

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER I 2006 ÅRGÅNG 27



Vårdlotsar och hälsocoacher /sid 13

Allmänläkares tumregler/sid 7 • Patienters förväntningar, farhågor och känslor inför läkarbesöket/sid 20

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se. Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till anders.lundqvist@lvn.se



Bildtips!



Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn.

Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.

Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning.

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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

SFAM.L granskar kolinesterashämmare och SBUs demensrapport.

Avhandling – Erytema migrans i primärvård

Avhandling – Hör amning hemma i familjeläkarverksamheten?

Omslagsfoto: Per Lundblad

3 Ledare

Bristande tillit – vår utmaning – *Anders Lundqvist*

5 Avhandlingar

Läkares förmåga till kroppsempati utforskas
Cecilia Ryding

Allmänläkares tumregler – *Malin André*

Allmänläkarens mångbesökare – *Håkan Bergh*

11 Debatt

Fungerar primärvård och evidensbaserad medicin i primärvård? – *Lars-Erik Adolfsson*

Vårdlotsar och hälsocoacher – nya medspelare i vården?
Staffan Olsson

Järhults spaning, inget land i sikte! – *Björn Olsson*

Allmänmedicinens framtid – en vision – *Bengt Järhult*

Svensk förening för Glesbygdsmicin slåss för egen specialitet och organisation – *Curt Made*

Den positiva omformuleringskonst.

ST-forum – fågel eller fisk? – *Hans Händel*

20 ST-opsats

En intervjustudie i primärvården. Patienters förväntningar, farhågor och känslor inför läkarbesöket

Fredrik Alsén och Andrée Wennstig

21 Konferens

Klarar vi att ta fullt ansvar för vår förskrivning?

Agneta Hamilton

24 Fortbildning

BMJ learning – IT-stött lärande när det är som bäst

Staffan Olsson

Riksstämman med allmänmedicinsk profil

Anders Lundqvist

2006 – endnu et fantastisk år för WONCA!

Allan Pelch

29 Utbildning

Läkarkåren alltmer internationell – *Stig Andersson*

31 Konferens

Från Hippokrates till framtidens allmänmedicin

Monica Lindh

Vasco da Gama – ny organisation för blivande allmänläkare inom EU:s gränser – *Pontus Stange*

35 Recensioner

Svensk lärobok om reumatiska sjukdomar – *Roland Morgell*

Zick-zack genom Medicinkyrkan – *Christer Petersson*

Bra bok om äldre multisjuka – *Peter Olsson*

39 SFAM Mellanskåne

Skånsk jordmån. Att växa – eller fastna i? – *Inge Carlsson*

41 SFAM informerar

Nytt år – nya utmaningar – *Annika Eklund-Grönberg*

Kontaktpersoner

44 Krönika, kalendarium

Sleven i grytan – *Pär Säberg*



Monica Lindh och Pontus Stange rapporterar från WONCA, Kos. Sidan 31



Allmänläkarens mångbesökare. Läs om Håkan Berghs avhandling på sidan 9.

”Jag efterlyser härmed det första postmoderna vårdprogrammet och väntar med spänning.”

Fungerar vårdprogram och evidensbaserad medicin i primärvård? Den frågan ställer sig Lars-Erik Adolfsson. Sidan 11



Peter Olsson recenserar bok om äldre multisjuka. Sidan 37

ANNONS

Bristande tillit – vår utmaning

Jag upphör aldrig att förvånas över alla nya begrepp och företeelser i den svenska hälso- och sjukvården. En mängd aktörer lanserar olika förslag till lösningar i en tid av sjukvårdspolitisk vilshenhet efter den nationella handlingsplanens haveri. Trots Protosförslaget verkar familjeläkaren ha hamnat utanför rampljuset igen, efter en kort renässans kring millennieskiftet. Istället vinner närsjukvården mark som begrepp, och allmänmedicinen riskerar att få en alltmer undanskymd roll. Utvecklingen oroar mig.

Stefan Fölster m.fl. från Svenskt Näringsliv tyckte i en debattartikel i DN 2005 att varje medborgare skulle ha en personlig vårdkoordinator. I beskrivningen av vad den ”nya” funktionen skulle innebära kände jag igen mina uppgifter som familjeläkare. Förutom andra funktioner som inryms i begreppet personlig läkare, så är jag den som både hjälper mina patienter med de flesta av deras problem, och som även fungerar som lots i sjukvårdssystemet. Ett annat exempel på gränsöverskridande begrepp är Apotekets hälso-coacher. När den verksamheten startade ökade tillströmningen av oroade patienter till vårdcentralerna.

Varför har man så låg tilltro till primärvårdens roll i det här landet, att man hela tiden måste hitta nya lösningar? Primärvården som begrepp och företeelse har blivit alltmer ifrågasatt, på en del ställen till och med osynliggjord. Det vagt definierade närsjukvårdsbegreppet lanseras i allt fler verksamhetsplaner och framtidsvisioner. Behovet av samordning, kontinuitet,

patientcentrering med mera beskrivs välformulerat, medan det saknas tilltro till familjeläkarens avgörande betydelse i sammanhanget. Den personlige läkaren tycks vara en företeelse som i den offentliga debatten omhuldas enbart av oss själva och Folkpartiet, trots att förmodligen merparten av de dryga 40% av Sveriges befolkning som har tillgång till en personlig läkare insett fördelarna, liksom befolkningen i Norge. I dagens sjukdomspanorama präglad av tillitsbrist borde den personlige läkaren vara starkt efterfrågad.

Det är uppenbart att storstadsperspektivet är förhärskande i sjukvårdsdebatten. Det komplexa vårdutbudet gör att fokus snarare ligger på flöden och gränssnitt i vården än på själva patient-läkarrelationen. Det stora antalet vårdkontakter i primärvården som inte leder till remiss förblir en anonym siffra i statistiken, i den utsträckning de ens kommer med. Betoningen ligger på sjukdomar och vårdprogram, istället för människors behov av personlig och tillitsfull vård. Tillgänglighet prioriteras långt mer än kontinuitet.

På Sveriges Kommuner och Landstings hemsida www.skl.se kan man läsa statistik om antal läkarbesök per invånare och år i olika delar av landet. Dalarna ligger lägst med cirka 2,1 besök per invånare och år och Stockholm högst med 3,5 besök. Sannolikt är inte stockholmarna sjukare än dalmasarna i motsvarande grad, utan skillnaden är uttryck för olika vårdstrukturer och tillgång på läkare. Professor Barbara Starfield vid Johns Hopkinsuniversitetet i USA har bland annat vid en

konferens i Linköping presenterat evidens för att primärvården bidrar till att göra hälso- och sjukvårdens mer effektiv. Befolkningen i områden med hög andel allmänläkare men utan hög tillgänglighet till övriga specialister har bättre hälsa och billigare vård. Varför vågar våra politiker inte dra rätt slutsatser av detta?

När Fammi upphör i slutet av detta år förlorar primärvården en viktig stödfunktion. SFAMs uppgift att företrädare den personcentrerade allmänmedicinen i samhällsdebatten blir då än viktigare. Det arbete som gjorts i Fammi för familjeläkarna och primärvården i stort måste tas till vara och vidareutvecklas. Här finns en stor utmaning för SFAM att hitta nya möjligheter. Vi måste förbättra marknadsförandet av allmänmedicinen. Kanske dags för våra amerikanska kollegors slogan ”We specialize in you!” att få sin svenska motsvarighet?



Anders Lundqvist

Foto: Jesper Hegestam

ANNONS

Läkares förmåga till kroppsempati utforskas

Den 3 mars 2005 försvarade jag en licentiatavhandling med titeln: "Läkares kroppskänedom – på väg mot utforskandet av kroppsempati" vid avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs Universitet.

Läkare tränas i sin utbildning att bedöma symtom i relation till biomedicinsk kunskap. Många patienters symptompresentationer passar dock inte in i den medicinska klassifikationstabellen.

När patienten söker läkare för att få hjälp eller en förklaring är det för att upplevelsen av den egna kroppen har förändrats på ett besvärande eller hotfullt sätt. Den kropp som varit en självklar bakgrund för hur jag upplever världen har förändrats.

En medicinsk diagnos ställs i två led. Det första är att försöka leva sig in i patientens upplevelse. Det andra är att med hjälp av den biomedicinska kunskapen

tolka upplevelsen. Om det första ledet inte uppmärksammas hotar detta såväl kontakten med patienten som diagnosens precision.

Vår utgångspunkt har varit att läkares egen kroppskänedom är viktig för att förstå patientens beskrivning av en förändrad kroppsupplevelse. Vi kallar det kroppsempati.

I dessa arbeten har vi utgått från ett sjukgymnastiskt rörelsetest (BAS) som anpassats för friska försökspersoner (arbete 1) och utifrån en intervju där läkarna fått beskriva upplevelsen av den egna kroppen. Vi har jämfört kroppskänedom enligt rörelsetestet och i intervjun (arbete 2) och efter en kvalitativ analys av intervjuerna (arbete 3) formulerat en teori för kroppsupplevelse.

Cecilia Ryding, Stockholm
cecilia.ryding@telia.com



Avhandlingens titel: Läkares kroppskänedom – på väg mot utforskandet av kroppsempati.

Institution: Institutionen för samhällsmedicin, avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet.

Disputand: Cecilia Ryding.
tel: 070-7528858.

Huvudhandledare: Med dr Carl Edvard Rudebeck.

Biträdande handledare: Professor Bengt Mattsson, avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet.

Nyckelord: Kroppsempati, Kroppskänedom, BAS-H, Intervju om kroppsupplevelse.

Notis

Kan doktorn komma? Studiebrev Hemsjukvård

Hur kan vi utveckla vår roll som läkare för de allt sjukare patienterna i hemmen? Hur kan vi ta ansvar för dem, som inte själva kan ta kontakt?

Familjeläkaren – medicinsk ledare i hemsjukvården är ett dokument utarbetat av en grupp familjeläkare i samverkan med Fammi. Det är antaget av SFAMs styrelse som ett policydokument. Dokumentet finns med i sin helhet och är utgångspunkt för studiebrevet. Syftet är att lyfta fram vikten av familjeläkarens roll i teamarbetet i hemsjukvården.

Patientfall med samtalsfrågor belyser olika aspekter av läkares uppgifter i hemsjukvård vare sig det gäller särskilt eller ordinärt boende. Hembesöket kan vara nyckeln till att förstå patientens situation och kunna ge bästa möjliga hjälp.

”Vad är problematiskt med hembesök och vad kan vi vinna med hembesök?”

Gunnar Carlgrens kloka frågor är en hjälp i mötet med den enskilde hemsjukvårdspatienten. Exempel: Motsvarar patientens mediciner behovet idag? Skall vården vara kurativ eller palliativ? Vad önskar patienten och/eller de anhöriga?

Lena Pomerleaus grundläggande synsätt på hemsjukvård innebär bland annat:

- Trygghet är grunden för hemsjukvårdspatientens välbefinnande.
- Respekt för flera perspektiv på vården från andra vårdgivare och framförallt från patient och anhöriga.
- Mod behövs för att våga gå utanför de vanliga ramarna för att sedan kunna fatta kloka medicinska beslut.



Jag har skrivit studiebrevet i samverkan med arbetsgruppen. Det finns tillgängligt på SFAMs hemsida www.sfam.nu eller från SFAMs kansli. Som komplement till studiebrevet finns en växande samling patientfall för diskussion på Fammis hemsida www.fammi.se

Elisabeth Svensson, Borås
elisabeth.a.svensson@vgregion.se

ANNONS

Allmänläkares tumregler

Hur är det över huvud taget möjligt för allmänläkare att hantera ett så brett kunskapsområde och fatta så många beslut under en dag? Varför har vi så olika vanor sinsemellan och varför har vi så svårt att ändra dem? Det var några frågor som var upptakten till min avhandling som diskuterar tumregler och handläggning av vanliga infektioner.

I avhandlingen beskrivs allmänläkares halvt omedvetna tumregler, som ett sätt att klara konsultationens krav på patientfokusering och emotionell uppmärksamhet, samtidigt som de kan vara ett hinder för att förändra kunskap. I tumreglerna tycktes man integrera sina medicinska kunskaper med sin erfarenhet av patientarbetet. De flesta tumreglerna rörde somatiska problem och uttrycktes som förenklad medicinska kunskap. Dessa tumregler användes för översätta patientens problem till en diagnos, en generaliserande process. Det fanns också tumregler som rörde psykosociala problem som användes för att patientcentrera och individualisera konsultationen. Vissa tumregler användes väldigt tidigt för en grov indelning av konsultationen. Efter denna första kategorisering av konsultationen användes tumregler omväxlande för somatiska och psykosociala problem – men i olika omfattning. Om risken för somatisk sjukdom bedömdes hög användes i mindre grad tumregler som individualiserade och patientcenterade konsultationen (figur 1).

Handläggning av vanliga infektioner registrerades under en vecka med enkäter i fem län år 2000 och 2002. Registreringen gav en bild av att svenska allmänläkare är omsorgsfulla i sin användning av antibiotika. Patienter med förmodad virusgenes förskrevs antibiotika i väldigt liten utsträckning. Däremot tycktes allmänläkarna vara mer osäkra i handläggning av ospecifika nedre luftvägsinfektioner. Det som förvånade mig mest var den stora mängd prover, som togs vid vanliga infektioner. Framför allt kan den stora

användningen av CRP ifrågasättas. Det finns inga studier på CRP hos barn med luftvägsinfektioner i primärvård, vilket betyder att vi inte har något kunskapsunderlag att använda i våra bedömningar.

Tumreglerna kan till en del förklara fynden i infektionsstudierna. Tumreglerna varierade läkarna emellan och skulle kunna vara en förklaring både till variationen i arbetet mellan olika allmänläkare och till irrationell antibiotikaförskrivning.

Vad är ny kunskap?

Tumregler har inte tidigare beskrivits hos läkare.

Tumreglerna kan ses som en länk både mellan teoretisk och praktisk kunskap och mellan den humanistiska och biomedicinska allmänmedicinen.

Analysen av tumreglerna gav en ny bild av konsultationsprocessen.

Allmänläkare i Sverige använder antibiotika enligt rekommendationer men överanvänder laboratorieprover vid vanliga luftvägsinfektioner.

Vad är tillförlitlig kunskap?

Eftersom tumregler inte tidigare beskrivits hos läkare krävs ytterligare studier innan kunskapen kan bedömas som tillförlitlig.

Kunskapen om användning av antibiotika och laboratorieprover överensstämmer mellan åren och med andra uppgifter och bedöms tillförlitlig.



Foto: Anders Lundqvist

Malin André tar emot SFAM pris för årets bästa doktorsavhandling 2004. Vid sidan av sitt kliniska arbete är Malin aktiv vid Centrum för klinisk forskning i Dalarna, SFAMs Kvalitetsråd och SFAMs Forskningsråd.

Datum: 2004-03-12

Avhandling: Rules of thumb and management of common infections in general practice

Doktorand: Malin André

Institution: Avdelningen för allmänmedicin, Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköping

Handledare: Sigvard Mölstedt, Jönköping.

Opponent: Birgitta Hovellius, Lund

Länk: <http://www.ep.liu.se/diss/med/08/40/index.html>

Vad är användbar kunskap?

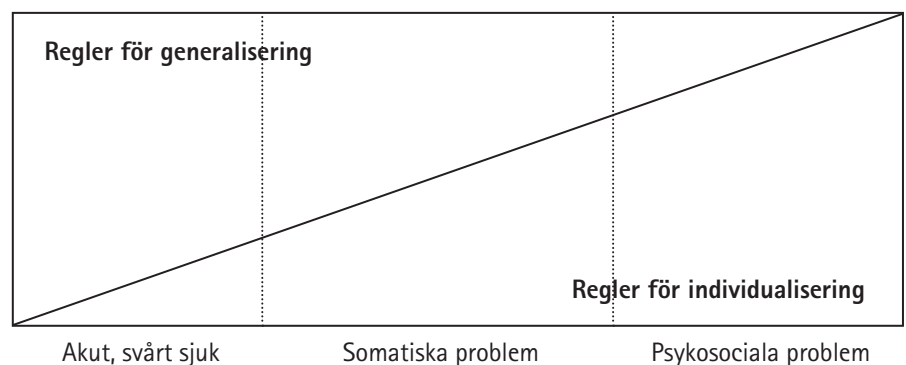
Att fundera på och diskutera sina tumregler är roligt och fantasieggande – även om kunskapen är i sin linda.

Ifrågasätt användning av CRP vid luftvägsinfektioner framför allt hos barn.

Malin André

Britsarvets vårdcentral, Falun
malin.andre@ltdalarna.se

Figur 1. Användning av tumregler i förhållande till den identifierade situationen under konsultationen.



ANNONS

Allmänläkarens mångbesökare

Jag har intresserat mig för mångsökare inom primärvården, de som söker läkare gång efter annan med olika krämpor eller samma besvär som inte blir bra. Patienter som av doktorn kan upplevas som bevis på dennes oförmåga att hjälpa. Dessa patienter upplevs därför av många som en tung patientgrupp, vilket den engelska benämningen ”heartsink patients” illustrerar.

På min vårdcentral har jag jämfört mångsökare med kontrollindivider. Mångsökarna utgjorde tre procent av befolkningen men svarade för en fjärdedel av läkarbesöken i primärvården, en femtedel av alla utredningar och drygt 40% av sjukskrivningarna.

Mångsökarna visade sig insjukna i samma akuta och kroniska sjukdomar som övriga i befolkningen men i mycket högre utsträckning. De behandlas oftare med antibiotika, i den yngsta gruppen flickor var antibiotikaförskrivningen 17 gånger högre än i kontrollgruppen. Att de söker oftare även för olycksfallsskador (sju gånger oftare) kunde inte förklaras av en lägre söktröskel, då deras läkarbesök var lika medicinskt motiverade som de som kontrollgruppen gjorde.

Mångsökarna var i högre omfattning änkor/änkemän/separerade och fler hade sjukpension. Det var ingen skillnad mellan mångsökarna och kontrollindividerna avseende upplevda livshändelser eller socialt stöd. Däremot hade mångbesökarna klart sämre KASAM, som mäter en individs förmåga att se meningsfullhet i, att förstå och hantera svårigheter i livet. Vi fann således psykosociala sårbarhetsfaktorer hos mångsökarna.

Uppgifter om sjukskrivningar och sjukpensioneringar under fem års tid visade att mångsökarna löpte en trefaldig risk att bli långtidssjukskrivna/sjukpensionerade. Kronisk sjukdom var en prediktiv faktor för långtidssjukskrivning hos både



Håkan Bergh omgiven av sina handledare Bertil Marklund (till vänster på bild) och Bengt Mattsson.

kontrollerna och mångsökarna, men hos den senare gruppen var även livshändelser en stark prediktiv faktor. De livshändelser som påverkade mångsökarna mest negativt var konflikter och förluster.

Resultaten talar för att mångsökarna utgörs av individer med ökad sårbarhet. En svagare KASAM indikerar nedsatt förmåga att hantera svårigheter i livet. När de råkar ut för svåra livshändelser påverkas hälsotillståndet och de blir i större utsträckning långtidssjukskrivna. Eftersom sårbarheten kan ha såväl biologisk, som psykologisk och eller social grund så är det viktigt att alla dessa delar beaktas inom vården. Jag tror att en ökad samverkan med andra kompetenser, särskilt beteendevetare, kan leda till att vi kan hjälpa mångsökarna bättre. Det finns starkt vetenskapligt underlag som visar på goda resultat av kognitiv terapi vid ett flertal tillstånd som kan medföra högt sök beteende.

Det är oerhört stimulerande att kombinera kliniskt arbete med forskning. Det blir ett pendlande mellan individ- och grupperspektiv samt mellan praktik och teori. Man får ofta forskningsidéerna i kliniken, men p.g.a. högt arbetstempo hinner man inte riktigt vidareutveckla

Datum: 2005-10-28

Avhandling: Frequent attenders in Primary Health Care, a vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective

Doktorand: Håkan Bergh

Handledare: Bertil Marklund (huvudhandledare) och Bengt Mattsson

Opponent: Anders Håkansson

Institution: Allmänmedicinska avdelningen, Institutionen för samhällsmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

dessa. Inom forskningen måste man ta sig tid för reflektions- och tankearbete och då kan idéerna utvecklas till projekt.

Jag har fått ett fantastiskt stöd av landstinget i Halland.Handledning och praktisk hjälp samt inte minst en mycket stimulerande miljö via vår FoU-enhet. Ekonomiska bidrag från landstinget, Göteborgs Universitet och region Skåne har gjort att en hel del av forskningen kunnat ske på arbetstid. Chefer som värdesätter FoU och förstående arbetskamrater är också viktiga komponenter för att kombinationen skall fungera.

Håkan Bergh

Vårdcentralen Gruebäck i Falkenberg
hakan.bergh@lthalland.se

ANNONS

Fungerar vårdprogram och evidensbaserad medicin i primärvård?

Det senaste decenniet har guidelines, vårdprogram och vårdprocesser med inbyggda mätetal för kvalitetsuppföljning varit på modet. Ett stort antal sådana finns och fler torde vara på väg, både internationellt, nationellt och lokalt. Ett typiskt vårdprogram beskriver struktur (vilka resurser vi behöver), process (hur vi arbetar) och resultat (vad vi åstadkommer) med inbyggda mätetal enligt Donabedians klassiska modell [1]. Allt är i bästa fall evidensbaserat, i värsta fall baserat på tyckande och tradition.

Tveklöst är vårdprogram nyttiga kunskapskällor. Däremot kan man ifrågasätta deras värde som styrinstrument för vård av enskilda patienter. Per definition riktar sig vårdprogram till grupper av individer, de mått som används i uppföljning är oftast mått på gruppnivå. I detta ligger ett allmänmedicinskt dilemma. Vi arbetar inte med väldefinierade grupper av patienter utan med individer. Det individfokus vi arbetar med passar inte med alla vårdprogram. Detta kan leda till problem av flera slag.

I en nyligen publicerad studie har Truls Østbye och medarbetare kalkylerat tidsåtgången för att följa guidelines för tio vanliga kroniska sjukdomar i primärvård [2]. Studien avser amerikanska förhållanden, men är säkerligen applicerbar också här. Den formel man använde finns med för den som vill räkna själv. De visar att det går åt 3,5 timmar per arbetsdag för att sköta dessa tio sjukdomsgrupper om samtliga patienter är stabila och väl inställda. Om man utgår från att realistiska andelar av respektive grupp inte var välkontrollerade blir siffran 10,6 timmar per arbetsdag.

Samma grupp har på ett liknande sätt [3] analyserat tidsåtgången för att följa re-

kommenderade preventiva program och kommit fram till att det skulle ta skulle ta 7,4 timmar per arbetsdag att följa de amerikanska riktlinjerna för preventiva insatser i primärvården. Cynthia Boyd och medarbetare har undersökt hur guidelines fungerar vid multipel sjuklighet

” Det individfokus vi arbetar med passar inte med alla vårdprogram. Detta kan leda till problem av flera slag.

hos äldre patienter [4]. Deras slutsats är att det kan ha negativa konsekvenser att följa guidelines för sådana patienter. Förutom teoretiska invändningar finns sålunda också en hel del praktiska sådana.

Allt detta är säkerligen intuitivt begripligt för en allmänmedicinare. Kunskap och riktlinjer framtagna på gruppnivå är av flera skäl inte alltid möjliga att applicera på individnivå. Det är inte alltid möjligt eller önskvärt att reducera en patients upplevelser till en vårdprocess och det verkar som om det nu finns visst vetenskapligt stöd för att hävda att vår kliniska metod (vilken jag helst definierar som den individfokuserade, dialogbaserade allmänmedicinska konsultationen) bör kunna hävda sin plats i en för övrigt process- och sjukdomsorienterad sjukvård.

Østbye pekar på olika sätt att hantera det dilemma tidsåtgången utgör, exempelvis sköterskemottagningar, ökat patientansvar och mer IT-stöd. Han påpekar samtidigt att detta knappast kan lösa problemet. Troligen måste vi bestämma oss för hur guidelines ska utformas och användas, och i det arbetet måste både tidsaspekter och ett tydligare individfokus vara centrala begrepp för den allmänmedicinska professionen.

Christer Pettersson har beskrivit dilemmaet väl i en debattartikel i Läkartidningen [5]. Jag kan bara hålla med. Vi riskerar att bli överkörda av systemtänkande med rötter i tillverkningsindustri. Eftersom vi trots allt har nytta av vårdprogram och guidelines som kunskapskällor återstår

att anpassa dessa till den allmänmedicinska vardagen. Jag efterlyser härmed det första postmoderna vårdprogrammet och väntar med spänning. Att hitta rätt balans mellan evidensbaserad vetenskap å ena sidan och individanpassning å den andra sidan torde vara en utmaning.

Lars-Erik Adolfsson
Bankeryd
Lars-Erik.adolfsson@lj.se

Referenser:

1. Donabedian A The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-1748.
2. Østbye T et al Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? Ann Fam Med 2005;3:209-214.
3. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Pub Health. 2003;93:635-641.
4. Boyd C M et al Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases JAMA, August 10, 2005—Vol 294, 716-724
5. Pettersson C Färre processer, fler patienter! Låt oss (åter)erövra den personliga patientkontakten Läkartidningen Nr 5 2005 Volym 102, 326-327

ANNONS

Vårdlotsar och hälsocoacher – nya medspelare i vården?

I slutet av september kunde man i media läsa att apoteket lanserat *Hälsocoacher*. Av benämningen i sig kan man inte utläsa mycket mer än att det handlar om hälsa och att man på Apoteket använt sig av en välkänd idrottsterm för att beskriva en ny roll för apotekets personal. Nu handlar det inte om höjdhopp eller fotboll utan om att blodtryck, vikt och midjeomfång skall mätas och råd skall delas ut. Personalen är specialutbildad för ändamålet men man poängterar noga att inga diagnoser ska ställas. Tjänsten är inte kostnadsfri, två besök kostar 280 kr och fem uppföljande möten kostar ytterligare 400 kr [1].

Vad är haken med det här? Att fler aktörer agerar för ökad folkhälsa kan väl inte vara fel? På individplanet är det säkert ett attraktivt val för många. Frågan är vem som efterfrågar och betalar för en sådan tjänst? Mina fördomar säger att det är de redan frälsta, som redan tänker på sin hälsa, kanske till och med oroar sig för den. Individerna i motsatta sidan av spektrat är ofta svåra att nå med någon form av information, och det blir en formidabel utmaning för apoteket att marknadsföra sig framgångsrikt till dem. Det är bara att gratulera dem om man lyckas!

Nästa fråga är om det är rätt yrkesgrupp att ge hälsoråd. Apotekets personal är erkänt duktiga på läkemedel och därtill hörande kunskapsområden. Ett utökat samarbete på det området med primärvård och kommunerna, till exempel i form av läkemedelsgenomgångar på sjukhem på fler orter än idag, skulle vara ett mycket bättre sätt att använda den farmaceutiska kunskapen som finns på apoteket. Att renodla och vidareutveckla kärnverksamheten skulle vara ett bra sätt att förvalta det goda renommé och stora förtroendekapital apoteket står för.

Tredje haken är ansvarsfrågan. Man kan inte duka bakom påståendet att man inte ställer diagnoser. Den som väljer mellan att ge inga råd alls, att ge generella livsstilsråd eller att uppmana till att söka sjukvården för sitt blodtryck gör en kvalificerad medicinsk bedömning som mycket väl kan likställas med att ställa en sorts arbetsdiagnos. Här kan man invända att det inte skiljer sig nämnvärt från att man mäter sig eget blodtryck med automatisk blodtrycksmätare eller att hälsokostaffären runt hörnet mäter trycket. Den springande punkten är bedömningen, där jag starkt ifrågasätter att de parametrar man mäter ensamt kan bilda grund för en god hälsorådgivning av hög kvalitet, oavsett vem eller vilken yrkesgrupp som mäter och väger. För att ge en sådan rådgivning krävs kunskap om fler aspekter kring hälsan och ett kontinuerligt och omfattande engagemang som finns kvar även efter Apoteket AB:s kampanj tagit slut.



Foto: Carolina Olsson

Staffan Olsson

Det är svårt att tro att satsningen bara är filantropi. Hårt trängt av hotet om ett upphävt monopol får Apoteket leta efter kompletterande tjänster för att få ekonomisk bärkraft i verksamheten. Personen bakom satsningen, Eva Fernvall, känner säkert de flesta igen sedan hennes tidigare uppdrag i Vårdförbundet. I de sammanhangen gjorde hon sig inte känd som någon större vän av familjemedicin, för tydlighetens skull. Tvärtom passar hälsocoacherna in som hand i handske i vårdförbundets vision om närvård [2].



Illustration: Katarina Liliequist

Där avgör sjuksköterskor i sin roll som *vårdlotsar* vårdnivå och om familjeläkare (som kallas för generalist i vårdförbundets dokument) över huvud taget skall tillfrågas. En perifer roll, istället för en självklar som samordnare och patientadvokat. ►►

Flera politiska partier har anammat idén om, eller snarare begreppet vårdlots. I Centerpartiets variant är det inget annat än ett nytt namn på hus- eller familjeläkare. Samtidigt tycker man att närsjukvården skall tillföras organ- och åldersspecialister, men anger inga skäl eller argument för det. Kristdemokraternas program för hälso- och sjukvård är i stora stycken ord för ord samma som vårdförbundets närvårdsvision. Floskeln ”patienten i centrum” används som en motsats till ett system där familjeläkaren är spindeln i nätet. Moderaterna använder också koncept och begrepp direkt hämtade från Vårdförbundets dokument.

Närhelst en yrkeskår talar för just sin lösning på vårdens problem är det svårt att bortse från en misstanke om att man talar för sin strikta egennytta; mer makt, högre lön eller kanske mer intressanta arbetsuppgifter. Samma misstanke får säkert även de som är mottagare av information om Protos eller andra försök att skapa en fungerande familjemedicin. Den stora skillnaden ligger i att vi har goda förebilder ibland många andra, våra skandinaviska grannländer, Nederländerna och Storbritannien. Där kan man inte med fog tala om strikt egennytta för de som arbetar med familjemedicin. Det är också mycket svårt att förklara bort fördelarna för samhället, svaga grup-

per och individen. Oavsett vilken stol Fernvall sitter på för närvarande saknar hon liknande goda exempel att peka på för sina visioner. Innan det är prövat i verkligheten är det bara ytterligare ett i raden av experiment som vården inte bör utsättas för.

Staffan Olsson

ST-läkare, Lund

Staffan.olsson@mf.lu.se

Referenser:

1. <http://www.apoteket.se/rd/d/3193/a/9399/about/true>
2. http://www.vardforbundet.se/upload/VF%20Filer/rapport_fakta/rapport_narvard.pdf

Järhults spaning, inget land i sikte!

Björn Olsson svarar på första delen av Bengt Järhults anförande i Linköping som publicerades i föregående nummer av AllmänMedicin under rubriken "SFAMs spaningsmöte –en personlig betraktelse".

Allt är fel som SFAM, de allmänmedicinska institutionerna och DLF gjort och gör för att stärka allmänmedicinen verkar vara kärnbudskapet i Järhults inlägg i AM 6/05. Att Järhult är besviken framgår med all önskvärd tydlighet, men vem är han besviken på egentligen?

När jag försöker demontera den floskulösa språkdräkten finner jag några tämligen konkreta måltavlor för Järhults frustration.

De allmänmedicinska institutionerna anser han har slutit sig i sig själva och drabbats av "akademisk förvillelse". Han saknar en Gösta Tibblin som "slår näven i bordet så sjukvårdssverige och offentlighet darrar". Jaja, frustrerade själar brukar efterlysa en stark man.

Till landstingen är han mer kluven. Han talar visserligen om "landstingens tjänstemannavälde" som "förfuskat en

idé och desavouerat politiska beslut om primärvårdssatsning". Han talar längre fram i texten också om hur "landstingen försvillat 9 kanonmiljarder och inte tänker fullfölja glasklara riksdagsbeslut". Dock tycker tydligen Järhult att man skall inta en försonlig attityd gentemot dessa förfuskare och försvillare. Kan det ha att göra med att han själv är anställd vid Jönköpings landstings utvecklingsenhet, det landsting där den tyngste politikern heter Lars G Isaksson, den mest allmänläkarfientliga ordförande Landstingsförbundet någonsin har haft? Järhult verkar inte vara benägen att bita den hand som föder honom, i alla fall inte så hårt att blodvite uppstår.

Till frågan om utvecklingen mot "europiska praktiker" där man enligt Järhult "bygger sjukvårdssystemet utifrån sin egen avgränsning – vad som blir bäst för mottagningen" (till skillnad får man förmoda från dagens landstingsdrivna vårdcentraler, utvecklade som de är utifrån landstingsbyråkratiernas preferenser snarare än utifrån allmänmedicinens eller patienternas). Jag kan inte inse vad det är för fel på en primärvård där patienten



Björn Olsson

själv tillåts välja sin familjeläkare i stället för att landstingsdirektören eller i bästa fall den av landstinget utsedde vårdcentralchefen bestämmer. Det viktiga är väl att vården är offentligt finansierad och så utformad att inte sociala och ekonomiska skäl får styra den enskildes möjligheter att få en god sjukvård. (så sker som bekant idag i växande utsträckning).

Angreppen på SFAM och DLF (liksom Läkärförbundet) upplever jag som närmast pinsamma. Järhult tar upp ett ordförandeval i SFAM från 1993 (för 12 år sedan alltså!), då den av valberedningen

föreslagna ordförandekandidaten blev nedröstad på årsmötet. Ordförande blev den gången Jonas Sjögren (som för övrigt faktiskt hade blivit tillfrågad av valberedningen om han önskade kandidera och tackat ja). Två år senare efterträddes Jonas Sjögren av mig. Under dessa år utvecklades SFAMs utbildningsprogram och föreningen kom att få ett betydligt större inflytande på svensk sjukvårdspolitik än det hade haft tidigare. Jag vet inte vad Järhult menar med den försåtliga formuleringen att ordförandevallet 1993 liksom det betydligt senare lanserade förslaget om Protos var "formellt korrekt". Menar Järhult att det var reellt inkorrekt? Och i så fall hur då?

Och vari skulle det "hat mot landstingen" som burits fram bland annat av SFAMs

officiella företrädare bestått. Förutom att även andra än Järhult uppfattat det som att "landstingens tjänstemannavälde... förfuskat en idé och desavouerat politiska beslut om primärvårdssatsning"? Jag kan försäkra Järhult om att under såväl Jonas Sjögrens två år som ordförande som under mina 4 år, var våra kontakter med Landstingsförbundet mycket goda, så goda faktiskt att det var via kontakter inom Landstingsförbundet vi fick ekonomiskt stöd för att utveckla SFAMs program för utbildning och kvalitetsutveckling. Landstingsförbundet bidrog också med avsevärt ekonomiskt stöd för det europeiska allmänläkarmöte som hölls i Stockholm 1996. Ett annat initiativ vi tog under dessa år var bildandet av SFAMs läkemedelsråd SFAM-L, samt rekryteringen av Lars-Olof Hensjö, Jan

Håkansson och Anders Hernborg till detta råd.

Säkerligen kunde SFAM ha gjort en del saker bättre under dessa år, men några konkreta förslag från Bengt Järhult som skulle ha fört allmänmedicinen framåt såg vi aldrig till.

Inte heller nu verkar Järhult ha några konkreta förslag på hur vi skall göra för att stärka allmänmedicinen i Sverige. Protos är tydligen värdelöst som förslag. Jag frågar mig, vilken är Järhults vision för svensk allmänmedicin? Återgång till 1970-talet och en ny frälsare "som slår näven i bordet så att sjukvårdssverige och offentlighet darrar"?

Björn Olsson

Ordförande i SFAM 1995-1999
bjorn.olsson@nll.se

Allmänmedicinens framtid *En vision*

SFAMs höstmöte avslutades med ett symposium där arrangörerna bett några debattörer bidra med personliga reflektioner. I föregående nummer återgavs Bengt Järhults kritiska tillbakablick över föreningens roll i den allmänmedicinska utvecklingen. Detta är den andra – framåtblickande – delen av hans framförande, där han beskriver sin vision för de närmaste åren, en vision som övergår i en burlesk dröm.

Min femåriga spaning efter framtid har tre punkter. För det första: en ideologisk offensiv! De allmänmedicinska institutionerna levererar fakta och underlag. Minst en gång om året framträder landets samtliga professorer i allmänmedicin på DN-debatt och redogör för Barbara Starfields epokgörande fynd. Göran Sjönell har i DN sommaren 2005 omnämnt Starfield, och det var bra gjort av honom. De amerikanska erfarenheterna

måste emellertid planteras i svensk mylla och lyftas fram med den samlade akademiska tyngden från alla universitetsorter inklusive adjungerande professorer i allmänmedicin.

För det andra: Solidaritet! Att SFAM, DLF och enskilda allmänläkare blir de utsattas talesmän i en tid med vidgade sociala klyftor, gömda flyktingar och nedmontering av välfärdssystem. Idag jamsar DLF med i Läkarförbundets opportunistiska offensiv, som lägger huvudorsaken till de ökade sjukskrivningarna på så kallade attityder och skulden för kostnadsutvecklingen på de sjukskrivna. Det är distriktsläkare som lett förbundets nu antagna sjukskrivningsprogram. Där föreslås bland annat att sjukskrivna efter ett år ska få sänkt ersättning till cirka 60 procent. De borgerliga partierna har enats om att efter en eventuell valseger



Foto: Barbro Petersson

Bengt Järhult har en vision.

inte röra sjukersättningarna. Nu står Läkarförbundet i samhällsdebatten för den mest rabiata försämringen för de sjukskrivna – med åtföljande vidgade sociala klyftor. Varför ska allmänmedicinens representanter via Läkarförbundet putta deprimerade eller utmatade, ensamstående kvinnor med barn och värkande muskulatur – som redan tillhör låginkomstgruppen – ut i existensminimum?

Det finns alternativ till att liera sig med makten, eller vart man tror systemförändringens vindar blåser. Under föregående år gick 56 distriktsläkare ►►

i Jönköping ut i ett uppror mot Försäkringskassan. Man inledde *"Distriktsläkargruppen bevittnar hur Fk gör grava felbedömningar, som leder till avsevärd skada för redan svaga och sjuka patienter och till mycket extra arbete för sjukvården."* Nyligen anmäldes Fk i Jönköping till JO av en distriktsläkare. Förutom att detta är viktiga inlägg i samhällsdebatten har aktionen gett distriktsläkarna en enorm goodwill hos allmänheten i Jönköping. Sådana läkare vill människor ha, gärna en på 1 500 invånare!

För det tredje: Etisk läkemedelsförskrivning! Om fem år har SFAMs läkemedelsråd, SFAM.L, övertagit Läkemedelsverkets plats. Ja, verket finns kvar i det fördolda för att godkänna alla nya sötsaker. Myndigheten är ju betalad av läkemedelsbolagen för det. Men användningen av läkemedel styrs 2010 av SFAM.L. De uppmärksammade ju redan 2002 den uppseende Vioxx-skandalen, den som senare förlängdes med Celebra och rökarnas överdödighet vid mångårig användning av NSAID. Och exponerade läkarkårens djupa förträngning av Enterovio-form, Eraldina, Atromidin, Zelmid, Lipobay, Alfadil vid blodtrycksbehandling, östrogener osv.

SFAM.L har utifrån denna insikt med intellektuell och moralisk auktoritet fått ett samhällsuppdrag: tagit det mentala herraväldet från alla subspecialister, som bara ser till sin sjukdom eller riskmarkör i ett kort, s.k. evidensbaserat perspektiv, och från läkemedelsbolagen med sin lögnaktiga marknadsföring.

Varje allmänläkare har skrivit ett kontrakt med SFAM.L, där läkaren, med risk att mista sin legitimation, förbinder sig till en helig princip: att aldrig mer skriva ett läkemedel vars långtidseffekter är oprövade! Om inte sjukdomen är synnerligen svår och läkemedlet är uttalat symtomlindrande eller riskfaktorn av sådan klass att den kan jämföras med malign hypertoni.

SFAM.L har till 2007 gjort en konsekvent genomgång och funnit att endast 40% av läkemedlen, som används under ett år, är kända till sina totala effekter så att man kan säga: det är inte som med Vioxx! För läkemedel använda under två år är siffran 20%. För läkemedel som beräknas användas i fem år kan endast 5% sägas vara säkra. De läkemedel, som kan behöva användas i tio år eller längre – flera blodtrycksmediciner, många kolesterolsänkare, SSRI, refluxpreparat och bifosfonater – är bara till 1% studerade vad gäller sina eventuella långsiktiga morbiditets- och mortalitetsökande effekter.

Eftersom det är oetiskt att ge läkemedel vars långsiktiga konsekvenser är okända – Hippokrates första sats att inte skada – gäller allmänläkarens kontrakt med SFAM.L. Det har 2010, eller kanske man får vänta till 2011, inneburit att läkemedelsförskrivningen radikalt minskat, till 25% av da-

gens nivå. Plötsligt har allmänläkaren, istället för att ägna sin tid åt att skriva recept och kolla allt kring olika riskmarkörer, fått tid att tala med sina patienter! Allmänläkaren får nu stå för filosofisk insikt och livsvisdom. Allmänläkaren har blivit mentor för patienterna i varats förutsättningar; en annan livsstil där stressen är bruten och den själadödande, hälsofarliga jakten i konsumtionssamhället är borta. Det finns gott om tid i patient - läkarmötet! Inga problem att fylla i Försäkringskassans "Medicinskt underlag" för de få som behöver vara sjukskrivna.

SFAM har blivit associerat till FN. 2005 har – eller vi får väl säga hade – de över 90 år sex läkemedel i genomsnitt, tolv om åldringen var intagen på särskilt boende med risk att upp till 30 olika läkemedel gavs varje dag, mer eller mindre genom tvångsmatnings-Apodos. I Sverige, som första land i västvärlden, har SFAM.L ordnat så att det åter blivit möjligt – att som 95-åring få dö naturligt. Grattis SFAM till att ha brutit äldres multifarmaci och medverkat till denna mänskliga rättighet; för den som vill – exit, pillerfritt!

Bengt Järhult

Vårdcentralerna i Ryd och Öxnehaga samt Primärvårdens FoUU-enhet i Jönköping
bengt_jarhult@hotmail.com



Vi söker dig med specialistkompetens i Allmän medicin

För längre och kortare uppdrag i Sverige

Är du intresserad, ring 0920-25 43 00 eller maila oss på info@lakarjouren.se för mera information.



www.lakarjouren.se

Svensk förening för Glesbygdsmedicin slåss för egen specialitet och organisation!

Föreningen bildades 2002. I stadgarna står att man ska verka för utbildning i ämnet Glesbygdsmedicin och definiera en egen specialitet. Vid Strömsundsmötet kommer dessa frågor att hanteras. Ser man sig omkring i världen finner man att glesbygdsmedicin; "rural medicine" är ett väletablerat begrepp med väl fungerande organisationer i bl.a. Norge, Australien, Kanada och USA. Motsvarande saknas helt i Sverige.

I Sverige ifrågasätts glesbygdsmedicinen ständigt av våra landsting. Landstinget som organisation är inte optimal för resursfördelningen ur vårt perspektiv. De styrs på ett ökande byråkratiskt vis från centralorterna med allt mindre läkarmedverkan. Exempelvis pågår en utredning i Västerbotten, vars syfte är att "omfördela" resurser efter befolkningsförhållande, vilket på ren svenska

betyder; att finna argument att överföra resurser från glesbygd till urbana områden.

Man begagnar sig av tankefelet att all primärvård är och bör vara lika och därmed jämförbar. Men vad som glöms bort är att i glesbygden finns inget sjukhus, att det är långa avstånd till service. Uppdraget är därför helt annorlunda. Man har ett totalansvar för befolkningens hälsa, vilket medför servicebehov dygnet runt som kräver välutbildad personal, sjukstuga med vårdplatser, integrerad ambulanssjukvård etc.

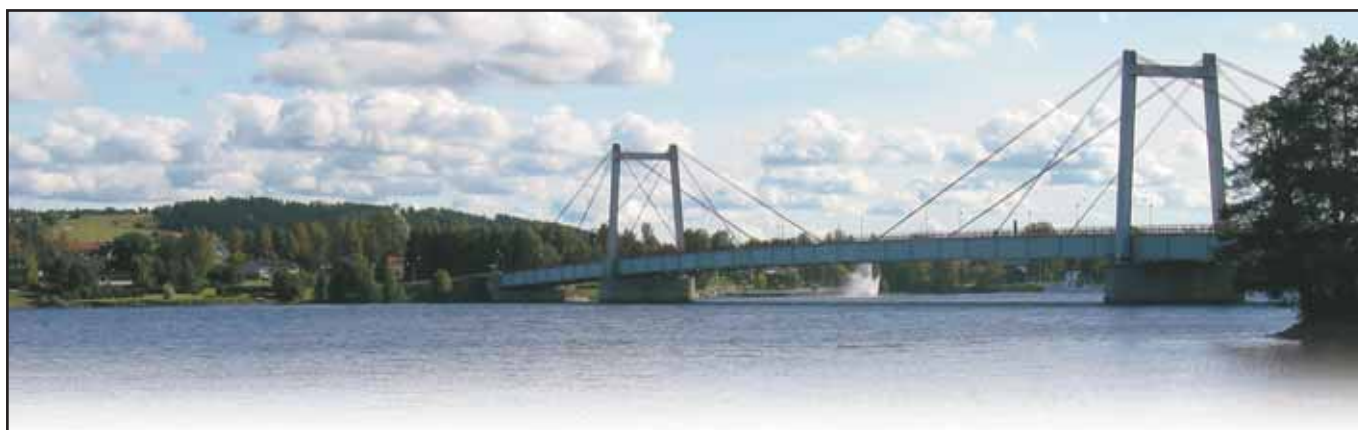
För den centralt placerade tjänstemannen framgår inte detta för glesbygdsmedicinaren självklara förhållande. Konkurrensen med större sjukhus och i Västerbotten med Universitetssjukhuset om medel blir för stark, och har man inte representanter vid köttgrytorna är man en given förlorare. Den s.k. När-sjukvårdsreformen, som skulle göra det

bättre, har i praktiken inte inneburit någon förbättring. Avståndet till "chefen" har bara ökat.

Det bor viljestarka människor i glesbygd och det finns en stark befolkningsförankring för en lokal sjukvård. Hoten i framtiden är många och känns igen på den internationella arenan. Svensk Förening för Glesbygdsmedicin har en viktig uppgift, att bevaka resursfrågor, utbildning, forskning och organisation av glesbygdens sjukvård. Det finns goda förebilder i Norge, USA, Canada och Australien. Vår förening är viktig och därför; Glesbygdsmedicinare och andra intresserade, möt upp i Strömsund och medverka till att glesbygdsmedicinen slutgiltigt etableras på Sveriges medicinska karta.

Curt Made

Ordf, Svensk Förening för Glesbygdsmedicin
curt.made@vll.se



Svensk förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till den 6:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin 18–20 maj 2006 i jämtländska Strömsund.

"Närsjukvård i glesbygd", nuläge och framtidsutsikter sett ur nationellt såväl som internationellt perspektiv skall diskuteras.

Vetenskapligt program och state of the art-föreläsningar utlovas.

Boka in i din kalender redan nu!

För vidare information besök vår hemsida www.glesbygdsmedicin.info



ANNONS

Den positiva omformuleringens konst

ST-forum – fågel eller fisk?

Minns ni skämtteckningen med mannen som slagit igen dörren över sin egen fot?

Foten är svullen, missfärgad och riktad åt alldeles fel håll. Men inte är han ledsen för det inte! Nej, han har nämligen alldeles nyligen fått lära sig den ”positiva omformuleringens” konst. Och då vet man att, vad som än händer, så är inställningen till det inträffade avgörande för vilken betydelse händelsen kommer att få...

Så när en välvillig människa, med allvarlig oro, frågar honom: ”Men herre gud, människa! Vad foten ser ut! Vad har ni gjort?! Har ni klämt er i dörren, så illa?!” Då, svarar han med ett glatt leende: ”JAJAMENSAN!!”

Jag kom att tänka på den här skämtteckningen häromdagen. Det var någon som berättade att vi ST-läkare i nordvästra Stockholmsområdet, antligen skulle få ”mera makt” att bestämma över vår egen utbildning. Orsaken till detta skulle vara att man dragit in tid för våra studierektorer att ägna sig åt oss. Mycket av vad de tidigare gjort, skulle vi nu i stället få göra själva. Detta skulle vi lära oss mycket på, sade man med entusiasm. Dessutom hade man gjort sig av med en sekreterare. Hon hade varit hängiven sitt uppdrag mer än någon kunde föreställa sig, tillika omvårdande, omsorgsfull och noggrann som person. Tänk dig vilka möjligheter till utveckling att försöka efterlikna en sådan person! Och dessutom klara det vid sidan av den ordinarie tjänstgöringen! Det skulle kunna bli en riktig fjäder i hatten till examen...

För att skapa den riktiga ”nybyggarandan” så tog man till sist bort den gemensamma lokalen som vi haft. På så sätt slapp vi ju att vara bundna geografiskt till någon speciell plats och kunde känna oss helt fria att själva bestämma var vi skulle

vara. Om vi hittade en lokal förståss?! Men även att leta lokal kan ju bli en lärorik erfarenhet. Föreläsare, studiebesök, möten och allt det där vi tycker att vi behöver under vår utbildning skulle vi själva bestämma över nu – jag och mina

” Ibland väcker den ”positiva omformuleringens” konst ilska, speciellt när den står för ett oblygt presenterat egenintresse som paketerats på ett attraktivt sätt.

kamrater i den nya styrande gruppen, kallad ”ST-forum”. I ST-forum skulle vi bli ”självständiga” och få öva ” eget ansvar”. Jag tror det var någon som sade att det lät spännande, intressant och skulle bli kul att pröva...

Det fanns de som redan hade provat. Våra kollegor från Stockholms södra sida har aldrig haft tillstymmelse till fungerande administration kring sin utbildning. De tröttnade på detta, slog sig samman i grupper, begärde finansiellt stöd och började själva ordna föreläsare, studiebesök och möten. Det var både ambitiöst och lovvärt. Tyvärr har det nu genast tagits till intäkt för att den fungerande verksamheten på nordöstra sida skall uppfattats som överdimensionerad. Man tar sig för pannan! Skulle man ta konsekvensen av detta synsätt borde man kanske också kasta ut alla leksaker från daghemmen i Sverige. För ni har väl sett vilka kreativa och fina saker man kan göra med en Coca-colaburk, när det inte finns något annat att leka med. Handen på hjärtat, ni som har ansvaret för lejonparten av hushållsbestyren där hemma, glöm inte bort att det är också ni som har hela ”makten över” och kan ”bestämma” vilken mat som serveras. Ni bestämmer också hur rent det skall vara hos just er, eller vilka kläder som skall

vara rena och strukna så att det bara är ta på sig dem...

Ibland väcker den ”positiva omformuleringens” konst ilska, speciellt när den står för ett oblygt presenterat egenintresse

som paketerats på ett attraktivt sätt. Så är det nog i detta fall. De besparingar som man har för avsikt att driva igenom kommer aldrig att bli det största och hittills oöverträffade erbjudandet om personlig utveckling för ST-läkare i allmänmedicin, som man försöker få det att framstå som.

Det är en besparing och en försämring. Påstå inget annat!



Hans Händel, Stockholm
handel.hans@telia.com

En intervjustudie i primärvården

Patienters förväntningar, farhågor och känslor inför läkarbesöket



På senare år har ett patientcentrerat arbetssätt vunnit insteg inom primärvården. Vi gjorde en intervjustudie för att klarlägga patienters förväntningar, farhågor, tankar och känslor inför ett läkarbesök i primärvården. Hos de femton personer vi intervjuade fann vi en stor och varierande mängd av förväntningar och farhågor samt rika och skiftande egna erfarenheter. Vi fann en mångfald av problem med egna förklaringar och åtgärder som redan vidtagits. Känslorna var blandade och ibland motstridiga.

Vi blev nyfikna på de där patienterna i väntrummet. Vilka är de? Varför kommer de? Vad vill de? Hur tänker de? Därför intervjuade vi 15 patienter inför ett läkarbesök på vårdcentral, bandade intervjuerna och gjorde en kvalitativ innehållsanalys av utskrifterna. Undersökningsgruppen bestod av elva kvinnor och fyra män med åldern varierande mellan 27 och 77 år och med medianåldern 65 år.

Varför kommer de?

Alla patienter hade fler än ett problem på agendan. En med sömnbesvär ville även ta upp nedstämdhet, axelvärk, hörselnedsättning, åderbräck, ont i knäet, bensvullnad och ryggont.

”Jag har varit till någon homeopat som jag kände...men nu är han ju dö, eljest hade jag väl gått till han nu också” sade en annan med magbesvär, ledvärk och röda händer.

Hur tänker de?

Alla hade egna förklaringar till sina besvär. Dessa var adekvata och genomtänkta men inte alltid helt uppenbara. En kvinna förklarade sitt höga blodsocker utifrån ett livstrauma flera år tidigare. ”Det är en sorg som följer en hela livet,...när man tänker på sånt går sockret opp,...det blir tröstätning”.

Nästan alla hade redan gjort något åt sina problem. Många hade förändrat

sina kost- och motionsvanor. ”Istället för att gå på krogen tog jag skidorna och åkte ut istället.”

Farhågorna inför läkarbesöket handlade dels om rädsla för allvarlig sjukdom, dels om bristande tid för läkarbesöket. Det allra värsta som skulle kunna hända vid läkarbesöket var dels att ”få en dödsdom” och dels att bli avfärdad av läkaren.

Vad vill de?

Förväntningarna handlade om vad man antog skulle hända vid besöket, vilket kunde vara skilt från vad de tyckte borde ske. ”Jag antar väl att jag blir sjukskriven, det känns som att man vill ju ha ut något mer av det.”

De intervjuade ville framförallt få delge sin berättelse till en lyssnande och intresserad läkare. Man ville gärna ha en förklaring och bli undersökt. I mindre utsträckning efterfrågades remisser och ingen efterfrågade mediciner.

En rullstolsburen kvinna hade en önskedröm: ”Ge mig några stamceller så jag kunde gå.”

Vilka är de?

Alla de intervjuade berättade om erfarenheter av sjukdom och sjukvård, både bra och dåliga, egna och andras. De ville ge en bakgrund till sin berättelse och sätta problemen i sitt sammanhang.

Hur känner de sig?

Känslorna de intervjuade hade inför läkarbesöket var blandade och ibland motstridiga. De varierade från tillförsikt och trygghet till uppgivenhet och misstro. De flesta kände sig lugna trots sina farhågor. Det förtroende man kände var mycket beroende på tidigare erfarenheter.

Vad har vi lärt oss?

För en läkare på vårdcentralen kan en vanlig arbetsdag innehålla 15 olika patientmöten. Hos våra femton intervjuade

fann vi totalt ett 60-tal problem, cirka 50 farhågor, lika många egna vidtagna åtgärder, ungefär 70 egna förklaringar och 150 förväntningar inför läkarbesöket. Det ger en vink om hur mycket som ryms i patienternas besök i primärvården.

När man som läkare möter detta är det lätt att man överväldigas av alla problem man måste lösa. För att förenkla väljer man ibland att fokusera på ett enda problem, något som flera av de intervjuade befarade. En risk med detta kan vara att man går miste om sammanhanget. Många problem de intervjuade tänkte ta upp var inget de efterfrågade en lösning på, utan de nämndes för att förmedla en helhetsbild och ett sammanhang.

Om man lyssnar färdigt på patientens berättelse, utan att avbryta i onödan, finns ofta problemens förklaringar och lösningar där.

Patienterna uppfattar sig själva som en del av ett större sammanhang och att de har en betydelsefull historia med sig. Det är viktigt för dem att få förmedla denna bild för att känna sig förstådda av läkaren. Varje problem får sin betydelse utifrån patientens tidigare historia, nuvarande sammanhang och vad denne tror om framtiden. I detta ljus kan man förstå vikten av en kontinuerlig läkarkontakt och att läkare är förtrogen med patientens historia och levnadsvillkor. Detta tror vi är allmänläkarens speciella roll.



Foto: Anders Lundqvist

Fredrik Alsén och André Wennstig,
Sundsvall
fredrik.alsen@lvn.se
andree.wennstig@lvn.se

Klarar vi att ta fullt ansvar för vår förskrivning?

Den 8 september 2005 samlades ett 70-tal medlemmar i läkemedelskommittéer och andra med intresse för läkemedels ekonomi från hela landet i Göteborg, för att belysa läkemedelsfrågor. Rubrik för konferensen var: "Hur påverkar decentraliserat kostnadsansvar användningen av läkemedel? Blir kostnadsansvaret effektivare ju längre ut i verksamheten det ligger?".

Erfarenheter från England

Det inledande föredraget hölls av Colin Richman från England som redogjorde för hur det fungerar med decentraliserad läkemedelsbudget i England. Där står GPs för 70% av all förskrivning. Alla är privata. Det fungerar bra i vissa områden, sämre i andra. Han betonade särskilt "mjuka fakta" och påpekade att "vi lever i en historisk tid där förändringar kommer så snabbt att vi ser nuet just när det har passerat". Därför krävs det stor flexibilitet och följsamhet.

Han poängterade bland annat att processen kräver att alla aktörer har förtroende för varandra, att man kan lita på information, att de gemensamma målen har god acceptans bland förskrivarna och känslan av att systemet är rättvist. Målet bör vara ett förbättrat patientomhändertagande.

De utmaningar som han ser att Sverige står inför är följande: Man måste motivera varför vi behöver spara på läkemedelsbudgeten, klargöra vem som har ansvar för patienten, klara av apotekens drivkraft för lönsamhet och få balans gentemot läkemedelsföretagen.

Modeller för decentraliserat kostnadsansvar

Gina Bergström från CHSA (Centrum för Hälso- och Sjukvårdsanalys) redo-

gjorde för två modeller som prövats i Sverige. Dels ett befolkningsbaserat kostnadsansvar där allmänläkarna ansvarar för majoriteten av läkemedel som patienterna hämtar ut. Nackdelar kan vara att



ansvaret blir diffust och att man inte kan påverka förskrivning som andra gör.

Dels ett förskrivarbaserat kostnadsansvar där den vårdenheten där förskrivaren tjänstgör bär kostnaden. Detta kan ge övervältringseffekter. Det krävs policyregler, samråd och lokala överenskommelse för att få sådana system att fungera och det finns risker att det blir konflikter mellan medicinskt grundade beslut och styrning enligt ekonomiska modeller.

Ett "skarpt ansvar" innebär att man får behålla under- respektive överskott till nästa års budget. Detta kan vara gynnsamt för ett korrekt förskrivningsmönster men kan också leda till att man "snålar" på mediciner.

Allmänläkare positiva till kostnadsansvar för läkemedel

En annan forskare, Sandra Jansson från IHE, redogjorde för ekonomiska prioriteringar inom läkemedelsområdet. Hon

visade bland annat på studier där man har intervjuat allmänläkare och andra specialister och det framkom att allmänläkarna var mer benägna att diskutera kostnader och så många som 90% av

allmänläkare som varit verksamma mer än 10 år ansåg att läkare bör medverka till att kostnaderna för läkemedel reduceras. Allmänläkarna var allmänt också mer positiva till att ha ett kostnadsansvar för läkemedel. Däremot påpekades nackdelar där man kan se det som en störning i patient-läkarrelationen och att de flesta läkare ändå valde utifrån andra kriterier än kostnader när det gällde att använda bra och verksamma läkemedel för patienten. Ett hinder för rationell läkemedelsanvändning är att det tar tid att byta mediciner som

patienten redan använder.

Exemplet Östergötland

I samband med landstingens övertagande av kostnadsansvaret för receptläkemedel har det väckts frågor och IHE har i samarbete med Landstingsförbundet och representanter för fem landsting drivit ett projekt där man diskuterar utformning, följdkrav och förutsättningar för decentraliserat kostnadsansvar. Det kan vara svårt att utkräva ansvar för läkemedelskostnader om man inte vet utifrån vilka principer och riktlinjer man ska prioritera. På så sätt kan det vara svårt t.ex. för allmänläkarna att fullt ut ta ansvar för läkemedelskostnader om inte det grundläggande ansvaret är väl definierat.

Ett problem är det begränsade inflytandet över utformningen av både förmånssystem och prisförhandlingar. Sveriges kostnader för läkemedel ligger ►►

ANNONS



under genomsnittet i EU och bland EU-länderna kan man nämna att Danmark har låga läkemedelskostnader. Östergötland var först ut av alla landsting i Sverige när de 1998 lade kostnadsansvaret för läkemedel på basenhetsnivå vilket motsvarar vårdcentral och sjukhus. I t.ex. Jönköping har kostnadsansvaret för 92% av lanstingets läkemedelskostnader legat inom primärvårdsområdena, medan sjukhusvården bara har kostnadsansvar för det som används i den slutna vården och för ett fåtal väl avgränsade läkemedel.

Det finns i princip tre sätt att ta ansvar för läkemedelskostnader, skuggbudget med eller utan belöning, läkemedelsbudget med eller utan möjligheter till omfördelning mellan åren, eller samlad budget inklusive läkemedel. Målsättningen med läkemedelsreformen är att integrera bedömning av läkemedel med andra insatser, vilket principiellt talar för att kostnadsansvaret ska vara en komponent i det totala kostnadsansvaret. Detta för att de samlade resurserna för hälso- och sjukvård ska användas så effektivt som möjligt.

Man kan ha olika fördelningsmodeller för läkemedelsbidraget. Antingen grundat på historisk förskrivning eller i huvudsak bedömt efter behov. I förankringsprocessen med professionen i Jönköping förespråkades en enkel fördelningsmodell som man använde där. Det innebär att läkemedelsbidraget fördelas till varje primärvårdsområde efter antalet invånare, kön och ålder. Man har i Östergötland erbjudit deltagande i uppföljning där man får möjlighet att studera sitt eget förskrivningsmönster och det har fallit väl ut. Det krävs dock ytterligare forsknings- och utvecklingsarbete för att få fram modeller och kunskaper som möjliggör kvalificerad analys av eventuella avvikelser.

Risk för kostnadsövervältring?

Det är viktigt med regler för att förebygga kostnadsövervältringar. I Östergötland har man tagit fram tre principer. Den enskilde patienten får inte utsättas för olägenhet. Utfärdande av recept vid sjukhus eller hos privatläkare ska avse

en förbrukning av läkemedel för minst 6 månader. En patient som kontrolleras på flera mottagningar kan ha flera läkare som var och en är ansvarig för förskrivning av sina ordinerade läkemedel. Man har utvecklat stödssystem där läkemedelsinformatörer är ett stöd för allmänläkarna. Man har också ordnat nätverksträffar för att diskutera problem relaterade till läkemedelsval och användning.

Synpunkter från verksamheterna

Undertecknad fick möjlighet att tillsammans med Thomas Bremell från Reumatologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, redogöra för verksamheternas utgångspunkt i dessa frågor. Det är vi förskrivare som i vardagen brottas med frågeställningar som uppstår i våra konsultationer, i mötet med alla olika patienter. Man kan inte glömma att deras förväntningar och krav styrs ifrån många håll; egna upplevelser, inte minst från massmedia som pumpar ut budskap som får stor genomslagskraft utan att på något sätt vara "kvalitets-säkrade", från vänner, från alternativa metoder etc. Många gånger kan vi ställa oss frågan hur våra patienter egentligen använder sina mediciner. De flesta måste nu klara av att läkemedlen ständigt byter namn och vi har fortfarande stora problem med läkemedel som kasseras. Hur vi ska förhålla oss till den kunskap som finns, vad som är evidensbaserat och var vetenskapen står idag, erbjuder oss ständigt nya tveksamheter. Vad är bra förskrivning? När riskerar vi under- respektive överförskrivning? Hur upprätthålls en god kvalitet? Hur kan vi göra bra uppföljningar? Ett fullt delegerat läkemedelskostnadsansvar, hur kommer det att påverka vår förskrivning?

Vi behöver tid att diskutera och vi behöver kunskap kring läkemedelskommittéernas rekommendationer och i så stor utsträckning som möjligt följa dessa. Interkollegiala samtal, uppföljningar i form av t.ex. audits och tid för att reflektera över det egna förskrivningsmönstret är viktigt för en förbättrad kvalitet i vår läkemedelsförskrivning. Det krävs också hos alla aktörer en öppenhet för förändringar som sker successivt. Följsamhet till

prioriteringar och att vi som förskrivare upplever att det finns lyhördhet för våra förklaringar till de förskrivningsmönster som vi har. Det behöver också finnas öppenhet hos oss till förändrat beteende när det behövs.

Fungerar

decentraliserat kostnadsansvar?

Dagen avslutades med några övergripande frågor angående om hur decentraliserat budgetansvar kommer att fungera och om det är värt insatserna.

Forskarna uttryckte en viss tveksamhet utifrån forskningens resultat där man inte entydigt kan visa på att ett delegerat läkemedelsbudgetansvar har fördelar. Det finns dock tecken som tyder på fördelar om alla ovanstående villkor är uppfyllda.

Sammanfattningsvis är det många faktorer som påverkar läkemedelsförskrivning och användning och man behöver ha perspektiv på både kort och lång sikt för att kunna bedöma om man verkligen "sparar".

Goda råd till oss förskrivare kan bli: följ de riktlinjer som finns, sätt ut läkemedel som inte har effekt, gör rätt läkemedelsval där användningen av generika är ett mål.

Alla var överens om att tillit och ödmjukhet krävs av alla inblandade aktörer.

Våra patienter är inte kohortutdrag. Vi behöver kunskap om de vetenskapliga fakta som finns och modet att applicera dem på rätt sätt.



Agneta Hamilton

Kustens vårdcentral, Kungälv
Agneta.hamilton@ptj.se

BMJ learning

- IT-stött lärande när det är som bäst

Fakta

Adress: <http://www.bmjlearning.com>
Kostnad: gratis, men registrering krävs
Målgrupp: ST-läkare såväl som specialister, föreläsare inom allmänmedicin
Tidsåtgång: 20–30 min per modul.

I samarbete med Royal College of General Practitioners erbjuder välkända BMJ (British Medical Journal) gratis ett alldeles utmärkt utbud av onlinekurser under sajten *BMJ learning*. Ämnena håller sig inom allmänmedicinens ramar, och till skillnad mot många andra liknande tjänster är merparten av författarna själva (brittiska) allmänmedicinare. Fokus ligger på vardagsnära kliniska frågeställningar men även lite ovanligare, men ändå nyttiga moduler finns att tillgå. Ett exempel på det sistnämnda är en kort-kort sammanfattning av kunskapsläget kring fågelinfluensan.

Oberoendet av industrin är en annan styrka. Det första kursämnet på listan är "Accepting gifts and hospitality from drug companies" – en bra övning i att förhålla sig till industrins locktoner. Stoffet står generellt på en bra EBM-grund. Det mesta av innehållet kommer från tidskriften *Clinical Evidence*.

Grunden består av att man inventerar sitt eget utbildningsbehov, och därefter anmäler sig till de moduler som svarar mot behovet. Efter avslutad och godkänd modul får man ett tjugigt diplom som med fördel kan ingå i utbildningsportföljen.

Modulerna är av tre olika slag:

- *Interactive case histories*. Modulerna består av verklighetstroga fallbeskrivningar, där man stegvis kontrollerar sina kunskaper. Kunskapskontrollen kompletteras med *pre-tests* som man tar innan modulen, och *post-test* som ofta är samma frågor, som man genomgår efter. Det pedagogiska greppet gör att man ofta upptäcker såväl fördomar som kunskapsluckor innan man tar emot informationen i modulerna.

- *Just in time*. Här handlar det om korta, kondenserade budskap kring di-



agnoser eller bredare ämnen. Skulle man vilja fördjupa sig finns alltid länkar till kompletterande information, och de reviews och motsvarande som ligger till grund för modulen.

- *Read, reflect, respond*. Här tittar man närmare på de mer personliga delarna av att vara vårdgivare. Man uppmanas att skriva en kort reflektion kring ämnet, en bra övning i att formulera sig kring känsliga ämnen.

Fördelarna med detta sätt att hämta in kunskap och reflektera kring sin yrkesgärning är flera. Det är ett tidseffektivt sätt, inga resor behövs, och modulerna är inte mer tidskrävande än att man kan hinna med ett par stycken på en timme. Nackdelen är framför allt att innehållet ibland är helt specifikt för Storbritannien, t.ex. när det gäller sjukskrivningar eller regler för läkemedelsförskrivning. Annat är helt universellt, t.ex. hur man hanterar risken att bli anmäld eller förhållandet till läkemedelsindustrin. Innehållet stämmer väl överens med riktlinjer som används i Sverige, t.ex. när det gäller

val av läkemedelsbehandling vid diabetes eller hypertoni. Jämfört med många industrisponsrad kurs, och för den delen en del SK-kurser, håller innehållet hög klass. Upphovsmännen verkar behärska såväl sitt ämne som pedagogiken. Språket är förhållandevis enkelt, och man behöver sällan slå i lexikon för att förstå modulerna.

Designen på sajten är sparsmakad, något man uppskattar mer efter att ha besökt andra motsvarigheter som är rena fyrverkerier av animationer och bildspel. Less is more.

Formen, mediet och pedagogiken skulle passa väldigt väl även till ämnen helt specifika för Sverige eller än mer lokala frågeställningar. Kan man hoppas att Kursdoktorn, IPULS eller någon annan utbildningsaktör finner det så intressant att man utvecklar svenska moduler?

Staffan Olsson

ST-läkare, Lund

Staffan.olsson@mf.lu.se

Riksstämman med allmänmedicinsk profil

Det är tretton år sedan jag senast besökte Riksstämman. Minns att jag förra gången kände mig frustrerad över den hektiska miljön. De allmänmedicinska guldornen var alltför få, för att jag skulle se denna begivenhet som ett återkommande inslag i min fortbildning. I år skulle det bli annorlunda enligt förhandsinformationen, så jag beslöt mig för att åka för att se om det stämde. Temat med den psykiska ohälsan lockade. Närmare vardagen i mottagningsrummet är svårt att komma i fråga om ämnesval.

Öppningssymposiet *Den nya psykiska ohälsan* angav tonen. Det här skulle bli en specialitetsöverskridande träffpunkt. Kaj Norrby, allmänläkare på stressmottagning, Åsa Nilsson, psykiatriker, och Åke Nygren, rehabiliteringsforskare, lyckades fånga ämnet bra utifrån olika perspektiv. Marie Nilsson, artist (Ainbusk singers), satte en personlig prägel med berättelsen om sitt livstrauma.

Per Fugelli, norsk allmänläkare och socialmedicinare, föreläste om begreppet Tillit – medicinens grundämne nr ett. Han lyfte fram aspekter i det allmänmedicinska arbetssättet som vi från professionen tydligare behöver framhålla gentemot politiska beslutsfattare. Han uttryckte också förvåning över allmänmedicinens svaga position i det svenska samhället, eftersom man i kulturellt jämförbara länder i Europa, exempelvis Norge, Danmark, Holland och England, på ett helt annat sätt värdesätter fenomenet ”personal doctoring”. Hans föredrag styrkte min allmänmedicinska självtillit, vilket väl var avsikten. Texter av honom kan du hitta via hans hemsida <http://folk.uio.no/pfugelli>

Symposiet Moderna sjukdomar var en av stämmans höjdpunkter. Idéhistorikern Karin Johansson inledde med frågor: Vad är sjukt i sensationalismens tidevarv? Varför ökar den psykiska ohälsan?



Foto: Anders Lundqvist

Per Fugelli

Handlar det om ökad sårbarhet, ny sjukdomssyn eller fördjupad medikalisering? Vad innebär det att vara modern? Med hjälp av modernitetens kodord *förändring, tempo, och framtidstro* beskrev hon utvecklingen från 1800-talets slut till dagens uppskrivade förändringsbenägna prestationssamhälle. Ohälsa har blivit en förhandlingsfråga med många aktörer. Hon beskrev klassifikationssystemets anpassning till den upplevda ohälsan. Diagnoser och individers upplevda ohälsa ingår i en slags växelverkan, vilket försvårar mötet mellan läkare och patient.

Carl Edvard Rudebeck, allmänläkare, menade att psykiska och kroppsliga dimensioner i presentationen oftast är svåra att särskilja. Symtomen beskrivs som diffusa – ändå känner alla allmänläkare igen dem. Medicinska moden skiftar men i konsultationsrummet är det mesta sig likt. Professionen har emellertid svårt att handskas med de nya syndrom/kriteriediagnoserna. Förekomsten är kontroversiell, och prevalensen varierar mellan enskilda läkare. Den vetenskapliga bevisjakten pågår men bytet flyr. För individen har oförmågan och lidandet blivit existentiella beslut. Själva symtomet är extrovert. Somatiseringen innebär förstärkt uppmärksamhet på kroppens negativa signalspråk. I mötet blir maktlösheten krävande och jakten på

orsakssamband pockande. Misstron ligger nära och ärligheten i kommunikationen svår att vidmakthålla. Andra vårdgivare är beredda att tillhandahålla diagnosen. Det är viktigt att vi skiljer på diagnos och bekräftelse, förvaltar känslorna, tystar den biomedicinska reflexen, ger otryggheten utrymme, söker förmågan och fördelar ansvaret. Avslutningsvis framhöll Carl Edvard Rudebeck sjukskrivningsinstrumentet som en viktig etiologisk faktor till *depressionsepidemin* och varnade för okritisk användning av SSRI-preparat och KBT.

Posterutställningen innehöll en hel del fina allmänmedicinska arbeten, men kunde kanske marknadsförts ännu bättre. Den stora utställningen kändes spatiös och trevlig. Mitt intryck från förra gången av en Kiviks marknad i medicinsk tappning var borta. Kul att utforska bokhandlarnas monstrar. Det fanns en hel del andra ljuspunkter också, men jag nöjer mig med att konstatera att jag fick mersmak. Jag kommer nog att besöka Riksstämman oftare framöver.

Anders Lundqvist

Notis

Förtidspension? Inte enbart hälsotillståndet avgör

I en avhandling som nyligen lagts fram i Linköping visar samhällsvetaren Berit Ydreborg att arbetslöshet, låg utbildning och utländsk bakgrund oftare får avslag på ansökan om förtidspension än andra med motsvarande hälsotillstånd. Den som är arbetslös löper sju gånger så stor risk att få avslag. De som nekas förtidspension hamnar ofta i en situation där de bollas mellan arbetsförmedling, försäkringskassa och socialtjänst. Kanske skillnader i intygsskrivande läkares attityder och förmåga att uppfatta och beskriva patienternas besvär kan förklara en del av skillnaderna?

ANNONS

2006 – endnu et fantastisk år for Wonca og andre kongresser!

Det kan godt være svært at vælge i år! Men hvad enten du vælger den ene eller den anden kongres, så får du og din familie en meget stor oplevelse. Vi skal først og fremmest overvære den europæiske konference i vakra Firenze! Her har vi Wonca Regional Conference, 27–30 August, som sikkert bliver velbesøgt. Du kan læse mere om konferencen på www.woncaeurope2006.org. Naturligvis er familiemedlemmer velkomne og alle skal se de pragtfulde musæer og indånde byens charmerende atmosfære. Og mon ikke mange vil leje en bil i nogle dage for at se Toscana?

Mange af os har drømt om at se Alaska, men hvordan? Her er muligheden: Wonca Rural Health Conference finder sted dels i Seattle og dels i Anchorage, 8–15 September. Vi kommer til at høre om Alaskas inuiter og vi skal se den pragtfulde natur. Læs mere på: www.ruralwonca2006.org

Wonca Asia Pacific Regional Conference finder sted i Bangkok 4–9 November. Læs mere her: www.thaifammed.org. Vi har fire dage i Bangkok og bagefter har vi to ture: til Chang Mai og ud til de små øer. Udover Wonca's egne kongresser findes disse:

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly, Washington, D.C. 27 September til den 1 Oktober. AAFP har været manges favorit kongres i mange år. Læs mere på www.aafp.org. Det gælder også her at der er et stort program for familien! Og Washington er en charmerende by.

Royal New Zealand College of General Practitioners' Annual Conference. Auckland. 11–13 August. Her er vi meget velkomne og vi vil naturligvis se så meget af NZ som muligt efter mødet på en uges rundrejse på begge øer. Læs mere på: www.rnzcgp.org.nz

Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Assembly. Brisbane. 5–8 Oktober. Vi har mange års gode erfaringer med denne kongres, som alle finder meget spændende. Læs mere på www.racgp.org.au Bagefter rejser vi til Great Barrier Reef, Ayers Rock, Sydney, Tasmanien og meget mere.

Kig på www.allanpelch.dk hvor du vil finde alle oplysninger om kongresser og rejser. Du er også velkommen til at skrive til mig på apelch@dadlnet.dk

Det er spændende at være med på disse kongresser. Mange har allerede været med, men mange har endnu ikke haft oplevelsen. Tag en hurtig beslutning.

Venlig hilsen,
Allan Pelch
Herlufmagle, Danmark
apelch@dadlnet.dk



Svag statlig styrning gav sämre äldrevård

Sociologen Dietmar Rauch har i en avhandling vid Umeå universitet jämfört svensk barn- och äldreomsorg med andra länder och även studerat hur utvecklingen skett de senaste årtiondena. Hans slutsatser är att Sverige har en bra barnomsorg till följd av att staten där tagit ett tydligt styrningsansvar, medan motsatsen gäller för äldreomsorgen. Bristande central styrning och pressad ekonomi har gjort att kommunerna gått emot nationella mål.

wise
mind

Psykologiskt Kunskapscenter

Introduktionskurs i

Kognitiv terapi för personal i primärvård

i
Dubrovnik
2–8 juli 2006

Dubrovnik, belägen vid Adriatiska havet i Kroatien, är en av Europas mest välbevarade medeltidsstäder, högt rankad på UNESCOs världsarvslista. I Dubrovnik finns ett rikt kulturliv, vänliga människor och kristallklart badvatten.

Kursens syfte: Patienter med psykiska problem och livsstilssjukdomar utgör en allt större grupp inom primärvården. Genom att komplettera det medicinska samtalet med ett terapeutiskt förhållningssätt, kan behandling ofta underlättas. Kursen ger grundläggande färdigheter i kognitivt förhållningssätt och samtalsmetodik, liksom grundläggande kunskap om diagnostik och kognitiv behandling.

Kursledare: Samia Boukter, psykiater och leg psykoterapeut.
Eva Hedenstedt och Eva Gafvelin Ramberg, leg. psykologer och leg psykoterapeuter.

För information och anmälan se www.wisemind.se eller kontakta
Eva Hedenstedt, info@wisemind.se, 090-77 47 35, 070-265 25 75

ANNONS

Läkarkåren alltmer internationell

Den som nu för tiden söker läkare i Sverige har rätt stor chans att träffa en doktor med utländskt namn. Det är i och för sig inte något helt nytt. På 70-talet arbetade många danska och norska läkare på vårdcentralerna i Värmland. Doktor Ole och doktor Kirsti hade fördelen att inte behöva lära sig ett nytt språk. Med en del tillägnade svenska uttryck och god vilja kunde läkarna från våra grannländer göra sig förstådda av värmlänningarna. Men några patienter klagade alltid över den obegripliga danskan.

Nu har de danska och norska läkarna för länge sedan dragit hemåt. Andra har kommit i deras ställe. Bland flyktingar från världens krishärdar fanns många läkare som efter en knölig väg med bevärliga språktester och ifrågasättande kompetensbedömningar lyckades ta sig in i den svenska sjukvården. En del av många begåvade ungdomarna bland flyktingarna skaffade sig svensk läkarutbildning när de fått uppehållstillstånd. Inte så få utländska läkare har på eget initiativ lärt sig svenska och sökt jobb i Sverige. Under 2000-talet kom många landsting på idén att aktivt värva läkare utomlands. Brain-drain, tycker kritiker. Under de fem åren 2000 till 2004 legitimerades cirka 7 450 läkare av Socialstyrelsen. Av dem hade 3 770 svensk och 3 780 utländsk utbildning [1]. Av de senare är en del svenskar med utbildning utomlands [2], men det är helt klart att invandrare utgör en stor andel av den yngre delen av svenska läkarkåren. Bland de landstingsanställda läkarna är nu knappt en fjärdedel, eller 6 200, födda utomlands och av dem kommer 44 procent från länder utanför Europa [3].

Hur har det då gått för de utländska läkarna?

Man kan ju tänka sig att sjukvården är känslig eftersom språket och mellanmänsklig kommunikation är så central

när människor söker hjälp. Men massmedia har inte larmat och på min ort, där det funnits många utländska läkare, har folk inte klagat särskilt mycket. Ett par artiklar i Läkartidningen ger delvis en annan bild. Många utländska läkare känner sig utsatta och ensamma och även diskriminerade. Läkarförbundets kollegiala nätverk har engagerat sig och läkarna har bildat stödföreningen ILIS (Föreningen internationella läkare i Sverige). En studie visar att kommunikationen mellan svenska patienter och utländska läkare fungerar generellt bra. De svenska patienterna är positiva till utländska läkare och hjälper gärna till vid språkliga problem. Men kommunikationen med de svenska kollegorna och sjuksköterskor är inte lika bra, anser många utländska läkare [4,5].

Själv har jag de senaste åren haft den intressanta uppgiften att vara kursledare vid tre kurser i medicinsk författningskunskap för läkare med utländsk examen. Kursdeltagarna har representerat drygt 15 länder. Blivande specialister i allmänmedicin har utgjort en stor andel. Författningskunskap kan låta torrt men kursen ger en utmärkt inblick i det svenska samhället och dess rådande värderingar. Diskussionerna har varit livliga. Såväl likheter som olikheter mellan de svenska förhållandena och dem deltagarna kommer från har kommit upp. Det kursdeltagarna framhållit är den förhållandevis starka ställning de svenska patienterna har och att svenska allmänläkare arbetar på ett mycket bredare sätt än kollegorna i nästan alla andra länder. De utländska läkarna är generellt positivt inställda till den svenska sjukvården men de är förvånade över den svenska sjukskrivningskulturen – ”en annan värld” som en tysk läkare uttryckte det – liksom över de långa väntetiderna till specialistkonsultationer. Vid alla kurserna har skyldigheten att anmäla misstanke om att barn far illa, betonandet av patientens

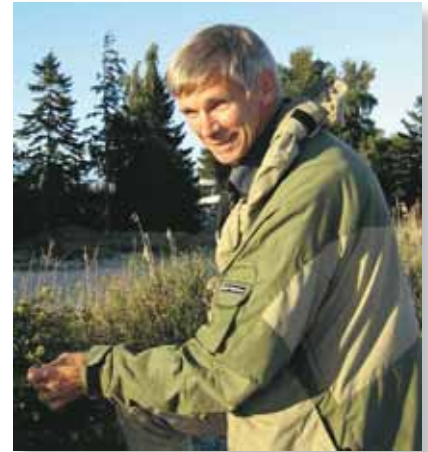


Foto: Anders Lundqvist

Stig Andersson

autonomi och abortlagstiftningen varit föremål för ingående diskussioner.

Kontakterna med de utifrån kommande läkarna har lärt mig mycket. Inte bara om hur det kan vara i andra länders sjukvård utan också om svenska förhållanden, attityder och värderingar. Jag kunde låna mina kollegors glasögon och kunde upptäcka saker som slentrianen tidigare skymt. Jag tänker också på förståelsens möjlighet. I det mest lokala och befolkningsnära av läkaryrkena, allmänmedicinen, kan doktorer från andra länder och kulturer fungera. De omvända positionerna är lika vanliga. En svensk läkare arbetar med invandrade patienter från andra kulturer. När dessa överbyggande relationer fungerar på ett terapeutiskt sätt finns anledning att vara optimistisk.

Stig Anderson

Referenser:

1. Svenska Läkarförbundet. Läkarfakta 2001 t.o.m. 2005.
2. www.Socialstyrelsen.se/Publicerat/2005
3. Hopp om lugnare arbetstempo i Pippi Långstrump-land. Läkartidningen 2005; 102 (42):3013.
4. Allt fler utländska läkare hör av sig till Läkarförbundet. Läkartidningen 2005; 102 (6):366-67.
5. Patienten hjälper doktorn med språket. Läkartidningen 2005; 102 (6):367-68.

ANNONS



Från Hippokrates till framtidens allmänmedicin

Vid WONCAS Europakonferens, 3–7 september 2005 på Kos i Grekland, deltog drygt 2000 allmän-/familjeläkare och ST-läkare från över 50 länder. Från Sverige kom cirka 20 personer varav åtminstone tre ST-läkare (Pontus Stange för ST-rådets räkning). Flest deltagare hade Grekland, Portugal, Spanien och Finland med närmare 100 familjeläkare/ST-läkare.

Hippokrates, medicinens fader, föddes på Kos, en ö fylld av historiska magnifika byggnader och fornlämningar. Vid ruinerna av ett av världens första sjukhus bjöds vi som avslutning en dramatiserad föreställning av Hippokrates ed. Hippokrates träd, livskraftigt dock med stödkryckor till grenarna, besökte vi självklart. Givetvis var Hippokrates även konferens-tema "From Hippocrates to the Human Genome – allmänmedicinens historia, nutid och framtid". Åtskilliga presentatörer citerade Hippokrates, till exempel "Det är viktigare att veta vem personen är som har en sjukdom än att veta vilken sjukdom som en person har". Fem dagar fyllda med ett stort antal inspirerande programpunkter: plenumföreläsningar,

workshops, fria föredrag, posters m.m. Tyvärr ojämnt fördelade vilket gav som mest 18 parallella sessioner! Här kommer ett axplock:

C van Weel från Holland och WONCA:

– Allmänmedicin är kostnadseffektiv.

– Det finns en ökande kunskap om *vad* som är effektivt men fortfarande en bristande förståelse av *varför*. Det räcker ej att göra rätt enligt vårdprogram eller att bara vara empatisk läkare. För att uppnå bra resultat (good outcome) krävs att god klinisk kompetens/följsamhet till riktlinjer kombineras med god patient-läkarrelation/empati!

– Det krävs både kvantitativ (analys av *vad, när, var, vem*) och kvalitativ (förståelse av *varför, hur*) forskning. Betydelsen



av studier i primärvård/ klinisk verksamhet betonades.

Interaktiva och lärorika workshops på tre huvudteman med Europeiska nätverken EURACT (frågor om läkargrundutbildning/AT/ST/fortbildning/CPD), EQUIP (kvalitetsfrågor) och EGPRN (forskning i primärvård).

Ett huvudtema var "*cultural determinants of illness and the role of General Practice/Family Medicine*" som handlade om att utveckla kulturell kompetens och färdighet.

Andra teman rörde behov – patientens och befolkningens vårdbehov samt läka-rens behov av kompetensutveckling (lärt vi det vi behöver eller det som vi redan är relativt bra på?) samt temat effektivitet.

Det nya dokumentet "EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine" [1] presenterades och fick ett mycket positivt mottagande inte minst av ST-läkarna.

2002 antog WONCA Europa en definition av allmänmedicin med angivande av sex kärnkompetenser. "Educational Agenda" går ett steg längre och beskriver ingående dessa kärnkompetenser [2], de tre grundläggande läkaraspekterna kontext, attityd/förhållningssätt och vetenskap samt viktigast av allt – syntesen av allt detta. Vidare anges metoder för lärande och utvärdering liksom referenser. Ett kompetens- och resultatbaserat lärande betonas. I första hand är den ett bra redskap för handledare och ST-läkare, men delar kan med fördel även användas inom grund- respektive fortbildning/CPD. Förhoppningsvis kan detta ►►



Kafferast under konferensen

Foto: Pontus Stange



dokument bidra till en harmonisering av ST i allmänmedicin och allmänt stärka allmänmedicinens roll i Europa.

Workshop: Burn-out – endast en fråga om arbetsbelastning?

Hög grad av burnout enligt en nyligen genomförd enkätstudie bland praktiserande allmänläkare i 14 europeiska länder bland annat Sverige. Studien har dock metodologiska begränsningar. Några allmänmedicinska aspekter som framkom: Svåra och tunga patienter är endast toppen av isberget! Medias överbetoning av ”medicinska framsteg” diskuterades. Vårdprogram, flera ej relevanta för primärvård – det nya Babels torn? Medikalisering av sociala problem. Sjukvårdssystem – kontrasten mellan strikta regler och orealistiska förväntningar. Görs familjeläkaren till syndabock för detta?

Plenarsession: Tips och fallgropar om publicering och artikelskrivande

Mycket intressant och lärorik session, en av konferenstopparna. Medförfattarrollen belystes – att aktivt medverka och offentligt kunna stå till svars för innehållet. Det är ej tillräckligt att enbart vara behjälplig med datainsamling. Fenomenet spökskrivare – person som bidragit eller skrivit en artikel men som själv ej omnämns i artikeln. Exempel gavs där läkemedelsföretag använts sig av detta i syfte att marknadsföra en produkt.

Själv berättade jag om våra erfarenheter av **AT-start i Primärvården Gästrikland**.

Resultat från enkäter distribuerade till AT-läkare respektive huvudhandledare under åren 2001–2005 redovisades. Huvudsakligen har vi positiva erfarenheter.

ST-läkarnas entusiasm under konferensen var ett lyft, och det bådars gott för framtiden.

Detta var min första WONCA-Europa konferens men förhoppningsvis inte den sista. WONCAs konferens 2006 äger rum 27–30 augusti i Florens Italien! Slutligen tänk globalt – agera lokalt!

Monica Lindh, Falun
Svensk EURACT-representant
monica.lindh@telia.com

Referenser/lästips:

1. The EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine, hemsida www.euract.org
2. Lindh M. EURACT European Academy of Teachers in General Practice. *AllmänMedicin* 2005;2:35-37



Vasco da Gama

Vasco da Gama

– ny organisation för blivande allmänläkare inom EU:s gränser

Låt mig ta er tillbaka till sommaren och den grekiska arkipelagen i början av september. Vädret är varmt och behagligt, vattnet är blått och salt, maten på de nattöppna krogarna friterad och konferenscentret packat med tusentals svettiga distriktsläkare. Den europeiska WONCA-konferensen hölls på ön Kos vid den västerländska medicinens vagga (Hippokrates Eskleipion), vilket ingen grek var sen att påtala.

Under två dagar före den stora konferensen samlades ett 50-tal blivande eller nyfärdiga allmänmedicinare för att sjösätta Vasco da Gama-rörelsen.

Man kan undra varför en europeisk ST-läkarorganisation är döpt efter en portugisisk sjöman som väl framme vid resans mål började med att skjuta araber med kanon, inget lysande empatiskt förhållningssätt. När idén till organisationen uppkom liknade en av grundarna

oss ST-läkare vid Marco Polo som gav sig av på en lång resa för upptäckter och lärdomar. Man befann sig i Lissabon varför portugiserna givetvis svarade med namnet på en lokal upptäcktsresande. Organisationen fick sitt namn och man sydde snabbt ihop en flagga och ett emblem. Ett flertal protester framfördes dock vid årets konferens så vi ska nog inte förvånas om namnet så småningom ändras, vi får väl se.

Vad ska vi ha Vasco da Gama-rörelsen till?

Inom EU:s gränser har våra specialister rätten att verka som ”GP:s” enligt Direktiv 93/16. Betyder det att vi kan flytta hur som helst – har vi verkligen samma jobb i EU:s olika länder? Efter mycket arbete utkom WONCA och EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) med *the European Definition of General Practice/Family Medicine* 2002 och lagom till årets konferens kom

uppföljaren *the Educational Agenda*. Den första beskriver konsensus över minsta gemensamma nämnare för vad som utmärker vår specialitet – sannerligen inget enkelt jobb. Den senare hur man på bästa sätt skall lära sig behärska området. När man arbetade med dokumenten upptäckte man att utbildningsläkarna själva inte var med i diskussionen och inte heller i särskilt hög grad på de stora internationella konferenserna i WONCA:s regi. För att råda bot på detta kom idén med en ST-rörelse.

Du ST-läkare som läser detta är del av organisationen!

Det bör nämnas att långt ifrån alla EU-länder ens har ”allmänmedicin” som specialitet (Frankrikes första specialis-



Eskleipion

Foto: Pontus Stange

"The great Republic of Medicine knows and has known no national boundaries..."

Sir William Osler

"General practice is the easiest job in the world to do badly, but the most difficult to do well"

Professor Sir Denis Pereira Gray

Vasco da Gama-rörelsens programförklaring och organisation:

- a. Providing a forum, support and information for trainees and young GPs through access to WONCA Europe regional conferences and pre-conferences.
- b. Establishing a communication network between European trainees and young GPs and identifying their concerns, doubts and needs and helping to address them.
- c. Improving the quality of training programmes for general practice by establishing a central information database on European programmes, and setting quality standards.
- d. Writing and publishing newsletters concerning the movement for national colleges and associations.
- e. Working with host organizing Committees in organising junior doctors pre-conference meetings held during WONCA Europe regional conferences.
- f. Collaborating with national colleges and associations in general practice, and stimulating the formation of national representation of young and future GPs.
- g. Collaboration with international organisations of general practice and the representation of the movement at international meetings.

ter kommer att vara klara till 2007 när WONCA-konferensen hålls i Paris). Vi i Sverige har det verkligen väl förspant på många sätt, inte minst historiskt och ekonomiskt, men vi har fortfarande mycket att lära av våra kollegor i Europa. Vi har också mycket gemensamt – jag mötte inte en enda som inte klagade över nedlåtande kommentarer från andra specialister eller dåliga arbetsförhållanden på andra kliniker!

Ämnen som vi diskuterade och som Du kanske har svaret på var bland annat följande:

- Varför har Allmänmedicin så låg status?
- Varför har vi så svårt att beskriva vad vi är specialister på?
- Varför har vi svårt att rekrytera ST-kollegor och vad vi ska göra åt det?
- Hur ska vi få ut att vi inte är "de överblivna" läkarna som inte blev något annat?
- Hur ska vi förbättra våra utbildningsförhållanden?
- Hur ska vi förbättra innehållet i våra besök på andra kliniker?
- Ska det finnas intagningskriterier för att få bli ST i Allmänmedicin?
- Ska det finnas en obligatorisk examen i slutet av ST?

Sverige representeras i rörelsen av medlemmar av SFAM:s ST-råd och

frågorna ovan är inte nya i våra diskussioner. Vi ska givetvis arbeta för att ta hem idéer från kommande konferenser och föra dem vidare till er för diskussion. Monologer som denna kommer att skrivas här i tidningen och förhoppningsvis kan dialoger och diskussioner, inom inte alltför lång tid, föras via en mailing-lista som upprättas för alla ST-läkare i Allmänmedicin via SFAM.

Det snart nedlagda Fammi har upprättat ett ST-Forum som hade sitt första möte i början av december och här sitter även några av ST-rådets medlemmar med.

Vill du själv informera dig aktivt finns Vasco da Gama-rörelsen med på WONCA:s hemsida (www.woncaeurope.org) och de två dokumenten ovan finns att ladda ner via EURACT:s hemsida (www.euract.org under *Publications*). Jag kan rekommendera bägge för inspirerande läsning.

Ett mål med organisationen är att få ST-läkarna att besöka WONCA-konferenser i högre utsträckning än tidigare. Jag vill därför passa på att göra reklam för nästa som går av stapeln 27–30 augusti 2006 i Florens (www.woncaeurope2006.org).

Ännu har vi i ST-rådet inte kommit på hur vi ska kunna underlätta så att fler kan åka, men vi kommer kanske på nåt så småningom (har du idéer så hör av dig).



Pontus Stange

SFAM:s ST-råd och svensk representant i Vasco da Gama-rörelsen
Mullsjö Vårdcentral
pontus.stange@telia.com

ANNONS

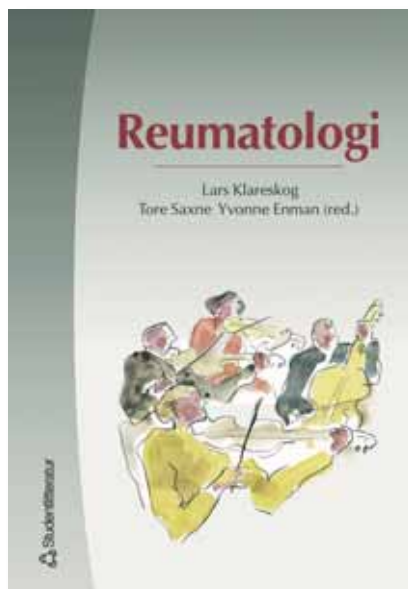
Svensk lärobok om reumatiska sjukdomar

Reumatologi är ett område där det skett väldigt mycket, framför allt när det gäller forskning och förståelse av bakomliggande mekanismer, men också när det gäller ändrade kliniska rekommendationer som följd av ny kunskap. Liksom vid astma och andra sjukdomstillstånd med inslag av inflammation har syftet med terapi alltmör flyttats från symptomlindring till att bromsa sjukdomens förlopp, för att minska risken för framtida organskada och funktionsnedsättning. Ofta används immunhämmande läkemedel, ofta i olika kombinationer för olika patienter och vid olika skeden av sjukdomsförlopp.

Många av dessa patienterna har även ökad risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom och kortare livslängd än befolkningen i övrigt. Detta innebär att tidig upptäckt och adekvat diagnostik blir allt viktigare. Och då måste förstås man som allmänläkare vara bra på att kunna skilja agnarna från vetet, eftersom vi möter ett mycket stort antal patienter som söker för ledvärk utan att de har någon reumatisk sjukdom.

Svensk reumatologisk forskning ligger långt framme i ett internationellt perspektiv, både när det gäller grundforskning och klinik. Boken har sammanställts av ett stort antal av landets ledande reumatologer och blir därigenom en manifestation av den konsensus som finns mellan våra lärosäten när det gäller utredning och behandling. Vilket ger extra tyngd åt bokens rekommendationer. Trots att de olika kapitlen är skrivna av olika författare, så har redaktörerna – två professorer och en journalist – lyckats bra med att få ihop delarna till en bra helhet. Illustrationer eller faktarutor finns på nästa varje sida, vilket jag som läsare är tacksam för.

Förutom olika allmänna avsnitt beskrivs olika specifika sjukdomar som RA, SLE,



Reumatologi
Lars Klareskog, Tore Saxne,
Yvonne Enman (red)
Studentlitteratur 2005
ISBN 91-44-03645-0
435 sidor

psoriasisartrit, sjögrens syndrom, vasculiter och många andra (varav några jag inte tidigare hört talas om, såvitt jag minns). Diagnostik av ledbesvär bör ske i tre steg: är besvären ledutlösta eller inte – inflammatoriskt tillstånd eller inte – en eller flera leder. Man bör dessutom ta ställning till om det rör sig om ett akut, subakut eller långdraget insjuknande. Vid ledbesvär är samtidig förekomst av uttalad trötthet, vikt-nedgång, långdragen feber eller anemi alarmsymptom som manar till noggrann genomgång. Behandlingskrävande artrit kan föreligga även utan förhöjning av SR eller CRP.

Vid misstanke om RA bör ställningstagande till immundämpande behandling ske inom två månader efter symptomdebut.

RA bör misstänkas vid ledsymptom och antingen mer än tre svullna leder eller engagemang av metatarsophalangeal alternativt metacarpophalangeal eller mer än halvtimmes morgonstelhet. Förutom övrig provtagning rekommenderas bestämning av antikroppar mot citrullinerade peptider (anti-CP), ett prov som har bättre specificitet (96–98%) än reumatoid faktor, även om sensitiviteten är likvärdig (60–70%). Röntgen av händer och fötter bör också beställas tidigt.

Graviditet och äldre har särskilda kapitel, liksom bland annat kost (vem har inte fått många frågor om det?), fysisk aktivitet, vaccinationer, kardiovaskulär sjukdom, reumakirurgi och smärta. För flera tillstånd anges diagnostiska kriterier, dock inte för alla, vilket förvånar mig eftersom boken även har blivande reumatologer som målgrupp.

Klinisk ledundersökning visas med bilder och läsaren får även information om ledpunktionsteknik, laboratoriediagnostik och bilddiagnostik. Flera läkemedel som kan vara aktuella har potentiella biverkningar, vilket tas upp i respektive terapiavsnitt. Varje avsnitt avslutas med utvalda referenser för den som vill fördjupa sig ytterligare.

Reumatologin i Sverige skiljer sig från anglosaxisk genom ett mer utvecklat samarbete med sjukgymnaster, arbetsterapeuter och andra yrkesgrupper som arbetar tillsammans med läkarna i team. Dessa delar blir därför också bättre beskrivet i denna bok än om man i stället skulle skaffa en engelskspråkig. Detta är inte en bok man har med sig i fickan. Den är väl värd att skaffa, både som lärobok för utbildningsläkare och som uppslagsbok för den erfarne läkarens behov.

Roland Morgell

Zick-zack genom Medicinkyrkan

Karl-Erik Fichtelius var histologiprofessorn som lämnade sina lymfocyter på labbet i Uppsala, och blev distriktsläkare i Ångermanland. För mig personligen, och säkert för många av mina generationskamrater, var han en förebild, som vågade lämna den "skyddade" akademien och bege sig ut till folket. Jag har alltid tänkt mig honom som en klok karl, som fattade beslut på realistiska grunder och i praktisk handling vågade stå för sina beslut. Under 16 år som distriktsläkare och senare som landstingspolitiker kom han att göra sin röst hörd i många sammanhang.

Under åren 1983–85 skrev han ett omfattande bokmanus, som aldrig hittade någon förläggare. Nu har detta manus redigerats av Bo Anders Öberg och kan beställas som "books on demand". Det är en bok som spänner över stora områden. I första kapitlet ger Fichtelius en bild av den kliniska medicinens segergång efter första världskriget. Det är ingen tvekan om att det är de biomedicinska forskningsrönen, som står för utvecklingen framåt, men redan i inledningen blandar Fichtelius in den stränge medicinkritikern Ivan Illich, vars ande sedan svävar över texten.

I de följande kapitlen går han så till hårdare attack mot den "medicinkyrka", där såväl präster (läkare), som lekmän bedriver ett, i långa stycken, irrationellt spel, där vetenskapen kan uppträda som förklädd mytologi och där läkarna kan uppträda som reduktionistiska vetenskapsmän, när de hellre borde uppträda som helare och schamaner, eller som billiga agenter åt läkemedelsindustrin, när de borde uppträda som vetenskapsmän. Fichtelius berör många av den moderna medicinens kärnområden med kritisk distans och en stor portion sunt förnuft. Han skriver om onödiga hälsokontroller, om tvivelaktig läkemedelsanvändning och kliniska läkemedelsprövningar, om illness och disease och om behovet av



Medicinkyrkan
Karl-Erik Fichtelius
Redaktör: Bo Anders Öberg
<http://booksondemand.e-butik.se/>
ISBN 91-631-7329-9
111 sidor, Pris: 125 kronor

att ha något att tro på. I brist på religiös tro träder hälsa fram som en alternativ religion med många avdelningar och underavdelningar.

Fichtelius talar för mer vetenskap i den medicinska praktiken och han skriver insiktsfullt om åldrande och död. Med stor energi driver han tesen att våra stora, dödliga folksjukdomar är uttryck för att vi är "överåriga däggdjur", som helt enkelt måste dö av något, när vi har nått vår artspecifika ålder som enligt Fichtelius ligger någonstans mellan 80 och 90 år.

Etiska val och dilemman är ett annat stort område, som Fichtelius berör. Han framhåller att prioriteringar på olika nivåer tillhör de allra viktigaste och svåraste frågorna för sjukvården i vår tid. Vilka principer ska man följa? Hur ska man väga den enskilde mot kollektivet? Är konsekvensetiken den

bästa vägen att följa? De övergripande prioriteringsfrågorna måste vi överlämna till medborgarnas representanter det vill säga politikerna, eftersom det inte finns några bättre alternativ. Hur skulle det se ut om den medicinska professionen bestämde? Men det är inte lätt att vara sjukvårdspolitiker. Fichtelius ger en del goda råd bland annat utifrån sin egen erfarenhet som politiker. En del av råden är väl värda att ta till sig för politiker i dag, medan andra sedan länge har passerats av tiden och utvecklingen.

Boken tar utan tvivel upp många viktiga frågor, men ambitionen är orimlig. Det går inte att ge en rättvisande bild av den moderna medicinens framväxt och dilemman på drygt hundra sidor, även om de är finstilla och stora. Det vimlar av intressanta trådar, men tyvärr förlorar man dem oftast alltför snabbt i det täta textnystanet.

Man måste tyvärr säga att innehållet som helhet ger en återkommande känsla av att "detta har jag hört många gånger förut". Mycket tål visserligen att sägas på nytt, men för att kännas angeläget måste det just *sägas på nytt*. Det är lika svårt för en läkare att bedöma nedsättning av arbetsförmågan idag, som för 20 år sedan, men man kan inte bortse ifrån att det har sagts mycket om problemet under mellantiden. Det problematiska förhållandet mellan illness och disease är ett annat bestående dilemma, som inte självklart kan formuleras likadant 2005, som 1985.

Sammanfattningsvis är boken en rik exempel-samling från såväl vetenskapens som den (o)prövade erfarenhetens och sjukvårdspolitikens områden. Exemplet framförs av en klok och kunnig kollega med god förankring i den biomedicinska vetenskapen och med öppet sinne för livets osäkerhet och stor respekt för de (kunskaps)områden, som ligger utanför de reducerande vetenskapernas domäner. Ändå kan jag inte reservationslöst

rekommendera boken för läsning. Några skäl till detta torde redan ha framgått. Därtill kommer att den är ganska tung och trasslig att läsa, vilket delvis beror på Fichtelius märkvärdigt zick-zackartade sätt att argumentera. Efter att ha följt en bestämd, ibland nästan övertydlig

linje kan han plötsligt vända på stället, ta tillbaka minst hälften av det han har sagt och lämna läsaren åt sitt öde. I efterordet framgår att han själv är medveten om denna, nästan konsekventa metod att skapa västgötaklimax. Det hjälper inte att det är djupt mänskligt att vilja

många saker samtidigt. En debattbok som inte håller en viss konsekvens även i det mångtydiga kommer troligen inte att lämna några bestående spår.

Christer Petersson, Växjö
christer.petersson@ltkronoberg.se

Bra bok om äldre multisjuka!

Geriatrikern kan ses som de äldres generalist. En bok till generalister måste ta sin utgångspunkt i ett bestämt perspektiv. Det "allmänna" är ju nämligen något annat än summan av alla underspecialiteter. Två erfarna pedagoger och specialister har tagit ett speciellt grepp på ämnet "Äldresjukvård" riktat till läkare och annan personal inom kommunal äldreomsorg. Jag bestämde mig för att läsa en hel bok som omväxling, ämnet blir allt viktigare framöver. Med den aktuella revirdiskussionen kring speciella äldrevårdcentraler i minnet var min läsning till en början kritisk och ifrågasättande. Efterhand blev jag dock alltmer imponerad.

I 21 kapitel tar man upp de viktigaste aspekterna på speciella teman. Man täcker inte allt men det är inte heller ambitionen, vid speciella tillstånd hänvisas till speciallitteratur. I stället för specialitetsindelning av sekundärvården har verklighetens medicinska problem fått styra upplägget.

I första delen mera allmänna avsnitt om principer för vården, åldrandet, läkemedelsbehandling, rehabilitering. Teoretiserandet är mera kortfattat och oproblematiserat än för allmänmedicinare. Hit har även förts infektion, smärta, urininkontinens, nutrition (de borde väl logiskt hör till den andra "kliniska" delen?).

I den andra delen koncentrerar man sig på ytterligare nio kliniskt avgränsade områden: Magproblem, frakturer, trycksår, psykiska besvär, komplikationer till



Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter.
Åke Rundgren, Ove Dehlin
Studentlitteratur 2004
ISBN 91-44-02097-X

stroke och diabetes, beteendestörningar vid demens, palliativ vård. Särskilt lyckat är avsnittet där man sammanför "Yrsel, falltendens, postural hypotension och svimning". Den grundläggande motsättningen mellan möjlig behandling och utredning och den rimliga hanteringen är väl avvägd i hela boken. Resursbrist eller åldersgränser diskuteras inte. Övervägandet vid ordination är ju möjligen mera tillspetsat med riktigt gamla, men i grunden detsamma oberoende av ålder. Nyttå-/riskekvationen har dock förskjutits med utvecklingen. Själv tvivlar jag ofta på en del åtgärder som anhöriga, personal och även patienter pressar mig att utföra.

Vikten av återhållsamhet med läkemedel betonas konsekvent, många bra praktiska icke-farmakologiska tips.

Man avråder från ospecifik neuroleptika under lång tid, sömnmedel, lugnande medel dagtid och tricykliska antidepressiva. Däremot föreslås behandlingen med antidepressiva ökas. Det tycker jag kan ifrågasättas både vad gäller indikation, effekt och biverkningar. Dessutom övervärderas risperidon.

Ett kapitel tar upp regelbunden provtagning och test. För diabetespatienter sägs att provtagning kan inskränkas till dygnskurva med 6 värden och HbA1C var sjätte månad. Min erfarenhet säger att det är en fullständigt orealistisk nivå. Inte heller nämns det viktiga provet kreatinin som vid endast måttlig förhöjning utgör närmast absolut kontraindikation för metformin. På sjukhem blir det ofta aktuellt med nedtrappning av terapi för just diabetes.

I boken finns samlat en hel del användbara formulär och skattningsskalor. GAD för depression, testformulär ADL-funktion och kognitiv screening med MMT.

Har jag då lärt något nytt? Några detaljer kanske, men som allmänmedicinare idag brottas man med många av de problem som tas upp i boken och har provat det mesta som föreslås. Boken som helhet kan rekommenderas både för läkare och annan personal både i kommun och landsting som vårdar multisjuka äldre. Vissa kapitel passar perfekt för små korta genomgångar i teamet.

Peter Olsson, Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

ANNONS

Skånsk jordmån. Att växa – eller fastna i?

Julsoaré 2005. En traditionsrik, stämningssmättad högtid, årets avslut till doft av stearin och glögg. Mellanskånes medlemmar samlas kring pepparkarkorna.

I serien *Allmänmedicinska professorer från Orup*, Mellanskåne, är nr två, Sigvard Mölstad inbjuden. Förra året: Lars Borgquist. Nästa år: *ännu* vakant.

Ordf erinrar om en märklig företeelse. I Sverige finns 13 allmänmedicinska professorer och 9 milj invånare. Det innebär 1 professor på 692 307 invånare. Men från Orups 60 000 inv stammar två; det innebär en *20-faldig ökning* av prevalensen professorer, bördiga från den mellanskånska myllan.

Då är ändå Mogens Hey exkluderad. Han gick aldrig den akademiska vägen; den var honom för smal och för hal. Och för långsam.

Nu hör jag Dalby protestera, härifrån kommer en hel skrälllus. Men det håller inte – likheten med *Gotland* är slående. Vi *förväntar* oss på ön en hög prevalens Svenska mästare i Varpa. Här fanns *växt-hus*, liksom uti Dalbys Plantskola. Orup hade bara sin jord.

Lars Borgquist är till och med dubbel-disputerad. Hans insatser för höftfrakturerna är klassiska; granskade som de är ur såväl ekonomiska som medicinska aspekter. De av hans patienter som hade turen ha höftont, blev föremål för *olika paradigmer*; må vara att beslutsfattandet ej underlättades.

Sigvard Mölstads karriär är även klassiskt bred. Den börjar med *en grannes halsont*, leder över till en studie över Höör-kollegornas förskrivningsovanor. Han tar dem i upptuktelse, de slutar skriva ut antibiotika, vågar inte annat. Befolkningen överlevde, Sigvard tar kontakt med Birgitta Hovelius, leds rätt, dispu-

terar och blir guru. Nu förser han oss alla med *rätta tänket*. Svårast, som för alla profeter, är hemmaplan; skånsk befolkning är tungt behandlad. (Oskyddad som den är av berg och skog blir den lättare infekterad av kontinentala vindar; ett ofta förbisett faktum i analyserna.)

Mölstad förklarar det som förborgat är. Han kan tala rotvälska med eslövsbor men med lärde på nära nog mitokondriell nivå.

Nu sjunger på ett diktatband dr Renée Vickhoff sin hälsning: *Gläns över sjö och strand* och intet öga är torrt när diplomerade allmänläkaren Lena Khemir får SFAM Mellanskånes stipendium å kr 1 000 för sin *examensinsats*.

Se, det var ett avslut. Och ett avstamp! ”Och vad har vi lärt oss?”, som min gamla lärarinna plägade avsluta sina seanser.

1. *Gräv*, men fastna inte med spaden.
2. Blivande allmänmedicinska professorer hämtar *inspiration från alla de märkliga fenomen* som allmänläkaren möter på sin mottagning.
3. Akademiska företrädare *bör dricka glögg* med gamla kollegor, båda till inspiration.
4. *Alla ST-läkare ska gå in i SFAM* (framgick inte helt tydligt, *men så är det*).



Inge Carlsson, Lund
inge.karin@telia.com

Miljöpris



Ingrid Eckerman har fått Recips miljöpris 2005. Ingrid är allmänläkare med stort engagemang för miljö, folkhälsoarbete i primärvården och fackliga frågor med inriktning arbetsmiljö. Hon arbetar vid Folkhälsoenheten i Nacka (<http://www.slo.sll.se/nackafolkhalsa>) och är redaktör för föreningen Läkare för miljön (<http://www.dnsy.se/lfn/Startsida/>).



Kurs i konsultation och videosupervision, Kalymnos, Grekland

Vi under året 2006 planerat 2 kurser:
1. från den 19–26 Maj
2. från den 29 september–6 oktober
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

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

Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup, allmänläkare, amanuensis Charlotte Hedberg.

Deltagarantal: 32, som fördelas på 4 grupper med 8.

Pris: Kursavgift: 8.500:- DKR, Hotell + 2 middagar: 2.600:- DKR, Resa ca 2.500:- DKR

Kontaktperson:

Jan-Helge Larsen
Fredrikkevej 20, 2.
DK-2900 Hellerup
Tlf. +45-4921 5400
E-mail: jhl@dadmnet.dk

ANNONS

Nytt år – nya utmaningar

2006 verkar kunna ge SFAM mycket spännande och roligt arbete. Stabila och rimliga ramar för vårt dagliga kliniska arbete, en ny målbeskrivning för ST, verktyg för kompetensvärdering, deltagande i utvecklingsarbete på alla möjliga håll – det är några av de arbetsuppgifter som SFAMs styrelse ser för kommande år. Lite av detta beskrivs här nedan. Vad vill du själv delta i? Vad vill du veta mer om? Hör av dig till din lokalförening eller direkt till oss i styrelsen.

Utbildning – kompetensutveckling

Arbetet med att få fram en ny målbeskrivning för ST ser ut att kunna komma loss under våren. Regeringen tog i december beslut om den nya specialitetsindelningen och kommer i mars inrätta ett nationellt råd för bland annat arbete med målbeskrivningarna. När rådet kommit igång med sitt arbete räknar vi med att få presentera vårt målbeskrivningsförslag för att under året få det färdigt och fastlagt. Äntligen.

Som ni kunde läsa detaljerat om i förra numret arbetar vi också mycket med att få till stånd en bra fortbildning. Ett stort uppdrag. Bra fortbildning ska rimligen utgå från den enskilde läkarens behov av kompetensutveckling i just den situation hon eller han befinner sig. Det ska finnas möjlighet att själv värdera den egna kompetensen, hitta eventuella luckor, se hur luckorna bäst fylls och sedan också få möjlighet att fylla dem. SFAMs fullmäktige gav under höstmötet styrelsen i uppdrag att hitta bra verktyg för en kontinuerlig kvalitetssäkring av vår kompetens även efter ST. Det är ett mycket viktigt arbete, dels för att kunna kräva realistiska resurser, dels för att vi själva måste fundera ut hur det ska göras innan någon annan gör det åt oss.

Vad tyckte ni om Riksstämman 2005? Läkaresällskapet funderar över de vikande besöksiffrorna, och vill gärna att SFAM ska stimulera allmänmedicinerna till ökat deltagande. Har ni några åsikter eller idéer om detta?

Utveckling

Varken kompetensutveckling eller någon annan del i vårt dagliga arbete fungerar

bra utan rimliga och pålitliga anställnings- eller kontraktsvillkor. Även om många vårdcentraler (eller motsvarande) redan i dag är välfungerande, har varken offentligt eller privat driven verksamhet hittills kunnat ge oss bra arbetsvillkor fullt ut. Den organisation vi behöver för att få detta beskrivs i Protos-förslaget. Själva förslaget har varit klart rätt länge, men arbetet med att genomföra det pågår. Förhoppningsvis kan en provverksamhet komma igång i någon del av landet för att sedan spridas vidare. Arbetet med detaljerna, innehållet i rammen, fortsätter också.

Många instanser i samhället vill ha med allmänmedicinare i utvecklingsarbetet. Exempel på detta är den mängd olika remisser som kommer. Bland de senare – Försäkringsbolagens rätt till journalkopior, Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården. Remisserna täcker ett brett område och är ibland av marginellt intresse, men är ofta av större praktisk betydelse för oss än vad som syns vid första ögonkastet. Vi har tänkt att de svar vi skriver ska finnas på hemsidan så ni ska kunna ta del av de synpunkter vi haft. Jag önskar att ni kunde vara med mer aktivt, men vet inte riktigt hur det skulle kunna göras rent praktiskt, det är alldeles för ofta kort om tid. Är ni intresserade? De olika råden brukar vara med då och då, men sällan lokalföreningarna. Kan man tänka sig att de senare anmäler intresse för vissa frågor?



Foto: Bengt Grönberg

Annika Eklund-Grönberg

Forskning

I Sverige har den akademiska allmänmedicinen växt fram under 1980-talet samtidigt som allmänmedicin formellt blivit en specialitet. Under 1990-talet har vi sett en kraftigt ökad produktion av vetenskapliga artiklar och akademiska avhandlingar inom ämnet. Nu är det dags för ytterligare satsning på den akademiska allmänmedicinen så att utvecklingen inte avstannar.

Vad kan vi göra för att underlätta, för att få fler att börja? Vad fungerar hos er? Det gäller att få med både den som är ny i yrket och den som arbetat längre tid. Frågeställningarna varierar under yrkeslivet, men blir varken mer eller mindre viktiga.

Fortsättning

Förutom ovanstående kommer vi under 2006 att successivt ta över några arbetsuppgifter som idag sköts av Fammi. Vi diskuterar bland annat ST-verksamheten, kvalitetsvärderings-, hemsjukvårds- och riskbruksarbetet.

Det finns alltså mycket roligt att arbeta med. Hör av er!

Annika Eklund-Grönberg

ordförande i SFAM

annika.eklund-gronberg@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Vakant

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

Lars Borgqvist, 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

Kvalitet/Informatikrådet

Sven Engström
070-3304812
Sven.engstrom@swipnet.se
och Olle Staf
0485-151 33
olle.staf@ltkalmars.se

ST-rådet

Sofia Hellman
08- 672 37 00
sofiahellman@spray.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, 0156-53507
bjorn.stallberg@nln.dll.se

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk
Tomas Fritz, 08-718 73 00
tomas.fritz@klinvet.ki.se
tomas.fritz@telia.com

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@mse.dll.se

STOCKHOLM

Åsa Colliander
asa.colliander@priv.sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjustaden.nu

NORRTÄLJE

Bengt Stegemo
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

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
tel 042-149560

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

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

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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.nu

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
katarina.liliequist@gotanet.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
Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2006

Nr	Manusstopp	Utgivning
2	14/3	25/4
3	4/5	21/6
4	8/8	20/9
5	19/9	1/11
6	31/10	13/12

Sleven i grytan



Jag vet att jag kan bli bättre. Nej, det är inte ett nyårslöfte. Det vore närmast konstigt om jag inte kunde bli bättre. Jag är halvvägs in i min ST och ny ledamot av SFAMs styrelse, jag måste bli bättre. Redaktionen bad mig skriva om mina erfarenheter som styrelseledamot. Jag bara deltagit sedan det senaste årsmötet och, visst det har varit ett flertal möten, men min erfarenhet är begränsad, så ni får ta det för vad det är.

SFAMs styrelse är en gryta (ganska banal, men träffande beskrivning). Den är väl sammansatt, balanserad, ömsom trögflytande, ömsom lättflytande och ständigt sjudande. Ingredienser? Motiverade människor, goda idéer, mindre goda idéer, råd, nätverk, remisser, utbildning, forskning, namn, förkortningar och tempo. I grytan står en slev; den är lång, blank och ny. Sleven heter Pär. Sleven vevar entusiastiskt och frågar; vad betyder det, vem är det, varför, när, hur? Grytan är tålmodig och ger klara, tidsändamålsenliga svar. Sleven förstår, han sjunker lite djupare ned i grytan. Han är inte dum sleven, bara ny. Han lär sig. Han blir bättre.

Vad rör sig då i och runt grytan? Man har under hösten provsmakat många olika recept för utbildning och fortbildning. Det har kokat kring reexaminering. Om sleven hade haft ragg så skulle han ha rest den. Han har talat med många andra bestick och de känner likadant. Jaha, ska man bli provad nu igen? Är vi aldrig klara? Duger vi aldrig? Han visar sin ragg för grytan, för han är inte feg. Grytan håller till viss del med, men sleven har inte riktigt fått klart för sig vad det gäller. Vi ska inte provas i absurdum. Reexaminering är ett olyckligt ord, men en sorts kvalitetskontroll och

en form av fortsatt lärande som vi kan enas kring; att så här vill vi ha det, så här vill vi bli bättre. Sleven vevar lite långsammare men är inte helt nöjd. Grytan förklarar att om vi inte lägger kvalitetsförslag så kommer någon annan att göra det åt oss, för att det kommer att bli en kvalitetssäkring är i det närmaste fastslaget, det har någon annan i köket bestämt. Sleven vevar snabbare igen, hellre att vi får vara med om att utforma relevanta och patientsäkra kvalitetsmått än att någon annan gör det åt oss. Men det svider lite under den rostfria ytan, för han vill någon gång vara färdigprovad.

Grytan är i alla fall enig om att smaken aldrig kan bli god nog. Den önskar fler ingredienser och mer kryddor. Kom med på en provsmakning, sätt till din krydda, gå med i SFAM. Jag vet att jag kan bli bättre, jag hoppas att vi kan bli bättre.



Foto: Thomas Kvaernå

Pär Säberg
ST-läkare, Curera sjukvård AB,
Stockholm
par.saberg@curera.se

2006

Mars

Vitalis årlig konferens IT i vård
15-17 mars, Göteborg www.vitalis.nu

Fammis hemsjukvårdsdagar i Västerås
16-17 mars. www.fammi.se

April

Läkardagarna i Örebro
4-5 april 2006 Den stora och den lilla katastrofen – att möta och behandla människor i svåra situationer. Arrangeras av Örebro Läkaresällskapet i samarbete med Svenska Läkaresällskapet Wilandersalen, Universitetssjukhuset Örebro. Anm senast 3 mars www.orebroll.se/uso/utbildning/laekardagarna

Berzeliussymposium 65 Reproductive Health and Rights – Abortion, Contraception and Society. 6-7 april 2006 i Stockholm. För ytterligare information kontakta annie.melin@svls.se eller gå in på www.svls.se

Maj

Studierektorskonferens
11-12 maj i Varberg

Svensk idrottsmedicinsk förening
Vårmöte Örebro 11-13 maj. Första dagen inriktning primärvård. www.svenskidrottsmedicin.se/

Närsjukvård i glesbygd

Svensk förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till den 6:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin 18-20 maj 2006 i jämtländska Strömsund.

Skandinaviskt Venforum

18-20 maj. Skåne/Malmö. För närmare information: www.venforum.org

Kurs i konsultation och videosupervision på Kalymnos, Grekland
19-26 maj.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

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

Wonca Europa
27-30 augusti, Florens

September

EACH 2006 – International conference on Communication in Healthcare
5-8 september 2006
University of Basle, Switzerland
info: www.each-conference.com
Kontakt: Gill Heaton
each-conference@elsevier.com

Wonca Rural Health Conference

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

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly

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

Kurs i konsultation och videosupervision på Kalymnos, Grekland
29 sept-6 okt.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Oktober

Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Assembly
Brisbane 5-8 okt. www.racgp.org.au

November

SFAMs höstmöte
8-10 november, Umeå Folkets hus

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



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 051115. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu