ska jag berätta en ”genom”-historia. En jesuitpastor läste med stigande förtvivlan i en vetenskaplig artikel att schimpansen och människan i stort sett har samma arvsmassa, att så mycket som 98% av arvsmassan är gemensam. Han tog kontakt med artikelförfattaren som bekräftade att det faktiskt var så. Då forskaren såg jesuitpastorns förtvivlan (människan var alltså inte ”så lik en gud” utan endast ”så lik en apa”), viskade forskaren lågt: ”Men det är bara vi som vet om det”. Det ska bli intressant att se vad som kommer att hända den dag allt levande definitivt fått nog av den mänskliga hybrisen.



Något viktigt motiverar alltså kvalitativ metod: det man vill förstå inom humaniora (=människovetenskaperna) är faktiskt oåtkomligt för kvantitativa metoder. Om man vill **förstå** en människa eller en grupps motiv, avsikter, intentioner, beteende, föreställningar, upplevelser, emotioner, förnimmelser, associationer och baktankar, då kan man inte använda kvantitativa metoder. Med kvantitativ ansats, som naturligtvis också behövs, kan man kartlägga hur **vanligt** ett fenomen är tex. ett riskbeteende som rökning hos ungdomar. Men att förstå **varför** flickor och pojkar röker – och där-



igenom kunna förebygga rökning – krävs **kvalitativa** metoder. Förståelsen kräver en komplicerad tolkningsprocess där ett subjekt försöker förstå ett annat subjekt och där dessutom (risk)beteendet placeras in i en social, kulturell och språklig kontext. Först då avslöjas **meningen** med rökningen, vilken naturligtvis inte är att ådra sig lungcancer.

Lyckligtvis är min professor positivt inställd till en kombination av kvantitativ och kvalitativ metod (fast han föredrar det förstnämnda). Och jag tror nog han förordar deduktion före induktion (men jag har inte hunnit gå in på denna del av min methodsyn).

Sammanfattningsvis

Efter denna snabbklättring i de torrt rasslande teoretiska trädskronorna har jag nu ånyo landat på den gröna ängen bland de betande kreaturen. På picknickfilten ligger de medförda torra kvistarna: en realistisk kunskapssyn, en dualistisk människosyn och en dualistisk verklighetssyn. Jag har hämtat med mej en vetenskapssyn som är komplementaristisk och en methodsyn som inbegriper både kvantitativ/kvalitativ metod.

Fast vart tog min helhetsbild av universum vägen? Tja, universum är ju som bekant, ganska väldigt stort... men jag ska göra ett försök att klämma in hela universums härlighet (och det där med induktiv/deduktiv metod också) i nästa artikel, som får bli tredje och avslutande delen på mina ”tankar om vetenskapsteori”!

Ann Olsson-Gislow, Karlstad
ann.olsson@kbbab.net
Illustrationer: Katarina Liliequist

ANNONS

Healthy Skepticism inspirerar SFAM.L

Med anledning av att läkemedelsterapirådet arrangerar ett seminarium om kritisk granskning av läkemedelsinformation på Läkarsällskapet passade redaktionen på att ställa några frågor till dess ordförande Jan Håkansson.

Vem är Peter Mansfield och hur har han inspirerat SFAM.L?

Peter Mansfield är en australisk allmänläkare, som 80-talet var verksam i utvecklingsländerna i Asien. Han såg där och upprördes över hur läkemedel marknadsfördes och användes på ett skadligt sätt. Han tog då initiativet till en grupp som såg som sin uppgift att motverka vilseledande marknadsföring. Ett tidigt exempel på deras kampanjer där man nådde resultat var marknadsföring av anabola steroider till undernärda barn, ett annat en kombination av kloramfenikol och streptomycin som såldes över disk för behandling av diarrésjukdomar. De senaste åren har Healthy Skepticism kritiserat marknadsföringen av enantiomer-läkemedel som lanserats för att företagen vill slå vakt om sina storsäljare när patenttiden löpt ut, t.ex. esomeprazol (Nexium) och escitalopram (Cipraxen) som "vidareutveckling" av omeprazol resp citalopram. De har också aktivt motarbetat läkemedelsindustrins önskemål att marknadsföra receptbelagda läkemedel direkt till konsumenterna.



Peter Mansfield

För SFAM.L har Healthy Skepticism varit en förebild, genom att man med saklig argumentation försöker att få läkarkåren att tänka mer kritiskt.

Vad försöker Healthy Skepticism-rörelsen åstadkomma?

Deras motto är: Förbättrad hälsa genom minskade skadeverkningar av vilseledande marknadsföring av läkemedel.

Vilka metoder används?

De arbetar med utbildning främst till läkare och farmaceuter, forskning och debattartiklar. På deras web-site finns över 2700 artiklar samlade med anknytning till verksamheten. Healthy Skepticism har också ett samarbete med WHO.

Hur är rörelsen organiserad?

Healthy Skepticism är finansiellt oberoende från företag och myndigheter och bekostas av betalande medlemmar, som accepterat rörelsens målsättning. Man kan delta i verksamhet på olika nivåer. Det är gratis att besöka deras hemsida och ta del av ett stort antal artiklar i deras bibliotek. Sedan kan man vara betalande prenumerant på olika nivåer och som sådan kan man ansöka om att delta i den inre diskussionen om rörelsens verksamhet. Healthy Skepticism har sitt centrum i Adelaide i Australien, men utvecklas alltmer till ett internationellt nätverk med diskussionsgrupper via e-post.

Deras web-site finns på www.healthyskepticism.org

Vad kan vi lära oss av deras sätt att arbeta med frågorna?

Healthy Skepticism arbetar seriöst med tonvikt på saklighet och kritiskt tänkande. Peter Mansfield gör en Europaturné under hösten och hoppas kunna bilda lokala centra i Europa som verkar i rörelsens anda.

SFAM.L

(Svensk förening för allmänmedicin; rådet för läkemedelsterapi) arrangerar:

Kritisk värdering av läkemedelsinformation – Kan vi lita på läkemedelsindustrin?

Tid: Tisdagen den 12 september kl 09–16

Lokal: Svenska Läkaresällskapets föreläsningssal, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm (nära T-Centralen)

Medverkande:

- Peter Mansfield, GP, Australien, ansvarig för Healthy Skepticism <http://www.healthyskepticism.org/>
- Ingrid Jägre, enhetschef fortbildning, Läkemedelscentrum, Stockholms läns landsting
- Inger Atterstam, medicinjournalist, Svenska Dagbladet
- Richard Bergström, VD, Läkemedelsindustriföreningen

Program:

- 09.00 Registrering, kaffe
- 09.30 Ingrid Jägre: Kommunikation och reklam i marknadsföring – så påverkas vi
- 10.15 Inger Atterstam: Medicinjournalistens perspektiv
- 11.00 Richard Bergström: Läkemedelsindustrins perspektiv
- 11.45 Lunch i Läkaresällskapets matsal
- 13.00 Peter Mansfield: Can we gain more good than harm from exposure to pharmaceutical promotion?
- 14.30 Kaffe
- 15.00 Discussion

Allmänt: Föreläsningssalen rymmer 200 personer. För dagen reserveras 60 platser för allmänläkare i läkemedelskommittéer, 60 platser för andra medlemmar i läkemedelskommittéer, 60 platser för medlemmar i SFAM, 10 platser för läkemedelsindustrin, 10 platser för medicinjournalister. Programmet före lunch genomförs på svenska, efter lunch på engelska.

Avgift: 800 kr inkl lunch samt för- och eftermiddagsfika.

Välkommen med anmälan senast den 15 augusti! Bekräftelse på ditt deltagande kommer att sändas till din e-postadress senast den 31 augusti.

Anmälningsblankett finns på SFAMs hemsida www.sfam.se

Jan Håkansson
distriktsläkare/ordf i SFAM.L

Allmänläkaren som företagsläkare – från individ till organisationsperspektiv

Jag grundlade min allmänläkarbana i Stockholm med Göran Sjönell som chef. Han berättade att det tar tio år för att förstå vad det handlar om, när man haft sina patienter så lång tid och byggt upp personliga relationer. Femton år senare förstår jag vad han menar. Arbetet vid Kvartersakuten byggde på den personliga familjeläkarrollen. På eftermiddagarna gjorde vi ofta hembesök till äldre patienter, där det ofta vankades en kaffetår och en förtrolig pratstund.

Från Vestlandet till Karibien

I början av 90-talet provade jag på lite mer heroiska inslag. Vi var ett tiotal kollegor som under våra kompvveckor delade en allmänläkartjänst uppe på norska Vestlandet. Vi kunde gå 4–5 jourer på en vecka. Med vår bil var vi först på plats ute hos patienter med hjärtinfarkt, akuta astmaattacker eller stroke och gav den första behandlingen på plats. Jag såg tillstånd som jag aldrig sett hemma i Sverige, epiglottit och akut blödande ulcus för att ta några exempel.

I slutet av 90-talet arbetade jag som skeppsläkare i Karibien. Det var ofta 1–2 hjärtinfarkter i veckan, som vi la in på vårt lilla hospital ombord på skeppet, så jag hade stor nytta av mina norska akutläkarkunskaper och randning på thorax-klinik. Vartannat dygn var vi i beredskap hela natten, men istället lediga dan därpå, då vi kunde gå iland på vår rutt: San Juan, Saint Thomas, Haiti och tillbaka till Miami. Lediga kvällar följde vi ofta passagerarna på shower och runt i de olika barerna. Mitt favorittillhåll var cigarrbaren, där vi ingav oss i de blågrå cigarrdimmorna, lyssnades till havets vågskvalp och salsamusik.

Företagshälsovården

Efter hemkomst och ytterligare några år inom primärvården, de sista åren som verksamhetschef, fick jag erbjudande



från AstraZenecas företagshälsovård i Södertälje att starta en kompletterande mottagning som stöd till deras egen företagshälsovård. Vi började med en sköterska och en läkartjänst på konsultbasis. Året därpå förvärvade vårt växande företag ytterligare en företagshälsa och verksamheten har nu ökat till 19 anställda: ergonom, läkare, sjukgymnast, sköterskor, sekreterare och hälsopedagoger samt ett flertal underkonsulter, framförallt arbetsmiljöingenjör och beteendevetare. En positiv skillnad mot primärvården är den uttalade teamsamverkan som finns med olika professioner. Under denna tid kompletterade jag under två år med företagsläkarutbildningen.

De tre perspektiven

Det känns oerhört positivt med företag som satsade på sina anställda i form av förebyggande hälsovård och aktiv rehabilitering. I den ursprungliga provinsialläkarrollen fanns en dimension, som dagens tidspressade distriktsläkare oftast inte hinner med – det förebyg-

gande arbetet. I företagsläkarrollen har denna förebyggande funktion en viktig roll. Vi brukar indela vårt arbete i tre huvudområden.

- *Hälso- och sjukvård*, där sjukvård, behandling och rehabilitering ingår.
- *Preventivt arbete*, där grunden är det systematiska arbetsmiljöarbetet med att se över maskinell utrustning, arbetsställningar och arbetsteknik för att förebygga arbetsrelaterade skador och sjukdomar. Sen millennieskiftet har arbetet med den psykosociala arbetsmiljön och stressrelaterade syndrom kommit i förgrunden.
- *Promotivt*, dvs. hälsofrämjande arbete, dvs. att istället för att bota det sjuka utgå från vad som förstärker människors hälsa och välmående, exempelvis fysisk aktivitet, goda kostvanor, fungerande sömnavanor, bra arbetsmiljö, en effektiv organisation och ett föredömligt ledarskap.

Hela vårt arbetssätt bygger på att försöka lyfta de problem vi stöter på till

samtliga nivåer, individ, grupp och organisation – för att inte bara lindra och bota de sjukdomar och symtom våra medarbetare drabbas av – utan också bidra till att klarlägga hur dessa symtom hänger ihop med arbetsmiljö, organisation och ledarskap i våra företag.

Om vi ska lyckas behöver vi de personliga och förtroendefulla relationer som Göran Sjönell en gång lärde mig – till våra klienter och företagsledare. Utan det förtroendet kan man aldrig få den fråga jag fick av kaptenen på vårt kryssningsfartyg, eller som nu under sportlovet när en liten flicka drabbades av feberkramper på flygplanet: ska vi vända om, gå mot närmsta hamn eller flygplats? När liv eller hälsa står på spel kan doktors ord ibland väga tungt, även om det handlar om kurs och tidsfördröjning för hundratal eller tusentals personer.

Hälsa – en förutsättning

för produktivitet och lönsamhet

Orden är lånade från Jonny Jonsson,

min nuvarande läromästare på en kurs i organisations- och hälsovetenskap som jag deltar i. Då Jonny Jonsson nått denna form av respekt och förtroende för sina humanistiska grundprinciper har Stora Enso, det företag han tjänstgör vid, nått långt i att sätta hälsan i förgrunden, med ökad produktivitet, lönsamhet och ett flertal nationella utmärkelser till följd. Vetenskapliga studier vid Enheten för personskadeprevention på KI har visat samma förhållande. Man har med hjälp av enkäter undersökt hälsoläge, livsstilsfaktorer, arbetsmiljö och organisation för 4 000 personer. De som hade aktuella sjukdomar eller risk för ohälsa ombads kontakta sin företagshälsovård för uppföljning och åtgärder. Man utarbetade ett index som mätte arbetad tid, hälsorelaterad livskvalitet, sjukfrånvaro och fysisk funktion. Vid uppföljning efter 1,5 och 3 år hade både detta index och produktiviteten ökat med 10%, troligen pga. förbättringar av arbetsmiljö och hälsa.

Trots drygt fem som företagsläkare känner jag mig fortfarande som en novis – en skön känsla som leder till en av de fantastiska möjligheter vi har i vårt läkaryrke – att ständigt lära sig mer. Utan det skulle inte vårt arbete ständigt ge alla de utmaningar som gör det till det spännande och omväxlande yrke det är!



Foto: Tina Löfgren

Börje Löfgren

allmänläkare, företagsläkare
borje@halsokallan.info

Kenneth Widäng årets Anders Lindmanstipendiat

Vi har en hedersdoktor i allmänmedicin i Norrbotten, Anders Lindman som promoverades till hedersdoktor vid Umeå Universitet oktober år 2001. I samband med att detta firades på hemmaplan, samlade alla vi som ville fira Anders ihop till en grundplåt för ett "Anders Lindman-stipendium", som utdelas varje år till den allmänmedicinaren som under det gångna året gjort en stor insats för allmänmedicin i Norrbotten. Förslag inhämtas från kollegorna, och Anders tillsammans med SFAM-BDs styrelse beslutar. Årets stipendium tilldelades Kenneth Widäng med följande motivering: "Kenneth, du har en lång karriär bakom dig som en av förgrundsgestalterna i svensk och norrbottensk primärvård. Din bana började du som provinsialläkare i Jokkmokk, därefter flyttade du till kusten och Gammelstads vårdcentral, och de senaste 25 åren har du varit Boden och Björknäs vårdcentral trogen.

Du har varit verksam på det nationella planet som vice ordförande och vetenskaplig sekreterare i SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin), och där lagt ner mycket arbete på informatikfrågor. I Norrbotten var du ordförande i vår läkarförening. Nu är du trots ditt småländska tungomål en välkänd och respekterad norrbottning.

Men det är inte för ditt gråa hår eller för lång och trogen tjänst du nu ska äras. För ett år sedan gick du i pension, men har fortsatt att arbeta för dina patienter och dessutom lyckats få fart på vår hantering av läkemedel i datajournalen. Nu blir vården säkrare och vi som skriver recept får det lättare. MOM blir Mvy (från en seg och oöverskådlig läkemedelsmodul i journalen till en modern lättanvänd), apo- och e-dos kommer att integreras och så småningom kanske vi kan dokumentera hur patienten egentligen tar sina mediciner. Fan tro! och till och med Anders är hoppfull.



Kenneth Widäng

Äntligen ropar vi alla! Hanteringen av läkemedel är det som innebär störst risk för våra patienter och är en del i vårt dagliga arbete som vi ständigt sliter med. Därför grattis till att du blir årets Anders Lindmanstipendiat!"

SFAM-BD genom
Meta Wiborgh, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

Att vara doktor – en vardagsberättelse

Det börjar bli kallt nu att cykla. Anna drar ned sin tunna jacka över handlederna. Fick barnen med sig varma kläder? Vinden efter de första nedförbackarna letar sig in i ärmarna, i nacken. Här börjar skogsstigen. Hon sträcker på sig, kisar litet, tar några djupa andetag genom näsan – blöta löv. Som alltid innesluten i sin tankevärld. Samtidigt närvarande i den tidiga höstluften. Där står hägern på bryggan, eller är det en trana – hon skulle slå upp det. Glädjen sprider sig i kroppen den här morgonen också, även om Anna någonstans tvivlar. Kan det vara hon som färdas genom skogen på väg till ett älskat arbete? Har skiftet skett?

– Jag måste cykla oftare. Hur skall jag inspirera patienterna att promenera istället för att ta bussen, om jag själv åker bil?

Hon ser ut över vattnet, ett tunt dis dansar över ytan. Tankarna kommer och går. Anna försöker få grepp om tillvaron – vart är hon på väg? Många projekt rymms i fantasin och väcker lust framåt. Idéerna trillar över varandra. Det finns mycket man kan göra för att förbättra vården. Det finns många kloka att lära av. Hon slås tillbaka i tankarna, måste hejda sig. Dygnet har en begränsad mängd timmar. Litet i taget kan hon gå framåt, hitta vägen. Någonstans i medvetandet, dovt och drömskt, invävt i morgonen, undrar Anna vad det är som framkallar värmen i kroppen när hon är på väg till arbetet? Det som finns där som en röd dallrande kärna, låt vara ibland omgiven av ett ogenomträngligt täcke av stress och ovilja.

Själva vårdcentralen är en ganska skrämlig byggnad av tegel, liksom utslängd på ett fält. Inget för den oinsatte att gripas av. Ändå fylls hon av tacksamhet och lugn. Varför? Arbetet känns ofta ensamt. Man träffar kollegerna i fikarummet, i korridorerna eller tittar in hos varandra för att diskutera något. Men den mesta tiden sitter man på sitt rum

– träffar patienter, administrerar, ringer, slår i böcker. Tidboken är pressad och vissa dagar är fyllda av knepiga konsultationer som lämnar förvirring snarare än stolthet och tillfredsställelse efter sig. Och ändå – mitt i den stunden – glädjen över att komma tillbaka dagen därpå, veckan därpå, långt framöver och fortsätta sitt arbete. Vari ligger lockelsen?

Kan det vara den diagnostiska och behandlingsmässiga utmaningen? Stolheten över att behärska många medicinska områden som man ju behöver som allmänläkare? Kanske en djup och praktisk kännedom om att den rent medicinska kunskapen inte räcker, att man behöver veta mycket mer om människan för att kunna vara till hjälp? Eller är det glädjen över att lära känna och följa patienterna, att veta om allt gott som kontinuitet för med sig? Kanske känslan av samhörighet med kollegerna, vetskapen om alla viktiga samtal som förs på mottagningsrumlandet över?

– Ja, vill hon svara på de frågorna – men ändå fortsätta leta. Leta efter en punkt som innehåller allt samtidigt. Som påminner om, eller är – livet.

Anna tar sats uppför backen mot badplatsen, hjärtat dunkar. Det uppbrända bilvraket som igår morse fortfarande osade, står kvar, men inga människor syns till. Med koncentrerade kraftfulla pedaltag skyndar hon vidare i morgonen.



När Anna passerar glasdörrarna in till vårdcentralen stiger hon ut ur sin slutna, som sovande värld och in i en vaken verklighet. En våg av kallt vatten sköljer snabbt över kroppen. Hon blir några decimeter längre. Sekreterarna i receptionen hälsar, de ser glada ut. Atmosfären är varm och beslutsam. Anna utgör en del av den. I väntrummet sitter många patienter. Sköterskorna på expeditionen talar i telefon

men nickar välkomnande. Undersköterskorna, distriktssköterskorna och de andra doktorerna är redan i verksamhet.

Med skörden från postfacket intar Anna sin plats vid datorn. Vad bär denna dag med sig? Hon hinner signera några provsvar, läsa igenom journalkopior från sjukhuset och fundera några ögonblick på vilka saker i pappershögen som är viktigast att hinna med idag innan telefontiden börjar. Telefontiden är som en ingress till dagens arbete. En egen avrundad enhet. Många frågor och mycket oro kommer upp. Samtalen varierar från korta och sakliga till litet längre med mer förtrolig ton. Anna noterar tyngden i läkarrocken. Det känns både högtidligt och ömtåligt – kan man gå nog varsamt fram? Mycket hinns med – recept och provtagningsremitter skrivs, besök inbokas, råd ges. Före klockan nio är vårdcentralens akuttider bokade. Dagen är igång.

Första patientbesöket är en planerad kontroll av hjärtsjukdom och diabetes hos en gammal man som Anna träffade första gången för ett år sedan. När hon läser igenom journalen minns hon att han vid det föregående besöket just blivit änklings. De hälsar och känslan av de känner varandra sedan länge är stark, fastän de bara mötts en gång. Mannen berättar om det ensamma året i radhuset, om tomheten, men också om att det går ganska bra. Hans sockervärden är acceptabla men kärlekskrampen gör sig påmind litet oftare och han känner sig trött. Blodvärdet har sjunkit något. Efter undersökningen kommer de överens om ytterligare provtagnings och ett återbesök.

– Barnen vill att jag ska sälja huset, säger han vid dörren, men jag vet inte...

Sedan kommer en ung kvinna med halsont och feber. Hon visar sig ha halsfluss och Anna skriver kvickt ut ett antibiotikarecept. När hon vänder sig om för att sträcka fram receptet ser hon att kvinnan gråter. De har inte träffats

förut. Anna sitter tyst, kvinnan fortsätter att gråta. Efter en stund frågar Anna om hon vill berätta om vad som är jobbigt.

– Jag vet inte, svarar kvinnan.

Anna gör en snabb analys av situationen – vi har ingen tid på oss, jag får säga vad jag tror det kan handla om och se om det finns något annat jag kan göra.

– Är du orolig nu när du är sjuk, är du rädd?

Kvinnan nickar tveksamt. Anna redogör för henne att hon snart kommer att vara bra, det är ingen farlig sjukdom. De skiljs åt utan klarhet. Kanske blir det fler tillfällen att följa upp.

I personalrummet småprat under fikarasten. Någon visar bilder från en resa. Här finns möjlighet att fråga äldre kolleger om saker och ting. Anna ber sin handledare om råd i korridoren före förmiddagens pass med akutpatienter. Det gäller en man med uttalad hjärtsvikt som hon inte lyckats hitta tillräckligt bra medicinering för och som inte vill till sjukhus. De diskuterar behandlingsstrategier, när handledaren tillägger att man skall ju vara medveten om att det här är en svårt hjärtsjuk, gammal man och det kan ju hända att han dör rätt vad det är, oavsett vad Anna gör. Tiden stannar i några sekunder. En erfaren doktors ord till en yngre kollega som varit upptagen av symtom och preparat, glömt att tänka på liv och död.

Akutbesöken under tiden fram till lunch avlöser snabbt varandra. Det blir ett bra arbetsflöde. Anna är koncentrerad och besöken känns inte korta fast de egentligen är det. Det är små barn med öronvärk eller hosta, en tonåring med besvärligt eksem, en kvinna med ont i bröstet som får åka till sjukhuset, en man som just skurit sig illa på arbetsplatsen, en kvinna med magvärk, en annan med stark ångest och sömnproblem. Anna fokuserar på symtom, diagnos och behandling när det behövs, men försöker ha ett lika stort öra mot allt annat. Hörbart och ohörbart. Någon verkar missnöjd och arg, kan det förstås? Hur går det i skolan nu? Vad tänker du själv om din magvärk?

Mot slutet av förmiddagen sjunker förmågan till engagemang. Anna känner sig stressad och irriterad och en stark känsla av vanmakt kommer över henne;



Illustration: Sara Rönnås

– Det här arbetet är för svårt, jag hinner inte repetera och läsa på allt jag borde.

Hon slåss i sinnet för att få undan tankarna, eftersom de dessutom alltid följs av en känsla att inte räcka till som mamma heller. Livet blir inte helgjutet i någon ända. Det fransas och trasslar. Ingenting vill ligga ordningsamt sida vid sida. När man orkar vara nära kaos känns det lättare.

Under eftermiddagen är ingen konsultation den andra lik. Inget förstås i förväg. Först mitt emot patienten – ögonblickets kreativitet. Ibland sker bra möten – något hörsammas som inte hörsammats tidigare, något delas som förut burits i ensamhet. Ibland skeva möten som gnisslar och gnäller och ropar efter handledning. För det mesta en känsla av att inte riktigt hinna med, att nå bara nästan fram. Anna träffar en patient som vandrar i mörker, som lever i ett helvete. Hon försöker bistå med praktiska arrangemang och behandling, men den främsta insatsen är kanske att gå med en stund på vägen. Hon träffar en patient som är sjukskriven sedan länge och svår att hjälpa – gjorde hon rätt från början, kan processen vändas? Hon träffar ett spädbarn som bara skriker och en gammal man med begynnande demenssjukdom.

Mitt i patientflödet närmar sig Anna svaren på frågorna från morgonens cy-

kelfärd. Mer som en på samma gång lågmäld och överväldigande upplevelse av jordsmakande eller blodfylld tyngd, av isande skörhet samtidigt med en nästan fnittrande lätthet, än som formulerade tankar. Strävan efter djup och allvar är en del av hemligheten. Förmågan att inrymma motsägelsefulla processer. Att öva rörligheten i sinnet så att inget tas för givet. Att förstå när handlingskraft eller avvaktan är det adekvata, när det behövs närhet eller avstånd. Sökandet efter denna tysta kunskap, som man inte kan läsa sig till, utgör en del av dragningskraften och lockelsen.

Men framför allt innebär arbetet en påminnelse om det pågående livet. Som vi alla delar. Glädjen över, eller bara känslan av att finnas till, vara en del av verkligheten. Känna ömhet eller ilska inför hur tillvaron ter sig och förstå att vi måste lyssna på varandra om livet skall vara uthärdligt.

Vid arbetsdagens slut en stund för att samla ihop allt, ordna med remisser, posta brev, diskutera patienter med distriktssköterskorna, fundera på vad som kan vara lämpligt att ta med hem för att läsa, men lämna det kvar, bära tillbaka pappershögen till postfacket. En dag är över i all hast. Med en evinnerlig mängd tankar stretandes åt olika håll men ett stadigt, sakta framåtgående lugn i bakgrunden – som ett tåg – stiger Anna åter på sin cykel.



Efter halva hemfärden skingras tankarna kring remissvar och medicinska beslut. Ändå infinner sig ingen frihetskänsla hos Anna. Den friska luften och doften av mossa stannar utanför upplevelsevärlden. En vag aning finns där, det kommer att krävas mod. Ett steg ut och sedan ett stundom fantastiskt, stundom svårt, men ett alldeles enkelt, vanligt liv.

Tina Nyström Rönnås, Tumba
tina.ronnas@home.se

ANNONS

Den goda allmänmedicinska studenthandledningen

– några förutsättningar i Göteborgsregionen

Inom ramen för ett internationellt studentutbyte gjorde en holländsk student, Karijn Kleizen, hösten 2005 ett 'research elective' (3 månader) vid sektionen för allmänmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Hennes övergripande frågor var: Vad är motiven till engagemang hos de handledare som gärna och ofta återkommer i studentundervisning? Hur kan man förstå att vissa handledare på vårdcentral är positiva och lätt och villigt tar på sig en studenthandledning medan andra tvekar inför uppdraget och gärna avhåller sig från handledning? [1]

Artikeln tar upp några huvudfynd som intervjusamtal med sju "positiva" handledare gett och såväl organisatoriska som personliga skäl tycks finnas bakom en accepterande attityd. Erfarenheter från den egna utbildningen spelar roll, ett uttalat studentintresse och en glädje i att främja utveckling och växt hos yngre blivande kollegor har betydelse.

Men den egna vårdcentralens organisation, den personliga arbetsbördan och ersättningsvillkor och stöd från universitet behöver också vara rimligt goda för att det skall finnas möjlighet till att ta emot studenter. Artikeln diskuterar rön i relation till internationella erfarenheter.

Bakgrund

I Göteborg är allmänläkarna med som handledare vid flera grundutbildningskurser. I de fyra första terminernas "Tidig yrkeskontakt" [1] och i "Konsultationskunskap" på termin 5 [2] sker en del av handledningen. I slutet på utbildningen (termin 10) är allmänläkarna också handledare under knappt två veckor. Det

är en personlig handledning där den kliniska allmänmedicinen är i centrum och vi betonar särskilt att studenten skall ha en huvudhandledare. Det skall vara ett personligt ansvar att handleda.

Under varje termin hålls handledardagar till vilka allmänläkare bjuds in och då diskuteras undervisningsfrågor och handledningsprinciper. Genom diverse material (målbeskrivningar, kursinnehåll m.m.) och med telefonkontakter upprätthåller vi sedan från sektionen kontakt med handledarna.

Hur väljs handledare ut?

Det är inte en obligatorisk uppgift för allmänläkare att ta emot studenter utan förfrågningar görs till ett 100-tal vårdcentraler inför varje termin. Viss ekonomisk ersättning för handledningen ges.

En erfarenhet har varit att en del kollegor återkommer ofta med jakande svar när förfrågan om praktikplats skickas ut. Många av dessa "positiva" kollegor har erfarenhet av handledning på alla tre nivåerna (TYK, KKK, T10) och flera har varit som "räddare i nöden" när det varit ont om praktikplatser. Erfarenheten är också att det är nöjda studenter som lämnar deras vårdcentraler.

Några övergripande frågor vi ville ha belysta med denna studie var: Vad utmärker dessa "positiva" handledare? Finns det några allmängiltiga förklaringar bakom deras återkommande generösa inställning? Hur kan man förstå deras attityd?

Material och metod

En förfrågan gavs till kursledaren för de tre kurserna TYK, KKK och T10 som skulle namnge fem handledare i vardera handledargruppen som uppfyllde kriterierna:

- ofta återkommande som handledare,
- positiv attityd till handledning,
- hjälpsamt inställning om det var svårigheter med att få kursplatser och att
- vanligen hade goda studentvärderingar.

Förfrågan gav 15 namn och fyra namn återkom på flera listor. Av 11 tillgängliga namn valdes åtta personer ut för intervju. Vi eftersträvade en spridning beträffande ålder, kön, arbetsplats (stad/land) och antal år som handledare.

En av oss (BM) kontaktade handledarna i förväg varvid de tillfrågades om medverkan. Alla var positiva till det, men en meddelade praktiska svårigheter att delta.

Därefter kontaktade den andra författaren (KK) de sju kvarvarande och bestämde tid för intervjusamtal som gjordes på respektive vårdcentral. Samtalen var på engelska och varade c:a 40–60 minuter och de spelades in på ljudband.

Övergripande frågor var: *Berätta om ditt undervisningsintresse? Vilka erfarenheter har du av undervisning/handledning? Hur ser du på studenternas medverkan och deras tid på vårdcentralen? Vilka är möjligheterna med handledning och vilka är svårigheterna?* Fördjupningar och kompletteringar gjordes under samtals gång där intervjuaren eftersträvade klarlägganden och förtydliganden.

Banden skrevs ut ordagrant och analysen av texterna gjordes med hjälp av kvalitativ metod (innehållsanalys) varvid meningensheter, kategorier och tema arbetades fram [4]. Det skedde vid ett antal möten mellan författarna. I ett seminarium där fyra av de intervjuade läkarna deltog presenterades preliminära resultat av analysen varvid tolkningar och kategorierna åter diskuterades. Några smärre korrigeringar gjordes då. ►►

Resultat

Två huvudteman framträder som avspeglar inställningen; personliga omständigheter (handledaren som person) och strukturella förhållanden. (Tabell 1).

De **personliga omständigheterna** bygger på följande kategorier:

Egna erfarenheter. Många gav exempel från sin egen utbildning. Man hade då haft egen bristfällig handledning och sällan varit utanför storsjukhuset. Man ville visa studenterna alternativen till sjukhusvården. (*"På min tid var det först på 7:e termin man såg något utanför sjukhuset och handledningen var helt doktorsorienterad"*.)

Framåtseende. Läkare borde veta mer om primärvården och att allmänläkarna har väsentligt att bidra i den kunskapsmängd som alla läkare skall ha med sig. Det gäller diagnostik och behandling av vanliga sjukdomar och vikten av att värdera patientens psykosociala villkor centralt. (*"Om man vill påverka något för framtiden så är undervisning ett fantastiskt instrument"*.)

Intresse för studentens kliniska utveckling. Det fanns ett intresse för att lära ut och en glädje i att se hur studenterna fick ökad tillförsikt. Handledarna ville gärna hjälpa studenten att finna sin egen väg i det kliniska mognandet. Många studenter hade en liten patienterfarenhet och man ville ge studenterna möjligheter till att möta patienter. (*"Att känna sig hyggligt säkert i olika kliniska situationer måste man lära sig"*; *"Många känner inte så mycket till allmänläkarnas arbetsvillkor"*.)

Glädje/Lust. Alla tyckte att det var roligt att undervisa och att se att studenterna drar nytta av ett antal dagar på vårdcentralen var glädjande och belöande i sig. Studenterna var i allmänhet inspirerande och trevliga och man kunde ibland bli vän med studenten. (*"Det är roligt att undervisa och det ger mig tillfredsställelse att se studenten klara av nya saker"*.)

Personlig växt. I kontakten med studenten möter man ofta ifrågasättanden och öppna och nyfikna frågor. Det ger anledning till reflexion om det egna arbetssättet och praktiken. I grunden

Tema	Kategorier
Personliga omständigheter	Egna erfarenheter
	Framåtseende
	Intresse för studenternas kliniska utveckling
	Glädje/Lust
Strukturella förhållanden	Personlig växt
	Arbetsbelastning
	Vårdcentralens villkor
	Universitetsvillkor

Tabell 1.

Tema och kategorier som framkom vid analysen av intervjuerna med de "positiva" handledarna.

trivdes handledarna med sitt eget allmänläkararbete och undervisningsvanan och yrkeskunnandet upprätthölls genom studenters närvaro. (*"Jag tror att jag har blivit en bättre doktor själv sedan jag började undervisa"*.)

Temat **strukturella förhållanden** bygger på följande kategorier:

Arbetsbelastning. Många tar upp tiden som ett problem. Den dagliga arbetsbelastningen är stor och undervisning tar tid. Förberedelse, planering och efterarbete är drygt. Arbetstyngden måste vara rimlig för att man skall ta sig an studenter. Det måste vara möjligt att kunna göra sig fri från rutinsjukvården i perioder. Några intervjuade uppfattade att arbetspåfrestningen ibland användes som förevändning för att inte ta studenter. (*"Många kollegor är så stressade att de nog inte har tid för annat än patienter"*.)

Vårdcentralens villkor. Det är nödvändigt att handledningen är accepterad av vårdcentralens ledning. Handledning påverkar övrig personals arbete och ett generellt gillande bland personalen måste finnas. Det gäller särskilt sköterskornas attityd (särskilt de som ansvarar för patientbokning) och övriga kollegors inställning skall vara tillräckligt stödjande. Patienterna är som regel positiva till att

möta en kandidat. (*"På min vårdcentral är det en chef som stödjer det till 100% och då är det inga problem"*.)

Universitetsvillkor. Även om den ekonomiska ersättningen är liten så är den viktig. Pengarna är en symbolisk bekräftelse på att handledningen är väsentlig. De flesta av handledarna vet dock inte exakt vilka summor som ersättningen uppgår till.

Handledardagarna och kontakten med allmänmedicin uppfattas som viktiga. Mötena i Göteborg ger kollegial kontakt med goda meningsutbyten och de vidareutbildningsaktiviteter som då erbjuds är uppskattade. (*"Bra med handledardagar där man möter kollegor och kan diskutera vad som är bra och mindre bra"*.)

Diskussion

Studien visar att "positiva" handledare anger en blandning av personliga och strukturella villkor som avgörande för hur den egna inställningen är till handledarskapet och hur väl undervisningen faller ut. Båda villkoren behöver vara hyggligt uppfyllda för ett gott resultat.

Intervjuer gjordes av specifikt undervisningsintresserade och engagerade lärare, och inom gruppen fanns det en stor samstämmighet.

” Undervisning i primärvården ger studenterna en positiv uppfattning av allmänmedicin och många kandidater växer, både personligt och intellektuellt, under en tid på vårdcentral.

Studier från andra länder är i samklang med våra erfarenheter. Det är vanligt att handledare uppskattar studentkontakter och ser på undervisning som en viktig uppgift [5,6]. Undervisning i primärvården ger studenterna en positiv uppfattning av allmänmedicin och många kandidater växer, både personligt och intellektuellt, under en tid på vårdcentral [5,7,8].

Vi valde att göra ett urval av särskilt positiva lärare. Den selektionen innebär att en del av svårigheterna och motståndet mot handledningen inte blev kända. Många av de intervjuade hade dock varit engagerade i många år och träffat kollegor, både tveksamma och entusiastiska, vid flera tillfällen. De var därigenom hyggligt varse om de villkor som handledningen erbjuder. Vi tror inte att mer uppenbara avvisidor med studenthandledning blivit okända.

Göteborgs universitet har hittills bibehållit en frivillighet inför handledaruppgiften. Så är det inte överallt i landet – vid flera universitet finns ett obligatorium för vårdcentraler att ta sig an studenter.

Motivation och personligt intresse för studentundervisning varierar självklart stort bland handledare där ett obligatorium finns. Handledning kan upplevas mer betungande än stimulerande. Och att bli granskad och värderad av en student prövar också självkänsla och yrkeskunnande.

Genom vårt positiva urval av handledare har de intervjuade sannolikt upplevt en hög grad av frihet i sin berättelse och uppmärksamheten i intervjuaren är till-

fredsställande. Olika åldrar, kön och tid i yrket var representerade bland de intervjuade och det förstärker trovärdigheten i beskrivningarna.

En neutral och för handledarna främmande intervjuare (KK) är även en faktor som ökar pålitligheten av informationen. Det kan vara lättare att formulera kritik och mindre positiva synpunkter inför en mer okänd och oberoende person.

För att få en mer komplett bild av attityden till handledning bör allmänläkarna rekryteras ur en bredare bas. De allmänläkare som ifrågasätter och väljer bort handledning är en intressant grupp. Att tillfråga dem i en riktad intervjuundersökning innebär dock en form av negativt urval vilket är svårt att göra och skapar etiska svårigheter. En enkätundersökning med ett representativt urval av samtliga handledare kan vara ett möjligt projekt för att få mer kunskap. Den undersökningen återstår att göra.



Karijn Kleizen

Medical student,
Radboud University, Nijmegen, Holland
karijn@hotmail.com



Bengt Mattsson

Professor i allmänmedicin
vid Göteborgs universitet
bengt.mattsson@allmed.gu.se

Referenser:

1. Kleizen K. Motives and experiences of GPs teaching undergraduates medical students. A qualitative study of Gothenburg general practitioner teachers. Rapport, Sektionen för allmänmedicin, Inst. för medicin. Göteborgs universitet 2006.
2. Hellquist G, Rödger S, von Below B, Sveinsdóttir G, Björkelund C. Tidig yrkeskontakt stärker studenternas professionella utveckling. TYK - en ny kurs i läkarutbildningen i Göteborg. Läkartidningen 2005;102:2646-51
3. Wahlqvist M, Skott A, Björkelund C, Gause-Nilsson I, Dahlin B, Mattsson B. Konsultationen lärs bäst genom handledning i ett kliniskt sammanhang. Erfarenheter från en kurs i Göteborg. Läkartidningen 2001;98:3238-44
4. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24:105-112.
5. Hartley S, Macfarlane F, Gantley M, Murray E. Influence on general practitioners of teaching undergraduates: qualitative study of London general practitioner teachers BMJ 1999; 319:1168-1171
6. Mathers J, Parry J, Lewis S, Greenfield S. What impact will an increased number of teaching general practices have on patients, doctors and medical students? Med Educ 2004;38:1219-1228
7. A. Howe A. Teaching in practice: a qualitative factor analysis of community-based teaching. Med Educ 2000;34:762-768
8. Gray J, Fine B. GP teaching in the community: a study of their teaching experience and interest in undergraduate teaching in the future. Br J Gen Pract 1997;47:623-626

ANNONS

The Hippokrates Programme in Sweden: Trainee from Turkey visits health centre in Halmstad

The preconference with European trainees, WONCA 2004 – Junior Doctor Project was held in Amsterdam. After the conference I decided to apply for an exchange programme in Europe. My department supported me to participate in the Hippokrates programme, an exchange project among European trainees. I chose Denmark, Sweden and the Netherlands because I think these countries have strong and high quality primary care health services. I found the addresses of the host practices at the EURACT website. I sent an e-mail to Dr. Mats Rydberg who was working at the Bäckagårds health center, Halmstad, Sweden. He accepted me to come and visit his practice. I started my mini tour with a Danish Practice in Århus at the beginning of April 2005. The second week I got on the train from Copenhagen to Sweden. Dr. Mats Rydberg met me in Halmstad at the train station and he had made arrangements for me to stay in a room nearby the hospital. Incredible! The Turkish trainee was now in a nice sea-side city in Sweden.

Bäckagårds health center was a very big and modern building, which included the child and physiotherapy rooms and a modern laboratory. Dr. Rydberg introduced me to the other two very experienced general practitioners, one trainee, one medical student, many district nurses, physiotherapists and patients.

I followed the consultations as long as the patients accepted my presence. Sometimes, they preferred to speak English with us, but generally Dr. Rydberg interviewed first, then we discussed about talking, symptoms, decision and treatment. We looked at electronic

records, prescriptions and consultation notes together and it was an excellent experience for me. So, how was Swedish primary health care different from Turkish primary health care? I will mention two obvious differences. First, only a few Turkish primary care doctors have post-graduate education. Secondly, electronic records and laboratories are scarce in primary care units in Turkey.

I attended some other activities with Dr. Rydberg. We met with the nurses in an elderly home close to the host practice and we visited other neighboring practices and the hospital as well. Turkish patients generally go to hospital directly, so they are very crowded and noisy. I found few Swedish patients at the hospital.

I also gave a presentation to the doctors and other primary care health workers about Turkey, especially Turkish primary health care system and training education. They showed a great interest and asked many questions. What a great opportunity for me!

This wonderful week ended and I left Halmstad to go to other practices in Amsterdam. When I returned to my country I gave a presentation to my colleagues at our last national family practice meeting and sent an abstract to 2006 WONCA Congress in Florence about my experience. I keep in touch with other young doctors in this exchange programme and we share our experiences. I believe that discussing with them makes the exchange project more effective in reaching its aims.

I will never forget a very sensitive old Swedish lady. She told me that she very much liked my visit to her elderly home, considering I was coming from a country so far away. She cried out of pure



Nil Tekin, trainee in general practice from Turkey.

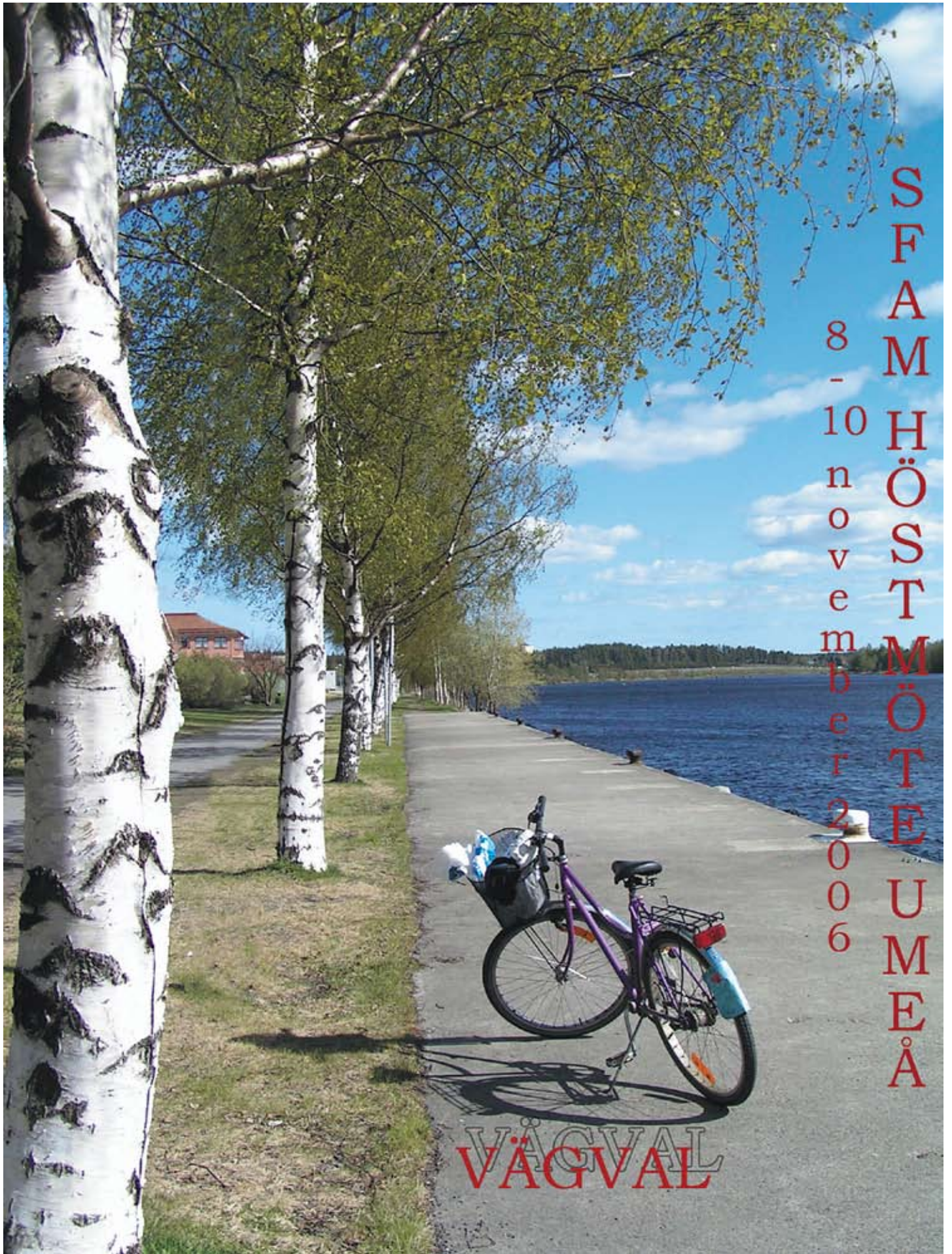
happiness! I was very touched by that experience, and that's the reason I have decided to work with elderly people in the future. Now I have finished my post-graduate education and I have chosen to work in a Turkish sea side city, İzmir and the biggest elderly home includes a geriatric care unit.

When I saw a Pippi Longstocking picture in the child room of Bäckagårds health center, I was very surprised. She was my hero when I was a child, because she was a strong, free and different girl which I wanted to become. But I didn't know the nationality and now I had encountered my old friend in Sweden. I believe other young European doctors also can find what they want, maybe old friends or maybe old dreams if they participate in this project.

I thank the Swedish doctors for this opportunity!

Dr. Nil Tekin
Family Physician
T.C. Emekli Sandığı İzmir Geriatric Care Center
Narlıdere/İzmir-TURKEY
ntekin@adu.edu.tr

ANNONS



S
F
A
M
H
Ö
S
T
M
Ö
T
E
U
M
E
Å

8
-
10
n
o
v
e
m
b
e
r
2
0
0
6

VÄGVAL

SFAMS HÖSTMÖTE 8–10 NOVEMBER 2006

På Folkets Hus, Idun, Umeå

Onsdagen den 8 november

10.30–12.00 **Studierektorsmöte**
Ordförandemöte
Rådsmöten (SFAM)
Examinandmöte

LUNCH

13.00–14.30 **Institutionsmöte**
Examinatorsmöte
Skrivningsgenomgång

13.00–15.30

Med patientens bästa för ögonen. Hur ser vi det bästa?

N Lynöe. (Ytterligare föreläsare annonseras senare via SFAMs hemsida.)

Vägvalen vi gör i verksamheten är ofta etiska val. Minskade resurser och experimentartade organisationsförändringar har ökat betydelsen av frågorna om prioriteringar och värdekonflikter. Andelen äldre vårdbehövande blir fler och den biomedicinska forskningens utveckling av nya behandlingsmetoder ökar kraven på oss inom vården att ta ställning.

KAFFE

16.00–18.00 **SFAMs årsmöte**

19.00 Buffé och musik på REX

Torsdagen den 9 november

08.00–09.00 **Registrering**

09.00–10.15 **Invigning**

Lars-Erik Edlund, professor i nordiska språk,
Levi Bergström, landstingsråd.

KAFFE

10.45–12.15

På jakt efter en bärkraftig allmänmedicin.

Linn Getz, norsk allmänläkare och företagsläkare på Island som under 2006 ska doktorera med avhandlingen "Bærekraftig og ansvarlig forebyggende medisin". Avhandlingen inneholder en original blanding av empirisk forskning og diskusjon av allmenmedisinens teori- og verdigrunnlag. Foredraget bygger

på denne avhandlingen. Det vil spenne fra en kritisk analyse av EBM innenfor preventiv cardiologi til en diskusjon av filosofien Heideggers bekymring over hvordan moderne teknologi kan komme til å sette så sterkt fokus på "det korrekte" at "det sanne" havner i skyggen. Begynner det å bli slik i medisinen? Er vi i ferd med å fremmedgjøre våre pasienter, og dermed også oss selv som leger, fra hva det betyr å være et menneske?

LUNCH

13.15–13.45 **POSTERVISNING**

13.45–15.15 (Sal 1–6)

① och ② **Redovisning av examensoppsatser i två parallella salar.**
Annonseras eftersom.

③ **Personligt möte eller doktor på nätet? IT i vården**

Fråga doktorn på nätet – erfarenheter, G Umefjord.

www.sjukvårdsrådgivningen.se LO Hensjö.

Klamydia, se D Novak.

④ **Har psykiatrin något att erbjuda primärvården?**

Frågan som är vårt huvudtema är provokativt ställd och vi hoppas den leder till en intensiv diskussion. Samarbete mellan SFAM och Föreningen för Konsultationspsykiatri, FKP.

Somatiseringstillstånd i primärvården, Marianne Rosendal, allmänläkare från Danmark.

Konsult på vårdcentral eller bara remisser? Ove Bodlund, psykiatriker med 10 års erfarenhet av psykiatri inom primärvården.

⑤ **Affektskola och mindfulness – två perspektiv att förstå sig själv och andra.**

Introduktion i affektteori, SO Andersson.

Fyra års erfarenheter av affektskola på vårdcentral, G Byström.

Pröva på affektskola, deltagarantalet begränsat till 30 deltagare.

⑥ **Att hitta sin egen väg – Hälsoundersökningar i Västerbotten.**

Forskningen har vuxit fram på egna villkor utan sponsring av annat än landstinget och är idag en stor forskningsbas i allmänmedicin.

Hur började det? L Weinehall.

Varför slutar inte kvinnor i medelåldern att röka?

G Lundqvist, M Norberg.

Metabola syndromet, B Lindahl, O Rolandsson, M Norberg.

En tungt vägande befolkning – forskning kring viktutveckling, föreläsare annonseras senare.

Teorin i praktiken – guideline – implementering,

E Fhärm, L Weinehall.

Nya riskmodeller, H Stenlund.

KAFFE

15.45–17.15 (Sal 1–6)

① och ② Årets avhandlingar i två parallella salar, annonseras eftersom.

③ Personligt möte eller doktor på nätet? IT i vården, forts. Snabba beslut med hjälp av nätet – beslutsstöd hjärta-kärl, M Persson.

Avståndet inget hinder för bedömning av en diabetesfot – telemedicin ett stöd, H Sandström.

Lär man sig något via nätet? Utbildning/handledning via telemedicin, A Lethi, G Westman.

④ Har psykiatrien något att erbjuda primärvården?, forts.

Posterutställning med rundvandring till utställarna som kortfattat berättar om sitt arbete.

Exempel från Vaxholm, Gagnef, Karlstad. Ungdomshälsan, Balintgrupp, FQ-gruppen Uggelörnen om hur vi handlägger de patienter som söker oss för psykiska och psykosociala problem.

⑤ Affektskola och mindfulness – två perspektiv att förstå sig själv och andra, forts.

Mindfulness, begrepp och praktik, O Schenström.

Hur kan vi använda mindfulness och affekter i arbetet som allmänläkare? Ett samtal mellan O Schenström och SO Andersson.

⑥ Här finns ett utrymme med hemligt innehåll – annonseras i oktober!

⑦ och ⑧ Årets avhandlingar i två parallella salar, annonseras eftersom.

18.30–19.30

Diplomering av examinander

19.30

Bankett med musik och god mat, överraskningar!

ÄPPLET, IDUN FH

Fredagen den 10 november

8.30–9.30

Läkemedel – Patientens, doktors eller medias val?

Om lobbyism bakom lanseringen av läkemedel.

A Larsson, medicinjournalist på SR, Ekoredaktionen.

9.40–11.10 (Sal 1–4)

① A fair share of health care – är tidsbanker något för oss i Sverige? G Martin.

Runt millennieskiftet startades de första tidsbankerna i Storbritannien. En av pionjärerna i London var Rushey Green Time Bank, belägen i en vårdcentral i den sydöstra stadsdelen Lewisham. Den startades i mars år 2000 av några distriktsläkare i samarbete med

The New Economics Foundation (NEF). Drivkraften bakom projektet var läkarnas frustration över att inte kunna göra annat än att skriva ut mediciner åt människor vars sjukdomar så uppenbart hade sociala orsaker. (Citat från Ordfront magasin 20040928) Nu har vi dom här!

② Beredd på vad som helst när som helst!

Reflexioner och erfarenheter kring glesbygdmedicin från en gammal uv, en ung och entusiastisk doktor och en doktor med erfarenhet från en annan kultur. C Andersson, M Kampitsch, M Beland C Made om Svensk förening för Glesbygdsmedicin.

③ RÅDSPLATS, SFAM. Innehåll annonseras eftersom.

④ ORDBYTE i verkliga livet

Ta chansen att se varandra i ögonen och debattera med de som syns på nätet! Regelverk kommer att upprättas. Ev.ordningsman!

⑤ Osteoporos – en folksjukdom, Å Bläckberg.

KAFFE och POSTERVISNING samtidigt med fikapausen.

11.30–13.00 (Sal 1–4)

① Allmänläkaren – offer för omständigheterna eller ledare för en utveckling? G Engberg, L Nordh.

② Beredd på vad som helst när som helst!

Glesbygdmedicin, forts.

Behövs hjälmen vid skidåkning? Uppföljning av skadade i Tärnaby/Hemavan under 16 år, C Made.

Porfyri och levercancer – för och emot screening, C Andersson.

Nocturi och vasopressin hos äldre, R Asplund.

Hälsobegrepp och sjukdomssyn bland samer, V Stenman.

③ RÅDSPLATS, SFAM. Innehåll annonseras eftersom.

④ Levande läkare, U Lindström.

En workshop där vi målar tillsammans – behovet av att känna sig levande kan uttryckas med att måla tankar och känslor runt sin arbetssituation. Begränsat antal deltagare.

LUNCH

14.10–ca 15.30

Kan man inte se bakåt, ja då får man se upp!

Ett samtal kring allmänmedicinens villkor och möjliga framtid.

Per G Swartling, Meta Wiborgh, Margareta Troein, Jonas Sjögren, Göran Westman.

15.45

Avslutning, överlämnande av stafettklocka

ANNONS

Om Läkarförbundet och framtida närsjukvård

DLF i Jönköping vill väcka debatt även inom SFAM med sitt svar på Läkarförbundets remiss om framtida närsjukvård.

Det är påfallande att dokumentet väsentligen saknar ett analytiskt resonerande sätt. I ett mycket stort antal av frågorna finns olika synsätt och olika för- och nackdelar med organisatoriska modeller. Nästan aldrig försöker utredningen väga olika mål och konsekvenser mot varandra för att motivera sitt ställningstagande.

Det är också påfallande att remisstiden satts så kort att medlemmarna inte hinna ta ställning / medlemsmöten kallas samman. Samma forcering skedde med remissen för förbundets sjukskrivningsprogram. Kort remisstid kan accepteras om andra instanser i tidspress efterfrågar läkarorganisationers synpunkter men här rör det sig om Läkarförbundets egen långsiktiga politik. Desto mer anmärkningsvärt är det att Läkarförbundet, trots den dåliga förankringen i beslutsprocessen, att få läkare kunnat ta ställning till förslagen, driver opinionsbildning offensivt som man gjorde i Almedalen i sjukskrivningsfrågan och nu planerar göra med sitt närsjukvårdsprogram, bl.a. i Almedalen.

Läkarförbundet löper således en stor risk att mer förknippas med ideologi-produktion än att i samhällsdebatten stå för sakliga medicinska bedömningar och evidensbaserade förslag i sjukvårdsorganisatoriska frågor.

Det är ytterst tveksamt att Läkarförbundet över huvud taget ger sig in i närsjukvårdskonceptet, som aldrig fått en bra, enhetlig definition eller baserats på en sjukvårdsideologi, där människors behov av grundläggande vård definierats. Punkterna på sid 7 är ju t.ex. sedan 25 år en del i primärvårdsbegreppet och inte någon avgränsning av närsjukvården.

Det är uppenbart att Läkarförbundet försöker föra in den specialiserade öppenvården i närsjukvårdskonceptet,

att göra subspecialiserad vård till första linjens sjukvård parallellt med s.k. primär närsjukvård. Det är ogenomtänkt. Istället skulle förbundet glasklart ha lyft fram distriktsläkarens/familjeläkarens roll, resonerat om samverkan med distriktssköterskan och vad hennes områdesansvar i förening med allmänläkaren betyder för människors grundläggande behov av bassjukvård. Vad tappar man genom en utveckling där subspecialisten kan väljas fritt i första linjens sjukvård, hur nära kan man på sikt hamna de forna öststaternas poliklinikelande? Problemet antyds inte ens.

Sjukvårdsorganisationen är i dagsläget redan komplicerad och svår att hitta rätt i för den vårdsökande. Alltför ofta hänvisas man till annan instans. Det är givetvis positivt med alternativ och konkurrens men det måste vara tydligt för invånarna hur man söker vård och vem som är ansvarig. Idag monteras varumärket "Vårdcentral" ner i många landsting och ersätts med sjukvårdsupplysning, närsjukvård, jourmottagningar m.m. Detta förslag är ett ytterligare steg i denna nedmontering. Om man vill att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och stå för närhet, tillgänglighet, kontinuitet m.m. krävs istället en tydlig satsning på att marknadsföra just vårdcentralen och att tydliggöra ansvaret för bassjukvården.

Förslaget vill lösa ett splittrat vårdutbud men förslagen snarast ökar det splittrade vårdutbudet med nya gränser professionellt – t.ex. mellan sjukhusläkare och familjeläkarorganisationen och mellan läkarinsatser i kommun respektive vårdcentraler. Man föreslår bl.a. att kommunerna ska kunna inrätta deltidsanställda läkare i äldrevården på servicehusen. Men vad händer utanför de köpta timmarna när äldre behöver tillsyn och akuta vårdinsatser? Integrationen med vårdcentralens allmänläkare och jour-system är fundamentalt. Kommunerna hade på många håll på 70- och början

av 80-talet timanställda konsultläkare. Urvalet av läkare var problematiskt, läkarinsatserna isolerade från annan vård och patienterna skickades in till sjukhus vid problem, särskilt när dessa konsultläkare inte var anträffbara. Nu vill Läkarförbundet införa en liknande modell och specificerar inte ens kompetensen på dessa föreslagna kommunala läkare.

Utredningen anser att framtiden kräver en kraftig utbyggnad av den öppna specialistvården. Det som istället skulle betonas är att samhället ska fullfölja de beslut om primärvårdssatsning som framgår av nationella handlingsplanen och riksdagsbeslutet om en allmänläkare per 1500 ind. Utredningen nämner inte att det kräver, inte bara omfördelning från andra samhällssektorer, sid 4, utan inom sjukvårdssystemet. Psykiatrin, som i utredningen nästan förbises, och primärvården måste få en ökad del av kakan och läkartjänsterna, det behöver förbundet vara tydligt med.

Utredningen föreslår att framtidens sjukvård ska bygga på beställningar, konkurrens och prestationer, vara taxebaserad till betydande delar, närsjukhusen konkurrensupphandlas etc. Denna sjukvårdsideologis nackdelar inte ens antyds. Det finns ingen konsensus bland läkare om en sådan sjukvårdsstruktur. Däremot mycken forskning på vad prestationsersättning och konkurrens kan leda till för nackdelar i patienturval, återbesök grundade på icke-medicinska faktorer, försämrade samverkan med andra aktörer och även malpractise.

Flera stora internationella utredningar visar att den svenska modellen står sig mycket bra medicinskt och i kostnads-kontroll, dock med brister i tillgänglighet, framför allt beroende på en för svag primärvårdsbas med för få allmänläkare. Jönköpings läns landsting, som i huvudsak fungerar med ett traditionellt budgets-system, står sig t.ex. mycket bra i olika jämförelser i Sverige, framhålls t.o.m. som en förebild i vissa avseenden. ►►

Det är anmärkningsvärt att Läkarförbundet inte redovisar läget i forskningen om olika organisatoriska modeller utan ger ett förslag som kan kasta ut sjukvården i nya förlamande, utmattande strukturförändringar som på intet sätt garanterar några vinster i medicinskt hänseende, vad gäller kostnadskontroll eller arbetsmiljö för de olika professionerna. Sådana experiment som Läkarförbundet föreslår har vi sett nog av de senaste 15 åren.

Läkarförbundet integrerar Protos i sitt system. Det kan då sägas att en tidning som Dagens Medicin 3/06 bedömer Protosförslaget som ”stendött”, inget landsting vill pröva det och inget av regeringsalternativen tänker driva det framgent.

Läkarförbundet måste på alla sätt stödja svaga områden som allmänmedicin och psykiatri och kräva att dessa sektorer får nödvändiga resurser och styrmedel för att säkra personalrekrytering, inte minst läkare, men får akta sig att bli fullständigt isolerade i samhället genom att driva Protosförslaget som nu på många sätt är överspelat.

Utredningen påstår att det tilltänkta närsjukvårdskonceptet skulle främja utvecklingsarbete och utbildning. Det är knappast troligt. Tvärtom har klinisk forskning påverkats negativt av köp- och säljsystem, där sådan införts och marknadsanpassning med konkurrens och prestationskrav har i sig en benägenhet

att tränga ut långsamma, icke inkomstgenererande aktiviteter som forskning och utbildning. Norges Fastlegesystem upplevde bl.a. de problemen.

Sammanfattningsvis bör inte Läkarförbundet lägga fram detta närsjukvårdsprogram. Det är inte till hjälp för primärvårdsutbyggnaden och allmänmedicinen och det marginaliserar Läkarförbundet i samhällsdebatten.

Styrelsen för DLF i Jönköpings län genom Kjell Lindström, ordförande
kjell.lindstrom@lj.se



Norsk forening for allmenmedisin

Det har i Norge blivit obligatoriskt för legeföreningens medlemmar att vara med i en specialitetsförening. NSAM och fagutvalget i Aplf (Alment praktiserende lægers forening) har därför slagits samman till Norsk forening for allmenmedisin. Aplf byter namn till Allmenlegeforening og blir en renodlad fackförening från och med 1 januari 2007. Tidigare vara bara 10% av Norges allmänläkare med i NSAM och den nya föreningen innebär helt nya förutsättningar för ”fagutvikling” av norsk allmänmedicin. Samtidigt har den norska regeringen signalerat att man vill ge bidrag till att etablera fyra nya forskningsenheter för allmänmedicinen och att denna satsning skall ske helt på allmänmedicinens egna premisser i nära dialog med allmänläkarna. Glädjande besked för de norska allmänläkarna således.

Gisle Roksund, som var ordförande i NSAM, har blivit ordföranden NFAM. Han skrev i fjol under ett omdiskuterat opprop ”Leger mot økt kommersialise-

ring og korrupsjon” och blev i höstas intervjuad i Tidskrift for Den norske legeförening. Här följer ett utdrag på norska:

Er leger korruperte?

– Du fremstår og fremstilles som en samarbeidsvillig og fredsæl mann. Likevel skrev du under på det mye omdiskuterte oppropet i fjor vår. Hva slags leder er det som stempler sine egne som skurker?

– Jeg har ikke stemplet noen. I så fall har jeg også stemplet meg selv. Jeg er blitt klokere med årene, f.eks. ved at jeg sluttet å reise på såkalte smøreturer for snart 15 år siden. Det er pinlig når leger bruker begrepet «smøretur» seg imellom, som om det var greit. Jeg tror jo mine kolleger har vært mer naive enn grådige, men nå er det blitt vanskeligere å påberope seg naivitet. Ellers er korrupsjonsbegrepet mest interessant på et overordnet nivå innen faget. Vi ser hvordan legemiddelindustrien påvirker bruken av forskningsresultater. Jeg oppfattet oppropet som en betimelig anledning til å vise om-



Foto: Marianne Loraas

Gisle Roksund, ordförande i NFAM.

verdenen at leger har gangsyn og evne til å se seg selv i kortene. Det bør presiseres at jeg skrev under som privatperson, ikke som NSAMs leder. Men hovedinnholdet i oppropet er i tråd med NSAMs politikk slik den har vært siden stiftelsen. NSAM har i høst tatt initiativ til at forholdet mellom faget og legemiddelindustrien også blir satt på dagsordenen i WONCA. Det er jeg stolt av.

Anders Lundqvist

ANNONS

ANNONS

Makeovermani

– om Dr Phil, plastikkirurgi och illusionen om det perfekta jaget

Den här titeln är en av de mest spännande jag träffat på under den senaste tiden. Jag förväntade mig undersökande journalistik som drar ner byxorna på alla dessa krämare och nasare som lyckas byta ut sina skramlande marknadsvagnar och tält mot flotta mottagningar på respektabla adresser.

Jag ville ha text som häcklar dessa kräk som livnär sig på människans rädsla att inte duga. De som skapar en kultur som får unga människor att utsätta sig för operationer för att de skall likna en förebild, utan att de för den skull, har något som kan anses som en defekt över huvud taget.

Men det visar sig att mina förväntningar inte infrias. Thomas Johansson, som författat denna bok, har inte alls moraliserande som en av sina avsikter. Lugnt och akademiskt korrekt för han sin diskurs och placerar med säker hand sina studerade objekt i ett idéhistoriskt sammanhang. Det blir en resa som startar i psykoterapins barndom och fortsätter rakt igenom några av de mest kända skolbildningarna för att hamna i dagens allena rådande terapiform, KBT.

Några intressanta och personliga utsiktspunkter erbjuds även. Där liknelsen av Dr. Phil som ”byggare Bob” ger en tydlig bild av begreppet ”quick fix”. Psykoanalytikern Otto Rank och Anais Nin får illustrera bilden av ”livet som konstverk”, en något mer tidskrävande historia. Samtidigt erbjuds förståelse för hur alla dessa nutida, till synes vetenskapligt välunderbyggda kroppsskulptörer, problemlösare och personlighetsutvecklare egentligen står på lös grund. I stället bygger de på en välutvecklad och gammal suggestiv tradition, vars arketyper torde



Makeovermani – om Dr Phil, plastikkirurgi och illusionen om det perfekta jaget
 Thomas Johansson
 Natur och Kultur
 ISBN: 91-27-10798-1 Ca-pris: 276:-
 Bandtyp: Inbunden
 Sidantal: 240
 Utgivningsår: 2006

vara ”frikyrkopastorn”. Ett exempel är Dr Phil som i sin första ”livslag” säger: ”Antingen fattar du det, eller också inte.” Min tolkning är att man förstår om man håller med Dr. Phil. Följdriktigt måste man missförstå för att inte hålla med honom. En klassisk dubbelbindning och suggestion alltså! Vi har ju prestige och självkänsla kring det här med att ”förstå” och vill ju gärna hamna i gruppen som ”förstått”. Då kan man komma att hålla med Dr. Phil utan att riktigt vara på det klara med hur det gick till. Så som man kan bli medryckt av dammsugarförsäljare och frikyrkopastorer.

Några välkända artister inom människoomdaningsindustrin går igenom. Diverse plastikkirurger, Jane Fonda, Dr Phil, Bruce King (bantning), Deepak Chopra och en hel del andra. Kopplingar påvisas mellan dessa och olika filosofiska eller terapeutiska riktningar.

Det är välskrivet och intressant, korrekt. Förvånansvärt opolemiskt trots ämnets inneboende konfliktpotential. Jag blir inte klok på om jag skall beundra Tomas Johansson för att han lyckas undvika alla pekpinor och åsikter, eller om jag skall se det som en brist. En medveten hållning är det, tydligt redovisat i epilogen. Jag väljer att tolka det som ett medvetet sätt att undvika ett alltför starkt strålkastarljus på den egna personen till förmån för innehållet i boken. Det omvända gäller alla de personer han beskriver och deras verk. För dem blir uppmärksamhetens storlek och den ekonomiska framgången ett bevis på teoriernas och tankarnas legitimitet. Jag tycker att i stället skulle den här boken uppmärksammas!

Thomas Johansson är professor i socialpsykologi, verksam vid institutionen för socialt arbete och centrum för kulturstudier i Gbg Universitet. Han har tidigare publicerat läroböcker i bland annat kultursociologi, socialpsykologi och psykoanalys samt en rad böcker och artiklar inom ungdomsforskning, familjeforskning och mansforskning.



Thomas Johansson

Foto: Hillevi Nagel

Hans Händel
 handel.hans@telia.com

ANNONS

Kognitiv terapi i läkarpraktiken: Handbok för läkare

Hör du till dem som under senare år förstått att kognitiv terapi är viktig men som ännu inte haft tillfälle att utforska den och ta till dig det goda? Tror du att man måste vara psykoterapeut för att använda metoden och att den därmed begränsar den sig till de få lyckliga patienter som lidit sig igenom årsånga väntetider?

Författarna till den här boken visar oss, att vi inte behöver misströsta. Vi får en genomgång av den kognitiva teorin och modellen ur läkarens fokus. I inledningen påminns vi om det samspel människan lever i: Kroppssignaler står i samklang med känslor, tankar och beteende. Det kallas den kognitiva modellen och är ett hjälpmedel för att sätta in sakerna i en begriplig ram. För läkaren är det tilltalande att bakgrunden är fysiologiska skeenden i kroppen, som kan förklara patientens såväl som läkarens egna reaktioner. Stor vikt läggs vid att utbilda patienten till att förstå och ta hand om sina egna reaktioner. Kognitiv terapi ligger väldigt nära den goda konsultationen, där patient och läkare möts för att gå vidare tillsammans på ett sådant sätt att patienten stärks i sin förmåga att göra väl underbyggda val. Läkaren förutsätts undervisa patienten så att han/hon förstår vad som sker när vissa kroppsliga signaler blir tydliga. Vilka tankar far igenom ditt huvud när det känns så i kroppen? Vad föreställer du dig? Vad är det värsta som kan hända?

Empatiskt lyssnande är en förutsättning för den kognitiva modellen. I boken ges en formel för hur man bygger upp samtalet. Inledningen av samtalet ska vara utformad som en hypotes att pröva (det låter som om...). Därefter ska känslorna identifieras utifrån det som läkaren ser och hör (du är rädd) och till sist behandlas de tankar som ur patientens perspektiv utgör fakta (eftersom du inte tror att du blir frisk). Samtalet fortsätter i kollektiv empirism.



*Kognitiv terapi i läkarpraktiken.
Handbok för läkare*
Irene Henriette Oestrich, fil dr
psykologi, Danmark
Nils Kolstrup, allmänläkare, Norge
Studentlitteratur 2005
179 sidor
ISBN 91-44-03788-0

Bokens olika kapitel ger oss struktur att arbeta efter. Vi får en fyllig bild av behandlingsplan, grundläggande bedömning och metoder i kognitiv terapi. Senare halvan av boken tar upp specialområden som kognitiv behandling av ångesttillstånd, kriser, depression och somatoforma tillstånd. Framtida utveckling med Internetbaserad och datorstödd kognitiv terapi berörs också.

Att boken är översatt från danska märks på flera sätt. Villkoren i samhället är anorlunda. Några sakfel har förvånande insmugit sig angående pulsfrekvens som påstås öka från 180 till 220 vid ilska och vid genomgång av affekterna, där man uteslutit den viktiga affekten skam.

Läser du boken får du troligen liksom jag lust att gå vidare med kognitiv terapi. Handboken ger mycket att arbeta vidare med, både tankemässigt och rent konkret som arbetsblad och hänvisning till relevanta hemsidor.

Gunilla Byström
Örnsköldsvik

Kognitiv psykoterapi i primärvården

Efter att jag recenserat boken *Kognitiv terapi i läkarpraktiken* läste jag denna bok. Psykoterapi är en behandling med psykologiska medel, dvs. tankar, känslor och handlingar. Behandlingen baseras på teorier om emotionella störningars uppkomst och utförs av en utbildad person. Psykoterapiarbetets grund är samarbetsalliansen med patienten, bestående av överenskomsten om behandlingens mål och handlingsplan samt samstämd personkemi.

Boken är systematisk, innehållsrik och stundtals mycket detaljerad. Väl beskrivna tillämpningar finns om depression, ångest, paniksyndrom, somatisering, långvarig smärta, social fobi och dåligt självförtroende. Skattningsskalor och andra fiffiga hjälpmedel finns i ett omfattande appendix. Texten är ingenting man sträckläser. Om jag trodde att jag direkt skulle kunna börja tillämpa det jag läst så blev jag besviken. Det skulle ta oproportionerligt lång tid att försöka behandla själv. Jag skulle behöva omfattande kurser och handledning. Boken är avsedd för blivande psykologer och psykoterapeuter. Det är fascinerande att blicka in i denna värld av begrepp och behandlingsmönster. Jag tror att jag skulle ha haft betydligt större nytta av att läsa *Det kognitiva samtalet* av samme författare.

*Kognitiv psykoterapi i primärvården
– ett samarbetsprojekt med patienten*
Giacomo d'Elia
Svenska Föreningen för Psykisk Hälsa
2000

Gunilla Byström
Örnsköldsvik
gunilla.bystrom@lvn.se

ANNONS

NKI-P

Nationella kvalitetsindikatorer Primärvård

Att anställda i sjukvården är skyldiga att medverka till kvalitetssäkring av vården vet alla, ändå är det påfallande få som ägnar sig åt att granska den egna verksamheten. I våra FQ-grupper pågår förvisso på sina håll aktiviteter som beskrivs av kvalitetshjulet (mätning av hur jag gör, reflexion över hur jag borde göra, ny mätning för att se om jag ändrat min praxis), ibland med tillämpning av audit-metoden som de senaste åren administrerats av Fammi. Totalt sett är det dock i alltför liten utsträckning för att vi skall kunna säga oss veta hur vi gör i primärvården.

Utvecklingen av kraven från huvudmännen är glasklar – vården skall visa upp sina resultat och dessa måste vara tillgängliga för allmänheten. Vi gör motstånd och säger att allmänmedicinen till sitt väsen är för svårfångad, vår behandling är alltid individuell och kan inte jämföras i siffror med behandling av andra individer, och dessutom är medicinska resultat i hög grad beroende av socioekonomi hos våra listade patienter.

Medan vi stretat emot har ett antal Nationella kvalitetsregister sett dagens ljus, för närvarande finns 57 stycken som erhåller ekonomiskt stöd från samhället. Flertalet är smala, andra täcker folksjukdomar som diabetes, stroke, hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Nationella diabetesregistret (NDR) är mest känt för oss allmänläkare. I Östergötland rapporterar alla till NDR eftersom det satts en prislapp från beställarna. Men är det kvalitet som beskrivs, och hur är det med möjligheterna för den enskilde allmänläkaren att se sina patienter i resultaten?

Många vill nu att primärvården ansluter sig till de nationella sjukdomsregistren, men det faller på sin orimlighet att allmänläkaren skall fylla i formulär till fyra, fem eller kanske tio olika register.

Detta har SFAM-Q funderat mycket över, och när nu Fammi valde att under sin sista period satsa på kvalitetsindikatorer i primärvård har SFAM-Q gått in aktivt i arbetet. I samverkan med övriga professioner i primärvården har man nu en projektplan för NKI-P som har ett starkt stöd från Sveriges Kommuner och Landsting, från Socialstyrelsen och från Socialdepartementet. Man skall välja ut vettiga sätt att mäta allmänna kvalitetsindikatorer som tillgänglighet och patientupplevd kvalitet så att vi får nationellt jämförbara data istället för de olika system som nu finns i landstingen. Vidare skall man välja ut vilka befintliga sjukdomsregister som är av värde för oss att delta i, man skall konstruera nya kvalitetsindikatorer för hemsjukvård och man skall försöka hitta tekniklösningar som ger minimal arbetsinsats och maximal nytta för den rapporterade medarbetaren.

Att jag skriver detta nu är för att väcka liv i diskussionen när vi står inför ett vägval. Är allmänläkarna beredda att vandra längs den väg som kort beskrivits ovan? Huvudmännen har visat stor vilja att satsa pengar på NKI-P, men viljan är till viss del förknippad med kravet att vi arbetar tvärprofessionellt. Argumentet för ett engagemang är att vi då har initiativet och kan vara med och styra vad och hur vi mäter vår verksamhet. Att lämna "walk over" är att lämna fältet fritt för sjukvårdsadministratörer att bestämma i dessa frågor, och det finns redan många avskräckande exempel på hur det går då. Är vi mogna att ta steget mot ett tvärprofessionellt arbete tillsammans med de övriga professionella organisationerna i primärvården?

Fammi upphör vid kommande årsskifte, och vi måste inom SFAM under hösten ta ställning till vilken strategi

vi skall följa i denna fråga. Detta blir självfallet en stor fråga på höstens fullmäktigemöte, och det är viktigt för den demokratiska processen att medvetenheten bland våra medlemmar höjs i god tid innan.

Informationen om NKI-P kommer att spridas av projektgruppen i Fammi, redan nu finns en del att läsa på deras hemsida. Ta upp frågan i din lokala SFAM-förening, skriv på Ordbyte och hör av dig till SFAMs styrelse!



Gunnar Carlgren
Styrelseledamot, SFAM
Gunnar.Carlgrén@lio.se

SFAM-Q bjuder in till nationell kvalitetsdag

Torsdagen den 12 oktober 2006
Nürnberghuset i Stockholm.

Tema för dagen: vi lär av varandra.
Spelar det någon roll om vi jobbar med levnadsvanor?

Prioritera i primärvård – hur går det till egentligen?

Datajournalen – går det att göra det enkelt att få ut sina resultat?

Läs mera på <http://www.sfamq.com/>

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@lg.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
tomas.fritz@sl.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

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

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Mikael Lilja
mikael.lilja@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 Falck
lars.falck@skane.se
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@sspo.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@dfnr.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:
Skeppsbron 34
111 30 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@ks.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@klinvet.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
Marieholmshuset 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
4	8/8	20/9
5	19/9	1/11
6	31/10	13/12

Förändring

Inser plötsligt, så som perceptionen fungerar, (saker ackumuleras, man samlar på sig, inser till sist plötsligt det man sedan länge vetat, känt) inser alltså plötsligt, att listan är för stor.

I 600 patienter på en lista är för mycket.

För mycket helt enkelt.

Det är därför det är så svårt, går så tungt, inte hinns med för mig. Och för de flesta andra, särskilt de som både vill se sina patienter och sköta uppföljningar, vara delaktiga i arbetsplatsens utveckling och ta ansvar för sin egen kompetensutveckling.

Upplevelsen är inte konstig, den äger sin giltighet. Det hände antagligen för flera år sedan, men gled förbi. Man sänkte blicken och gnetade ännu ihärdigare, men efter flera misslyckanden och väggar...

Ansvar har staplats på primärvården från omvärlden, försäkringskassan, sjukhuskliniker, kommunen, socialpsykiatri. Länge.

Att vara allmänläkare är inte att vara den som inte hinner, som alltid stressar, alltid sitter kvar, är sist in och först ut vid alla kafferaster och alltid har mest bråttom när någon vill sticka in en fråga, eller den som sällan kommer när man ska mötas på arbetsplatsen för att diskutera utveckling, FYSS, rehabilitering med försäkringskassan eller flyktinghälsovård.

Är inte eller borde i vart fall inte vara. Eller?

Att vara allmänläkare är, eller borde vara att självklart ta plats, ta initiativ, genomföra samtal, leda den medicinska verksamheten genom arbetsplatsen och organisationen.

I 600 är för mycket. Vad gör man då? Man kan slåss på alla plan, med sig själv och på arbetsplatsen, för delegering, sanering av rutiner, prioritering, gentemot

sjukhuskliniker och försäkringskassa osv...

Allt det är viktigt men ofta just det man inte orkar, inte hinner... Det är inte tillräckligt och inte rätt början.

Vi som ska ta hand om människor måste också ha en bild av hur de villkor ska se ut under vilka vi själva kan prestera det vi ska, vill, kan. Utan det kan inte primärvården varken rekrytera eller leverera.

Att minska listan från 1600 till 1200 kostar pengar. Men är ett billigt sätt att möjliggöra en fungerande primärvård.

Jag menar inte detta som något slags appell, tänker inte starta någon namninsamling, något utrop eller starta någon facklig process. Jag tänker inte bilda parti eller idka lobbying mot politiker, vill inte att frågan hamnar i långbänk eller tar plats i given polarisation mellan politiska trätobröder. Men jag skulle önska att vi kände efter, tänkte efter och talade om det.

I 200 på listan. Det man talar om finns. En förändring kan genomföras.

Enkelt, mjukt, självklart, som när rodret läggs om för en ny kurs genom vinden...

Ett vinnande vägval... Nu!



Johan Mattson,
Härnösand
johan.mattson@lvn.se

2006

Juli

Introduktionskurs i Kognitiv terapi för personal i primärvård
Dubrovnik 2-8 juli. www.wisemind.se

Augusti

Royal New Zealand College of General Practitioners' Annual Conference
Auckland 11-13 aug.
www.rnzcgp.org.nz

ASK-seminarium.

Kontinuerlig kompetensvärdering för allmänläkare
Abisko 25-27 aug.
polarull.svartholm@telia.com

Wonca Europa

27-30 aug. Florens

September

Wonca Rural Health Conference

Seattle/Anchorage, 8-15 sept.
www.ruralwonca2006.org

Kritisk värdering av läkemedelsinformation

12 sept. Healthy Skepticism. Peter Mansfield, Australien. Svenska Läkar-sällskapet, se annons.

15th "Bled" Course

Slovenia, 19-23 sept.
Learning and teaching about community orientation in General/Family Practice in Bled.
För information <http://www.drmed.org/novica.php?id=8649>
Kontakta: janko.kersnik@s5.net

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly

Washington D.C. 27 sept.-1 okt.
www.aafp.org

Nationella termdagar om medicinsk informatik

28-29 sept. i Kalmar. "Att greppa och begripa begreppet, medborgarperspektiv och fackspråk". Mer info kommer så småningom på www.sfmi.org. Kontaktperson: Olle Staf, olle.staf@ltkalmar.se

Kurs i konsultation och videosu-pervision på Kalymnos, Grekland

29 sept-6 okt.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Oktober

Hur kompetensutveckling kan bli effektivare - nya strategier för kompetensutveckling inom primärvården

3 okt., Södra Berget i Sundsvall. Primärvården Västernorrland tillsammans med Fammi arrangerar nationell konferens. Kontaktpersoner: gosta.eliasson@fammi.se anderslundqvist@lvn.se

Fjärde årliga Ersta Colorectal Symposium - tema divertikulor

5-6 okt. Se vidare www.erstahospital.se/symp

Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Assembly

Brisbane 5-8 okt. www.racgp.org.au

Nationell kvalitetsdag

12 okt., Nürnberghuset i Stockholm. SFAM-Q arrangerar Nationell kvalitetsdag. Info: kjell.lindstrom@lj.se

November

Vägval, SFAMs höstmöte
8-10 nov. Umeå, se program.

Wonca Asia Pacific Regional Conference

4-9 nov. www.thaifammed.org

Lægedage Köpenhamn

13-17 nov. www.laegedage.dk

Riksstämman

Göteborg 29 nov-1 dec.
www.riksstammangoteborg.se

2007

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



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