

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 6 2005 ÅRGÅNG 26



Ett oberoende fortbildningssystem/sid 43

SFAMs höstmöte i Linköping/sid 21 • Tankar om vetenskapsteori/sid 7

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:

Vårdlotsar och hälsocoacher – nya medspelare i vården av *Staffan Olsson*

Fungerar vårdprogram och evidensbaserad medicin i primärvård? av *Lars Erik Adolffson*

Rapport från WONCA, Kos *Monica Lindh & Pontus Stange*

Illustrationer: Katarina Liliequist

3 Ledare

Politiker och allmänläkare gör olika tolkningar av folkets vilja
Karin Ranstad

5 Vetenskap & Utveckling

Självtillit och träning viktigare än smärtbehandling vid whiplashbesvär – avhandling av Lina Bunketorp
Stig Andersson
Insulinresistens, inflammation och hjärtsvikt
Erik Ingelsson

7 Tankar om vetenskapsteori

Oh Professor Paradigm, vad låter Ni mej se idag?
Ann Olsson-Gisklow

11 Debatt

Glæden ved at være praktiserende læge (del 2)
Jan Helge Larsen
Om sjukskrivningar och vårt förhållande till svaghet
Carl Edvard Rudebeck

21 SFAMs höstmöte

ST-spejarens rapport
Andréas Kasemo
Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAMs höstmöte
SFAMs årsmöte och utmärkelser

27 Debatt

SFAMs spaningsmöte – en personlig betraktelse
Bengt Järhult
En personlig kommentar – *Gunnar Carlgren*

31 Fortbildning

Psykiska och psykosociala problem – audit i en FQ-grupp
Karin Lindhagen

37 Konferens

Några glimtar från en Balintkongress
Lena Svidén

37 Notiser

Inbjudan till årets vecka 3-kurs
Annika Eklund-Grönberg ny ordförande

39 Recensioner

Primärvårdens strategiska val – *Jan Stålhammar*
Välkommen bok om sjukskrivning – *Monika Engblom*
ACT – hopp om förbättrad smärtbehandling – *Lars Englund*

42 Fortbildning

Nystart för SFAMs fortbildningssamordnarnätverk
Meta Wiborgh
Vad betyder Orden?

43 SFAM informerar

Om Protos och fortbildning
Kompetensutveckling för svenska familjeläkare – i korthet
Anna-Karin Svensson
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Goda tankar – *Agneta Hamilton*



Jan Helge Larsen om "Glæden ved at være praktiserende læge" (del 2).
Sidan 11



Om sjukskrivningar och vårt förhållande till svaghet. Carl Edvard Rudebeck debatterar på sidan 15.

"Allmänmedicinen är större än Protos! Därför är det farligt om allt hopp och all kraft från DLF och SFAM ställs på detta förslags vidare öden."

Läs Bengt Järhults inlägg i den avslutande paneldebatten på SFAMs höstmöte.
Sidan 27



Annika Eklund-Grönberg ny ordförande.
Sidan 37

ANNONS

Politiker och allmänläkare gör olika tolkningar av folkets vilja

Så är det snart jul igen och höstmötet håller på att falla i glömska. För min del kommer jag att minnas den inledande förmiddagen länge. Det var nämligen då jag kom på en förklaring till varför allmänläkare har så svårt att komma till tals i politiken.

Politiker väljs för att företräda befolkningens intressen i olika sammanhang. De utformar sina politiska idéer i program som de går till val på med jämna mellanrum. I praktiska frågor räcker inte detta. Andra metoder behövs för att ta reda på befolkningens behov och önskningar, som till exempel att möta intressegrupper, vara tillgänglig för signaler från enskilda, göra enkäter och utredningar med mera. Resultaten tolkas och formuleras utifrån politikens spelregler till förslag på förändringar, och presenteras slutligen som ett uttryck för folkviljan.

Allmänläkare träffar många människor. Några är så sjuka att de kommer ofta, andra behöver hjälp och råd inför en resa, kommer med sina barn på BVC, är oroliga för familjens äldre eller något annat. När man räknar samman befolkningens kontakter med allmänläkare brukar vi säga att på några år har vi träffat nästan alla på vår lista. Teamet på vårdcentralerna träffar en ännu större andel, eftersom sjukgymnaster, arbetsterapeuter och distriktssköterskor också har direkt kontakt med sina patienter. Vi skaffar oss på så sätt en bild av vad våra patienter efterfrågar och behöver som bygger på majoriteten av befolkningen. Vi upplever på så sätt folkviljan.

Två grupper möts i sjukvårdspolitik som på olika sätt har kännedom om folkets vilja och behov. Mötet borde bli fruktbart och leda till en sjukvård som bygger på en gemensam analys av problemen. Detta kunde leda till en

pragmatisk problemlösning och klok resursfördelning. Men så upplever vi allmänläkare inte att det har blivit i Sverige. Istället behandlas förslag och tankar från allmänläkare som uttryck för särintressen och behöver därför inte beaktas.

Protos är hittills ett sådant exempel. Utgångspunkten är nationella handlingsplanen, ett politiskt beslut bland annat för att säkerställa möjligheten för de svenskar som så önskar att välja en fast läkarkontakt, med allmänmedicinsk specialistkompetens. Detta skulle kräva väsentligt fler yrkesverksamma allmänläkare än som då fanns, vilket inte var okontroversiellt i sjukvården. Allmänläkarnas organisationer började skissa på en lösning utifrån de förutsättningar som fanns som förutom nationella handlingsplanen utgjordes av sådant som det fria vårdvalet, prioriteringsutredningen och andra dokument som syftade till att politiskt stärka patienternas ställning. Nästa steg var att förankra idéerna i Läkarförbundet, vilket inte var självklart.

Ett förslag som utarbetats inom en facklig organisation kan självklart inte bli trovärdigt om det dikterar förhållanden för andra fackliga organisationer. Det hade varit ologiskt och förmått, processen måste föras demokratiskt utifrån varje professions förhållanden. Den delen av arbetet pågår nu.

Jämför gärna denna långsamma och mödosamma process med den poli-

tiska processen för tio år sedan kring "Husläkarlagen" och dess upphävande. Mycket blev sagt, men jag kan inte påminna mig någon enda kommentar om att särintressen styrde sjukvårdspolitik.

Kan det vara så att grundproblemet med Protos och andra förslag, som till exempel det om allmänmedicinskt institut, är att de kommer från allmänläkare. En grupp, som på grund av sin roll i samhället, utmanar politikerrollen så att politiker hellre tar till maktspråk än för dialog. Det kanske inte alls handlar om sakinnehållet i förslagen, utan om tolkningsföreträde och makt. Närsjukvård kan då bli ett tänjbart begrepp för att visa var beslutsmakten finns, och vem som har företräde när det gäller att tolka folkets vilja.

Redaktionen önskar en lugn och eftertänksam jul!



Foto: Gunmar Brink

Karin Ranstad

ANNONS

Självtillit och träning viktigare än smärtbehandling vid whiplashbesvär

Den 16 september 2005 disputerade sjukgymnasten Lina Bunketorp på en avhandling om nacksmärtor efter trafikolyckor. Man räknar med ett tillskott av 1500 nya fall varje år.

Lina Bunketorp undersökte 121 personer som 17 år tidigare sökt vård på grund av nacksmärtor efter bilolycka. Över hälften hade fortfarande nackbesvär och en tredjedel av dem kunde inte arbeta. Hon fann inget samband mellan patienternas grad av medicinsk invaliditet och deras grad av upplevd funktionsnedsättning. Smärtans intensitet och upplevelsen av smärtan kunde skiljas från varandra som två olika komponenter. Personer som upplever, tolkar och hanterar smärtan på olika sätt tycks ha olika förutsättningar för återhämtning.

Självtilliten, dvs. tron på den egna förmågan att klara av vardagliga aktiviteter *trots* smärtan, förefaller viktigare än smärtan som prognosfaktor för patientens sätt att fungera. Individanpassad fysisk träning är mer effektiv än hemträning när det gäller att minska funktionsnedsättning och konsumtion av smärtstillande medicin samt öka självtillit, träningen påverkade dock varken smärtan eller övriga kroppsliga besvär. Lina Bunketorp anser att sjukgymnasten från början bör ta reda på hur patienten upplever sin smärta och även bedöma hans/hennes självtillit och sedan satsa på en anpassad fysisk träning med sikte på stärkt självtillit och funktionsförmåga.

Avhandlingens resultat är ingen överraskning för allmänläkare med intresse

Avhandling: Analysis and management of whiplash associated disorders

Institution: Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi, Göteborgs Universitet

Disputand: Sjukgymnast Lina Bunketorp, lina.bunketorp@fhs.gu.se

Handledare: Professor Jane Carlsson

för smärtbehandling. Det är ändå av värde att få vetenskaplig bekräftelse för en holistisk och beteendeorienterad behandlingsstrategi för patienter med nacksmärtor utlösta av olycksfall. Avhandlingen belyser behovet av samarbete mellan läkare och sjukgymnast med patienten i centrum.

Stig Andersson

Insulinresistens, inflammation och hjärtsvikt

Som allmänläkare är det viktigt att rätt kunna identifiera personer som utan åtgärd löper hög risk att drabbas av framtida sjukdom. Min avhandling baseras på ULSAM – *Uppsala Longitudinal Study of Adult Men* – en populationsbaserad, longitudinell studie som startade 1970. Deltagarna har undersökts vid flera tillfällen, och våra data har årligen kompletterats med uppgifter om avlidna och insjuknade via nationella register.

Sammanfattningsvis visar min avhandling att insulinresistens och inflammation är starka och oberoende riskfaktorer för utveckling av hjärtsvikt, och att de förefaller vara inblandade i den tidiga processen som leder fram till sjukdomen. Vidare visar den att låg betakaroten-nivå samt ökad apolipoprotein B/A-I-kvot är oberoende riskfaktorer för hjärtsvikt.

Man vet sedan tidigare att diabetes och fetma ökar risken, men vi är först i världen med att visa att subkliniskt rubbad sockeromsättning predicerar insjuknande

i hjärtsvikt. Dessa fynd var oberoende av förekomst av diabetes och/eller fetma. Våra resultat tyder på att insulinresistens är en mekanism som orsakar hjärtsvikt hos diabetiker och överviktiga, men även hos friska, normalviktiga personer. När det gäller inflammation kunde vi visa att ett så enkelt mått som sänkereaktion var en signifikant prediktor för hjärtsvikt, oberoende av andra riskfaktorer, inklusive hjärtinfarkt.

Våra resultat demonstrerar vikten av att tidigt uppmärksamma övervikt, det metabola syndromet och avsaknad av fysisk aktivitet, då dessa faktorer är bra markörer för insulinresistens och därmed ökad risk för hjärtsvikt. Om mina resultat bekräftas i andra studier, kanske det också kan bli aktuellt att kontrollera sänkan som en del av riskbedömningen i framtiden?

Erik Ingelsson

ST-läkare, Knivsta husläkarmottagning
erik.ingelsson@pubcare.uu.se



Avhandling 1 oktober 2005

Doktorand: Erik Ingelsson

Titel: Insulin Resistance and Inflammation as Risk Factors for Congestive Heart Failure

Institution: Folkhälso- och vårdvetenskap / Enheten för geriatrik, Uppsala Universitet

Handledare: Lars Lind

Länk: <http://publications.uu.se/theses/abstract.xsql?dbid=5879>

ANNONS

Oh Professor Paradigm, vad låter Ni mej se idag?

Kursen i "Vetenskapens filosofi och historia 5p" är obligatorisk för alla doktorander vid Karlstad Universitet och hösten 2004 var det dags för mig. Alla doktorander går denna kurs tillsammans, det är lite unikt. Studenterna och föreläsarna var således både från "NT och hum/sam", som det heter på universitetsjargong. Tyvärr pratade de flesta av professorerna väldigt lite historia och ännu mindre filosofi utan mest om sin egen dagliga forskning. Men strunt samma, det var häpnadsväckande (och för en kvinna ganska provocerande) att bli varse den gömda kultur och det dolda samtal som pågår innanför "Alma Maters" väggar.



Ann Olsson-Gisklow

Jämställdhet och genusperspektiv har lyfts fram i det offentliga samtalet under de senaste 30 åren, men denna samhälleliga "diskurs" har åkt värdshus förbi. Bara en sån sak.

Men det är trots allt riktigt kul att åter kliva in på universitetet när man blivit äldre. Det är mysigt att sitta och gaspa på föreläsningar, precis som i sin ungdom. Man får kurskamrater som är i ens egna barns ålder och häpnar över föreläsare som på pricken liknar ens gamle reaktionäre farfar (salig i åminnelse). Sådant muntrar onekligen upp.

När man går kursen i vetenskapens filosofi och historia kan man inte undgå namnet Thomas S. Kuhn (möjligen kan man undgå att läsa hans bok trots att den är obligatorisk kurslitteratur). Kuhns centrala term är PARADIGM. Detta ord är inte lätt att begripa för Kuhn är en snårig herre. Enklare då att gå till Svenska Akademiens Ordlista. Där står det klart och tydligt att ordet "paradigm" betyder "världsbild".

Alltså är ett paradigm ett sätt att betrakta världen. Och att det inte bara finns ETT paradigm, ett enda sätt att betrakta

världen på, det var helt uppenbart efter min första kursvecka. Jag vacklade hem en solig fredag, rejält omtumlad över att tingen och tillvaron kunde uppfattas så diametralt olika av en ung manlig doktorand i praktisk kemi (ingen nämnd och ingen glömd) och av en gammal (nåja...) kvinnlig distriktsläkare med hjärtat hos hum/sam. "Skilda världar" är bara förnamnet.

Efter ett par veckors föreläsningar och gruppdiskussioner klarnar bilden: vi är alla doktorander, men där slutar likheterna. Vår syn på världen och på verkligheten kunde inte vara mer olika. Vi ser med samma ögon och hör med samma öron men ingen ser och ingen hör samma sak. Vi satt dagligen i hetsiga gruppdiskussioner där alla blev lika upprörda över de andras dövhet, de andras blindhet och de andras totala brist på insikt om solklara naturlagar och samhälleliga sanningar. Till slut insåg jag att det är just detta som är Kuhns poäng: på universiteten måste vi inordna oss i de lokala paradigmerna. Vi måste acceptera den världsbild, den bild av världen, som existerar på vår in-

stitution. Att bli doktorand är helt enkelt att gå med på att våra professorer och handledare klämmer dit ett par glasögon på våra näsor: "Så där, unga kvinna, unge man, från och med nu ser du verkligheten genom dessa coca-colabottnar! Om du vill forska inom just den här specialvetenskapen och hos den här professorn, vill säga." Och på Karlstad Universitet finns – liksom på alla universitet världen över – massor av myndiga (manliga...) professorer och lika många lokala paradigm som det gäller att huka inför.



Kuhn menar dock att det även finns globala paradigm och ett antal sådana skiftande världsbilder (alla under sin tid lika "sanna" och "vetenskapliga") har passerat revy under århundradena: det Aristoteliska (300-talet f.Kr.), det Kopernikanska (1400-talet), det Newtonska (1600-talet) ►►

ANNONS

och det Einsteinska (1900-talet). Om de lokala paradigmerna kan liknas vid trästaket som begränsar vårt seende (men inte helt och hållet, man kan i smyg kika genom springorna när professorn är upptagen med annat), så utgör det globala paradigmet en veritabel ringmur och på den står det med fem meter höga bokstäver: "Hit tänker du – men inte längre – om du vill uppfattas som seriös forskare." Karlstad Universitet vakar alltså, liksom världens alla universitet, över vetenskapens framsteg och dessa steg kan bildligt och bokstavligt inte tas vart som helst. I kärlek kan vi (om vi törs) gå dit hjärtat leder oss, men inom forskningen går vi dit professorn vill. Punkt.



När man blivit doktorand (eller forskar på annat sätt) är det därför livsviktigt att ha klart för sig vilket paradigm man inordnar sig i, eftersom det är fullständigt avgörande för vad man själv och ens professor/handledare kan (och får) bli varse. När man skriver, gör man naturligtvis som professorn och handledaren säger (annars är det omöjligt att bli publicerad i vetenskapliga tidskrifter). MEN, utan en smärtsam medvetenhet om sin egen och sina professorers/handledares blindhet, avstannar hela ens utveckling både som forskare och som människa. Det blir säkert en "vetenskapligt" godkänd avhandling till slut, men utan insikt om forskningens lydnadsvillkor (och att det bara handlar om 7 år för Rakel), går man i stå inombords och vid disputationen spottar utbildningsfabriken bara fram ytterligare en blåkopia av en viss professors eller handledares "sanning". Och det var väl inte det man ville uppnå med fyra-fem års slit (och studieskulder i halvmiljonklassen). Ännu mindre är det vad världen behöver.

Hur ser ditt eget lokala forskningsparadigm ut? Vilka coca-colabottnar har du varit tvungen att sätta på näsan när du forskar? Det överlämnar jag med varm

hand åt dig själv att fundera över (men bäst att genast sätta igång, för visst skaver de lite?).

Jag ska nu berätta om mitt eget paradigm. Vad ser en kvinnlig distriktsläkare, hennes professor, hennes handledare och hennes forskningsenhet, när de blickar ut över världen?

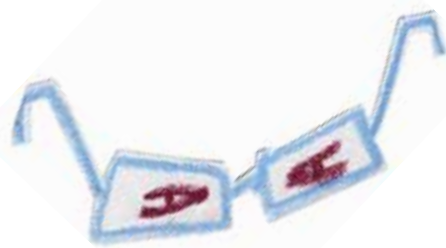
Ganska mycket till att börja med, för ett paradigm innehåller inte bara en bestämd verklighetsuppfattning. Den består också av en kunskapssyn (vad är vetenskaplig kunskap?), en viss människosyn (vilken är människans natur, väsen, hennes existensvillkor?), en helhetsbild av universum (som gör anspråk på att vara vetenskapligt grundad), ett överenskommet vetenskapsideal (vad som är vetenskapligt "föredömligt") och vissa metodologiska föreskrifter. Jag tar dem i tur och ordning.

Först kunskapssynen – dvs. vad man får kunskap om, vad jag uppfattar som kunskapens natur, dess "essens". Det finns å ena sidan filosofer som anser att vi kan få *direkt* kunskap om objekt, föremål och fenomen i världen. Det finns å andra sidan de filosofer som anser att vi "bara" kan få kunskap om *våra egna föreställningar* om objekt, föremål och fenomen i världen. Inte riktigt samma sak, alltså. Kinkigt läge, till och med.



Med andra ord, är jag realist eller är jag idealist? Om jag är realist så skiljer jag på det som finns i människans medvetande och det som finns i världen. Jag anser då att kunskapsobjektet existerar oberoende av mig själv och att det *inte* skapas av mej under kunskapsprocessen (kunskapsobjektet är transcendent). Som kunskapsteoretisk realist hamnar jag i sällskap med herrarna G. Moore (f.1873) och B. Russel (f.1872).

Motsatsen är att vara kunskapsteoretisk idealist. Då anser jag att kunskaps-



objektet är beroende av mitt medvetande dvs. helt eller delvis producerat av mig själv, då säger man att kunskapsobjektet är immanent. Sällskapet består nu av herrarna G. Berkeley (f. 1685) och Immanuel Kant (f. 1724). Fortfarande ingen dam i sällskapet.

På Primärvårdens FoU-enhet, där jag forskar, härskar helt klart realismen. Men måste jag välja Russels sida eller Kants kant? Helst vill jag avskaffa dikotomiernas förbannelse (lagen om att något tredje icke gives) och hävda att tillvaron är alltför komplicerad för att tvingas in i två motsatta kategorier. De flesta objekt, fenomen och människor man möter på sin väg genom livet (och i forskningen) är inte antingen transcendent eller immanenta utan "både och", ibland är de lite mer av det ena, ibland lite mer av det andra. Såväl elektroner som tonåringar glider mellan sina motsatser (våg/partikel, rökare/icke rökare). Ena stunden våg, den andra partikel, röker ibland, snusar ibland, nikotinfri långa perioder. Både elektroner och tonåringar är ständigt på väg, liksom aldrig riktig möjliga att nagla fast och definiera som rökare eller icke rökare, våg eller partikel en gång för alla. Både och alltså, beroende på omständigheterna.

Så till min människosyn. Tänka sig. Jag har arbetat ett halvt liv som läkare utan att ett ögonblick reflektera över min människosyn (men helt visst över frågor som alla människors lika värde). Det går under kursen upp för mig att det finns tre "människosyner", inte bara en. A. människan är helt och hållet ett däggdjur. B. människan är delvis unik, delvis ett däggdjur. C. människan är helt och hållet unik.

Om jag anser att *människan är helt och hållet ett däggdjur* anser jag att människan är en materiell-biologisk varelse. ►►

”Kanske bär vi oss åt som vi gör, helt enkelt för att vi är avundsjuka på allt levande, som med en sån självklarhet, list och klokhet glider omkring i moder naturs famn.

Här finns inget jag, inget medvetande, ingen värdighet, ingen frihet att välja eller något ansvar som behöver studeras med speciella metoder. Människan består enbart av ett stimulus-respons-maskineri, som inte skiljer henne från t.ex. daggmasken. Här finner vi grundvalen till Skinners behaviorism. Här hittar man de HUGO-forskare som letar i människans genom och där tror sig finna all information som behövs. En sådan människosyn gör varje kvalitativ ansats överflödig. Människan kan beskrivas, förklaras och (håpnadsväckande nog) även *förstås* med hjälp av enbart fysik, kemi, elektricitet, gener osv.

Om jag anser att människan är *delvis unik och delvis ett däggdjur*, har jag en dualistisk syn på människan. Människan ses då som skild från djuren genom sitt förnuft (ratio) och sin ande (själ) men är samtidigt en integrerad del i naturen, dvs. hennes kropp är det. Studiet av denna dualistiska människa motiverar att man använder både kvalitativa metoder för studier av de andliga och själsliga dimensionerna och kvantitativa metoder i studiet av kroppen (metoder som är desamma som man använder för att studera den övriga naturen med). Denna människosyn utgör, som jag förstår, grundvalen för att man gör experiment på möss och apor och sen av resultaten anser sig kunna dra slutsatser som gäller även för människan (för hon är ju också ett däggdjur).

Till dem som har en dualistisk syn på människan hör Aristoteles, Tomas av Aquino, Descartes och Heidegger. (Inga kvinnor. Så fort en kvinna tänker någorlunda snabbt, kallas det intuition och inte filosofi, eller hur).

Om jag utgår från att *människan är unik*, betyder det flera olika saker: att jag anser att människan har större värde än något annat. Att hon är rationell och har en fri vilja samt att hon är en andlig

varelse (det är detta som skiljer ut henne från däggdjuren). Människans ande (själ) är till sin natur helt annorlunda än hennes kropp. Att studera denna unika varelse kräver då unika metoder.



Inom mitt lokala forskningsparadigm och inom mitt yrke – läkarens – tror jag de flesta ansluter sig till en dualistisk syn på människan. Vi inser – om inte förr – när vi står på ”värkstadsgolvet” att människan har både en kropp och en själ/ande och att dessa samspelar med varandra. Någon enskild metod, kvalitativ eller kvantitativ, som kan greppa över hela denna andliga, kroppsliga, ständigt interagerande och minst av allt statiska människa, finns helt enkelt inte.

Men privat nöjer jag mig inte med denna trånga kostym. Jag har en dualistisk syn på *allt* levande, människor såväl som träd, gräs och stenar. Jag menar att allt levande och ”dött” på vår jord har ande, själ och kropp. Men så länge vårt globala paradigm (vår ringmur) inte tillåter oss att se det, så kommer ingen forskare att kunna se havets, stenarna eller trädens ande och själ. Vi kommer att fortsätta att vara egocentriska, respektlösa och oförsämda i vår attityd mot naturen och allt levande som finns där. Kanske bär vi oss åt som vi gör, helt enkelt för att vi är avundsjuka på allt levande, som med en sån självklarhet, list och klokhet glider omkring i moder naturs famn. Vi kunde också kunna vila i den famnen, men vi kan inte, så länge vi blockerar vårt seende.

Även om de flesta inom medicinen har en dualistisk människosyn, så verkar mycken medicinsk forskning vägledas

av en människosyn som är ”biologisk” och endimensionell (människosyn alt. A alltså). Inom riskbeteendeforskningen har denna människosyn lett till att forskningen mestadels sker med kvantitativa metoder. Man skickar ut enkäter med färdiga frågor och fasta svarsalternativ (ihoptotade av vuxna). Sen bearbetas svaren fram och baklänges med diverse sofistikerade statistiska program i datorn. I de flesta fall har forskarna tvingats erkänna att man tyvärr inte lyckades förklara de ungas riskbeteende (man har ställt fel frågor helt enkelt). Och preventionens historia är full av misslyckande insatser, orsakade av bl.a. en endimensionell människosyn. Man har betraktat ungdomar som enkla stimulus-respons-maskiner, i vilka lärare, poliser, föräldrar och politiker bara behöver mata in X antal nya kunskaper och vips! ut skulle simsalabim! komma ett ändrat beteende. I hellsike att det gjorde. Alla unga vet idag att rökning dödar, 20% av dem röker i alla fall. De styrs alltså av något annat än information utifrån (till skillnad från maskiner som gör som vi säger om vi matar in information).

Summa summarum

Jag vet naturligtvis att jag har ett par glasögon på näsan. Dom är till för att korrigera min närsynthet och astigmatism. Progressiva dessutom. Och svindyra.

Men jag har ett par glasögon till på näsan. Efter fem veckors snabbfärd genom vetenskapernas filosofi och historia vet jag alltså att dessa nyfunna glasögon består av en realistisk kunskapssyn och en dualistisk människosyn. Återstår att utröna mitt vetenskapsideal, min metodsyn och min helhetsbild av universum.

Till detta återkommer jag i nästa artikel.

Ann Olsson-Gisklow, Karlstad
ann.olsson@kbab.net

Illustrationer: Katarina Liliequist

Glæden ved at være praktiserende læge (del 2)

Jan Helge Larsen fortsætter her med sine refleksioner om arbejdsvillkorens betydelse for lægernes trivsel. Han tar sin utgangspunkt i skillningerne mellom den danske praktiserende lægernes og den gennemsnitlige svenske allmänläkarens arbetssituation. Del 1 var införd i AllmänMedicin nr 5/2005.



Danmark – Sverige

Lad os – lidt karikeret – se på forskellene mellem Danmark og nogle steder i Sverige med den praktiserende læges øjne: Jeg kender fru Hansen fra før: hun var gravid med Peter, fik amme problemer, depression og skilsmisse, men fik det så rigtig godt igen, fungerer fint på sit arbejde osv. Men i dag kommer hun altså fordi hun har ondt i halsen. Jeg undersøger halsen og spørger til hvordan det ellers går. Vi fortsætter vores relation, jeg føler mig professionelt forbundet med hende. (Danske patienter har i gennemsnit kontakt med deres læge 6 gange årligt – konsultation og telefon).

I Sverige kommer der en halsbetændelse præsenteret af en – for mig ukendt – kvinde ved navn fru Hansson. Hende føler jeg mig ikke specielt forbundet med selv om jeg er venlig og professionel. Jeg har heller ikke nogen grund til at sætte mig nærmere ind i hendes livshistorie, hvis jeg da ikke gør det af nysgerrighed. Jeg undersøger hendes hals, giver hende behandling og ønsker hende god bedring. Måske skal hun også lige have recepter på p-piller og noget antacida – svenske patienter går i gennemsnit kun til læge mindre end 2 gange årligt. Begge føler vi mødet venligt, professionelt, men samtidig med et strejf af fremmedgjorthed og uberørthed. På svensk hedder konsultationslokalet ”expedition”, og jeg fik faktisk jævnligt en følelse af at være en der ekspederer patienter, en følelse af at være uberørt og lidt brugt. Jeg kommer til at mangle følelsen af at blive fyldt op, at opleve, at bruge mig selv – jeg bliver mest brugt. Hvor bliver glæden af?

Selvfølgelig kan jeg opleve en professionel glæde fx når jeg lytter på nogle lunger, finder en nedsat respirationslyd og ved røntgen af thorax får bekræftet mit fund: formentlig en lungecancer. Jeg har gjort mit håndværk godt nok, og måske kan patienten blive hjulpet.

Selvforståelse og fællesskab

Livet i de danske decentrale efteruddannelsesgrupper, 12-mandsforeninger, supervisorsgrupper, undervisning, arbejdet som praksiskonsulenter og forskningsaktiviteter styrker oplevelsen af fagligt fællesskab, at tilhøre en faggruppe, der er centralt placeret i sundhedsvæsenet, og som kan noget. Man kan være stolt af at være praktiserende læge. Kollegagruppen giver desuden et uvurderligt rum for refleksion og udveksling af synder og sejre.

Dette i modsætning til nogle steder i Sverige, hvor den praktiserende læges position som central person som nævnt trues eller udfordres på så mange fronter: kun delvist listesystem, svangre- og børneprofylakse varetages af andre, bedriftslæger, rekrutteringsproblemer osv [9]. I Sverige kan jeg ganske vist deltage i en FQ-gruppe (forsknings- og kvalitetsudvikling) eller en Balintgruppe og der møde interesserede kolleger og udveksle erfaringer og synspunkter. Men jeg har ikke noget økonomisk incitament for at blive en bedre læge, kun det rent professionelle. FQ-grupperne finder som regel sted i arbejdstiden, i Danmark efter arbejdstid. Og jeg har heller ikke de samme muligheder for at ændre min praksis organisationsform. Til gengæld

har jeg større frihed når det gælder at flytte til en anden praksis, jeg behøver ikke at føle mig stavnsbundet af økonomien som i Danmark.

På det psykologiske plan kan glæden trues

Som en enkel test på hvordan man trives med sit arbejde kan man spørge sig selv: Hvad tænker jeg på vej til arbejde? Glæder jeg mig, føler jeg uro eller ser jeg bare frem til at få overstået dagen?

Og på vej hjem fra arbejdet: Føler jeg mig træt eller fyldt? Er jeg tilfreds eller irriteret? Hvad lærte jeg i dag? Har jeg lyst til at gå i gang med mit hjemme liv?

”Det ufærdige”

Jeg glæder mig over at stille en rigtig diagnose så patienten kan få en relevant behandling og få det bedre. Så får jeg brugt min viden og erfaring. Situationen bliver afsluttet, og måske får jeg tilmed tak fra patienten. Virkeligheden lever op til mit idealbillede om at vi sammen skaber mening og udveksler kærlighed.

Men når jeg ikke kan finde ud af hvad patienten fejler eller ikke rigtig kan gøre noget for at bedre tilstanden, forbliver situationen ufærdig, uafsluttet, og den magtesløshed som patienten føler bliver også mig til del. Mit selvbillede trues.

Hvad skal jeg stille op? Jeg kan dele min oplevelse med patienten og dermed mindske både hans og min følelse af ensomhed – som er magtesløshedens ledsager. Jeg kan dele mine oplevelser med kolleger, en mentor, ægtefælle eller i en supervisorsgruppe og på den måde få hjælp til at afslutte det ufærdige ved ►►

ANNONS

at udtrykke følelserne. Hvis jeg føler mig hørt, vil jeg ikke mere føle mig så alene, jeg vil igen være en del af fællesskabet.

Det ufærdige er ikke kun knyttet til interpersonelle situationer. Den administrative struktur fremmer eller hæmmer forekomsten af ufærdige situationer. Jo større indflydelse på arbejdet, desto bedre mulighed for at afslutte ufærdige situationer – eller at de slet ikke opstår.

"Burderne"

Når kolleger fortæller om stress, fortæller de også om at miste glæden ved ar-

bedre behandling osv. Eller på dage hvor der ikke er ret meget at lave, burde jeg rydde op, burde jeg ikke føle mig så træt osv. Følgerne af den ringere indflydelse opleves altså på det psykologiske plan som en kamp mod "burderne", mens der i virkeligheden er tale om at den administrative struktur genspejler sig i den ansatte.

Monotonien slider

Hvis patienter udelukkende – ud fra en biomedicinsk referenceramme – opfattes som bærere af mavesmerter, halsbetændelser, rygsmerter, som jeg skal søge at kurere, udvikler der sig let et rutinepræ-

At undervise kan være en sådan hjælp til refleksion.

Krav om perfektion

Perfektionisten har det hårdeste liv. "Mange læger er præget af en streng samvittighed, utrættelig arbejdsindsats, kontrollerede følelser og store behov for anerkendelse" [19]. Kravene indefra siger at man først kan tillade sig at glæde sig, når alt arbejde er gjort og alting på plads og i orden. Perfektionisten er en god og samvittighedsfuld læge, der undersøger tingene til bunds og ikke springer over, hvor gærdet er lavest. Patienterne føler sig taget alvorligt, følger lægens bekym-



"Men så snart ordet burde kommer ind, er man ikke længere herre i eget hus. Man afgiver en del af sin frihed, man arbejder mere af pligt, mindre af lyst."

bejdet [18]. Meningsfuldheden er truet. De føler hele tiden at de er bagefter, at de ikke kan afslutte arbejdet, at der hele tiden ligger noget og venter på dem. De burde læse dette og hint. Her kommer de ovenfra kommende krav ind, aldrig bliver man rigtig færdig, der venter altid nogle retningslinier, instrukser, bestemmelser som man "burde" sætte sig ind i. Men så snart ordet burde kommer ind, er man ikke længere herre i eget hus. Man afgiver en del af sin frihed, man arbejder mere af pligt, mindre af lyst. Nogle reagerer umiddelbart imod pligtarbejde, andre mennesker trives udmærket med forordninger og bestemmelser, fordi de skaber orden i kaos og giver rammer og klarhed i arbejdet.

"Jeg burde læse Ugeskriftet/Läkartidningen" – her kan man få hjælp af en kollega eller ægtefælle der spørger: "Vil du eller vil du ikke?"

I rollen som ansat opstår der let "burder", som er vanskelige at løse fordi ens indflydelse er mindsket:

Patienterne burde ikke vente så længe, burde komme til samme dag, burde få

get forhold til arbejdet. Der finder ikke ret meget udveksling af kærlighed sted, og lægen reduceres – eller reducerer sig selv – til mekaniker.

Almindeligvis byder almen praksis ikke på de store diagnostiske udfordringer, og det rent biomedicinske arbejde med patienterne kan for nogen forekomme for lidt stimulerende. Måske skal møder i medicinalfirma regi ses i den sammenhæng: man møder kolleger, får god mad og lidt afveksling.

Over for dette findes holdningen "kør en omvej". Bryd monotonien, udforsk det uventede og spørg fx ind til patienternes liv, gør noget andet end du plejer, giv dig selv – og patienten – lidt ekstra tid og se hvad der sker. I den situation bruger du din selvbestemmelse, der sker noget nyt, og måske får du tid til at reflektere over det bagefter. Refleksionen giver dig en afstand til det oplevede, og måske ser du det i et nyt perspektiv. Så kan du overveje en eventuel forandring, og det giver en følelse af indflydelse og måske frihed, af at være i live og at bruge dine evner.

ring og sætter deres lid til ham. Lægen slider i det, men får ofte følelsen af at det er et sisifos arbejde. Folk bliver uventet alvorligt syge, andre virker syge selv om utallige prøver endnu ikke har vist noget. Alle truer de lægens oplevelse af at gøre arbejdet godt nok, de truer hans oplevelse af at have kontrol. Undertiden kan det blive for meget for perfektionisten, nogle kalder det udbændthed. Nogle giver patienterne skylden, andre opdager deres egen andel i spillet [2].

Konklusion

Arbejdsdagen kan være som en sten jeg bærer på – eller står på.

Jeg har i det foregående søgt at give et signalement af glæden ved at være praktiserende læge og de forhold der fremmer eller truer den. Hvad tænker jeg på vej til og fra arbejdet? Ved at drage paralleller mellem den administrative struktur og arbejdsforholdene i Danmark, Sverige (og Grønland) bliver de gode sider af arbejdet som praktiserende læge i Danmark tydeligere. Centralt står begreber som oplevelse af indflydelse, ►►

lægens selvbillede, at skabe mening og udveksle kærlighed og barmhjertighed og økonomisk belønning af arbejdet. Hvis lægen trives med sit arbejde vil det også smitte af på patient behandlingen, og en positiv spiral sættes i gang. Med glæden som pejlemærke kan vi sammen arbejde på at fastholde og bedre kvaliteten af vores arbejde.

"Vi skal passe godt på glæden. Ikke alene gør den livet så meget rigere, men den gør også os selv lidt bedre end vi egentlig er."

Martha Christensen [20]

Jan Helge Larsen,
Lektor, Afdelingen for almen medicin,
København
Praktiserende læge, Lægehuset i Mørkhøj,
Herlev, Danmark
jhl@dadlnet.dk

PS. Artiklarna publicerades i sin helhet i Månedsskrift for praktisk lægegering [21] nyligen.

Litteratur

1. Thorsen N. Til – om at blive og være til. Kerstin Ekman. København: Politikens forlag, 2004, s. 19.
2. Thorgaard L, Haga E. Glædeskilder I lægeliv. Månedsskr Prakt Lægegering 2003; 81: 613-25.
3. Kasemo A. Öresundsträffen 2003 fick svenska allmänläkare att se rätt och vitt, Practicus 2003; 27: 212-13.
4. Thorsen N. Til – om at blive og være til; Lars-Henrik Schmidt. København: Politikens forlag, 2004, s. 55.
5. Maslow AH. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, 1954.
6. O'Connor DB, O'Connor RC, Whyte BL, Bundred PE. The effect of job strain on British general practitioners mental health. J Mental Health, 2000; 6: 637-54.
7. Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2004, s. 234.
8. Sjönell G. www.fammi.se
9. Jaktlund E, Mattsson B, Rudebeck CE, Sjönell G, Stolt M. Fångarna i Primärvården. Allmän Medicin 2004; 25(5): 15-7.
10. Feilberg M. Praktiserende lægers organisation (personlig meddelelse, dec. 2004)
11. Svendsen L. Sygesikringens udgifter til almen lægehjælp i 2003 fordelt på amter (personlig meddelelse og www.arf.dk).
12. Ståhlberg B. (personlig meddelelse, jan. 2005)
13. Yalom ID. Terapiens essens. København: Gyldendal, 2002.
14. Hjortdahl P. Continuity of Care in General Practice. [Disp.] Oslo: Dpt. of general practice, 1992.
15. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Scand J Gen Pract 2003; 21: 209-13.
16. Antonovsky A. Hälans mysterium. Köping: Natur och Kultur, 1996.
17. Twaddle AC. Swedish physicians' perspectives on work and the medical care system: the case of district general practitioners. Soc Sci Med 1986; 23: 763-71.
18. Oestrich I. Praktis Sektoren 2003; 27(7): 6-9.
19. Haga E, Thorgaard L. Tiden sårer alle læger. Månedsskr Prakt Lægegering 2003; 81: 5-15.
20. Møllehave H, Møllehave J, eds. Livsglæde; Christensen M: Pas på den! Viborg: Sesam, 1993.
21. Månedsskrift for praktisk lægegering 2005; 83: 1089-1100



Barnbldbyrå/Alf Jönsson

MOVICOL® Junior

Makrogol 3350, Natriumklorid, Natriumbikarbonat, Kaliumklorid

En härlig känsla när magen fungerar!

- ✱ Den enda godkända orala behandlingen av fekalom hos barn från 5 år
- ✱ Skonsam behandling
- ✱ Enkel att använda
- ✱ Dokumenterad effekt¹⁾²⁾
- ✱ Dosering avpassad för att främja hög compliance



Movicol Junior, pulver till oral lösning à 6,9 g.
Indikation: För upplösning av fekalom för barn från fem år.
Fekalom definieras som svårbehandlad förstoppning med ansamling av faeces i rektum och/eller colon.
1) Candy DCA, Edwards D. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34(4):462
2) Vincent R, Candy DCA. Gastroenterology Today 2001; 11(2): 50-52
För vidare information se www.fass.se

BIOLAC, Box 22057, 250 22 Helsingborg
Tel: 042-15 84 05, fax 042-15 84 75, e-mail: info@biolac.se

Om sjukskrivningar och vårt förhållande till svaghet



Carl Edvard Rudebeck

Under hösten tog sjukskrivningsdebatten återigen fart på Ordbyte, och det hettade till ordentligt i några inlägg. Diskussionen var mycket intressant men också starkt polariserad. Carl Edvard Rudebecks analyserande inlägg återges här i något bearbetad form.

Sjukskrivningarna vållar debatt i vår kår. Återkommande flammar den upp på SFAMs debattsida på nätet – Ordbytet. När några av oss talar och arbetar för ett sjukskrivande i Allmänna försäkringslagens anda, anar en och annan kollega i detta ett förakt för svaghet och beskriver i sina inlägg hur vita rockar får nyanser av brunt. Att med sjukskrivningar försvara samhällets svaga är dock inte ett handlande som självklart får goda konsekvenser. Sjukförsäkringen urholkas om läkaren tar till den när socialbidragsnormen förfaller alltför lågt satt, eller när arbetsförmedlingen inte tar hänsyn till att friska människor har olika arbetsförmåga.

I den audit signerad Lars Englund som gjordes i Dalarna 2001 angav kollegorna i en fjärdedel av sjukskrivningskonsultationerna att sjukskrivning troligen skulle göra skada (1). Lika vanligt var det att patienten själv förde fram behovet av sjukskrivning utan att läkaren kommit på tanken att rekommendera det. Andelen sjukskrivningskonsultationer där läkaren antingen såg uppenbara skaderisker eller inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning var runt 38 procent. Här blev det sjukskrivning i över 90 procent. Om dessa siffror skulle vara något så när representativa för riket, innebär det att många hundra tusen sjukskrivningar utfärdas per år mot läkarens vilja eller bättre vetande. I det perspektivet är naturligtvis Försäkringskassans avslagsfrek-

vens på långt under en procent alldeles för låg. Det är sällan de bedömningar där vi anser oss ha rätt som tynger oss utan det är den gnagande känsla som inträder när vi lånat vår kompetens och signatur till något de inte var avsedda för. Denna känsla smittar sedan relationen. Många av de patienter som sitter i väntrummen med hopp om eller krav på förlängning av sjukskrivning är inte välkomna till sina läkare eftersom dessa förbrukat sin inspiration i handlingar som de inte står för. I stället har relationen blivit ofri och antiterapeutisk. "När jag ser namnet i dagschemat eller ansiktet i korridoren kommer tröttheten och olusten". Ändå låter vi relationen fortleva på detta sätt månad ut och månad in. Det är inget att förvånas över att patienterna i dessa situationer blir alltmer oförmögna att återgå i arbete. Det är heller inget att förvånas över att rehabiliteringen av långtidssjukskrivna i ett nationellt perspektiv är ett stort misslyckande. Rehabilitering är verksam när begränsningen i förmågan orsakas av något som personen själv, på ett entydigt sätt, inte råder över. Vid "upplevelseohälsan", är situationen mycket mer komplicerad eftersom oförmågan och lidandet är själva identiteten och dessutom grunden för försörjningen. Man kan inte rehabiliteras från sig själv. Intill gränsen för det villkorslösa och sjukdomsbetingade funktionsbortfallet är oförmågan också ett beslut; inte ett kalkylerat beslut utan ett existentiellt, som livsvillkoren av egen kraft ser ut att framtvinga utan människans egen medverkan eller ansvar. Att våga eller inte våga, att orka eller inte orka, att uthärda eller inte uthärda är dock val de flesta av oss kan känna igen. Här har sjukskrivningen blivit den stora ansvarsbefrielsen och trösten. Men med ansvaret försvinner ofta också självförtroendet och

trösten ger näring åt otröstligheten när relationen saknar uppriktighet. Resan in i oförmågan kan gå snabbt när sjukintyget är biljetten.

En vanlig sjukskrivningssituation är när en person i förtvivlan söker sin läkare och ber om sjukskrivning på grund av psykosociala missförhållanden på arbetsplatsen. Det kan handla om chefer som sviktar, om burdusa omorganiseringar eller upplevelser av mobbning. Här finns stor risk för att sjukskrivningen blir lång och att den mer alstrar ohälsa än ger läkning, eftersom oförmågan finner sina allra starkaste uttryck inför läkaren. Det är inbyggt i förutsättningarna. De människor som ber om sjukskrivning för att de sviktar i arbetslivet är nästan alltid i en valsituation, men väl hos läkaren visar de inte vägskalets andra väg. Friheten att välja är en dom säger Sartre, ångestfylld som livet självt. Men ännu plågsammare är att inte välja. Dock är det detta vi i vår beskäftighet dömer alltför många av de medmänniskor vi kallar patienter till. Vi har den makt som gör dem maktlösa men jag tvivlar då och då starkt på att vi är denna makt värdiga. Vår förkärlek för andras svaghet, i diagnosens förlängning, gör oss alltför lätt oseende för den styrka som kan vila i den sprödaste och mest förtrampade gestalt. Min självkänsla närms av det faktum att patienten behöver mig, och en hårsman från läkaretiken lurar därför ständigt självupptagenheten och ►►

ANNONS

självgodheten. Om de tar över, hamnar jag själv mellan mig och patienten. Uppdraget grumlas, uppmärksamheten delas.

I de kurser om sjukskrivning som jag tillsammans med kollegorna Monika Engblom, Lars Englund, Margus Mägi, Gunilla Norrmén, Tina Nyström Rönnås, Per Steneryd och Renée Vickhoff bedriver – *"Allmänläkaren och sjukintyget"* och *"Sjukskrivningens praktik"* – har vi vid det här laget mött tillsammans cirka 600 allmänläkare och företagsläkare. Mitt

och diskussion. Här ställs vår integritet på prov. Patienten har rätt att kräva att vi uttalar en avvikande uppfattning om vi har den, och att vi i så fall också tar ansvar för den i handling även om det i kort perspektiv kan vara impopulärt. Doktorer som drivs av sitt behov av att vara till lags sviker lätt både sin patient och sitt ämbete. Ämbetsmannen är ingen mr Hyde utan sinnebilden för läkarens saklighet och strävhet utan vilken ingen patient-läkarrelation i verklig mening kan vara personlig och nå sitt möjliga djup.

Kanske kan vi som läkare göra nytta i sjukförsäkringen genom att bidra till en rättvis och rimlig fördelning av pengarna, så att de uthålligt räcker till det de var avsedda för. Jag tycker det är värt ansträngningen och att det viktigaste då är att försöka hitta sakligheten som en bärande del i relationen med patienten och att söka vägar ut från närsyntheten i det kliniska rummet till patientens verklighet. Om vi däremot bedriver egenmäktig och ombytlig välfärdspolitik på våra mottagningar, förverkar vi förtroendet och framstår som en kår som det är svårt

” *Min självkänsla närms av det faktum att patienten behöver mig, och en hårsman från läkaretiken lurar därför ständigt självupptagenheten och självgodheten.*

intryck är att de allra flesta skriver under på kursens mål, som är att jag som läkare ska "Bli nöjd med mina sjukskrivningar". Nöjd i meningen att kunna stå för bedömningen. Jag ska kunna se patienten och försäkringskassehandläggaren i ögonen och mig själv i spegeln. Kursmålet är inte av det truistiska slaget att inget är så bra att det inte kan bli bättre, utan grundar sig på antagandet att förbättringsmarginalen är större i sjukskrivningsbedömningarna än inom andra kliniska problemområden. Även det antagandet tror jag delas av flertalet deltagare. Vi har ju också undersökningar som berättar att sjukskrivningarna tynger många allmänläkare och detta bekräftas också i en stor mängd personliga kontakter, både under kurserna och i andra sammanhang.

I kurserna försöker vi just hitta patienten. Hennes/hans förmågor, som i någon utsträckning alltid finns, och som i de flesta fall innefattar förmåga till försörjning i någon grad, blir läkarens handlingsalternativ. I mottagningsrummet fastställer vi inte arbetsförmågan, för det är omöjligt annat än i de för alla och envar uppenbara situationerna. Däremot bedömer vi patientens egen bedömning vilket är helt möjligt i en öppen kommunikation

Vi kan också ganska tidigt i ett sjukskrivningsförlopp få en känsla av om sjukskrivningen är helande eller om den undergräver patientens förmåga och initiativ. Vid osäkerhet eller när sjukskrivningen verkar skada, måste vi hitta vägen till arbetsplatsen. Rehabutredningar och avstämningssmöte i tidigt skede, gärna innan sjukskrivning, är här de formaliserade instrument som finns. Att Försäkringskassan på många håll inte hinner med är inget skäl för att inte kräva det. Våra krav för det vi uppfattar vara patienternas bästa blir drivkrafter i det stora reformarbete som är nödvändigt och kanske delvis redan på väg inom Försäkringskassan. Förebyggande insatser är, åtminstone på retorikens nivå, ett inslag i en sådan reform. Kraven formulerar vi bäst som en strävan efter samarbete. Projektivt skäl på "dom på Försäkringskassan" kommer med rätta att eka tillbaka. Som ordförande i sjukskrivningskommittén i Kalmar län är jag delaktig i ett mycket utvecklande samarbete mellan sjukvård och Försäkringskassa, där vi betonar just de tidiga insatserna och att läkare inte ska stå ensamma med sina beslut eller känna sig tvingade att uttala sig om sådant de inte har en aning om.

att ta på allvar. Troligen kommer vi med det att framtas möjligheterna att bistå de personer vars behov vi faktiskt har bättre möjligheter än andra att känna igen, och som skulle ha svårt att hävda sig i mer trubbiga system. Om hela försäkringen blir för dyr och det därför blir fråga om sänkta nivåer, kommer det att drabba alla som inte har tilläggsförsäkringar att kompensera en urholkad sjukförsäkring med.

Till sist: Jag är ganska säker på att sjukskrivningsdebatten förs utifrån påtagligt olika sjukskrivningspraxis utan att det blir redogjort för. En kollega som är just saklig och pålitlig i sina sjukskrivningar kan uppröras av att det blir fel i ett enskilt fall och ställa sig i samma kör som kollegor som har påtagligt svårt att säga nej. Dessa skillnader märks inte när känslorna svallar.

Carl Edvard Rudebeck, Västervik
CarlEdvardR@ltkalmars.se

Referens

1. Englund L. Förändringar i distriktsläkarens sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting. Arbetsrapport. Falun: Centrum för klinisk forskning, 2001.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ST-spejarens rapport



Foto och Copyright / Fotograferna U.S. Linköping

Examinander

Översta raden från vänster: Fredrik Alsén, Andrée Wennstig, Jörg Rosowski, Christer Andersson, Charlotte Malmer Hagstam, Louise Lotfi, Iwo Os. Mellersta raden från vänster: Sofia Andersson, Johanna Wallensten, Anna-Karin Eek, Marie Öhman, Olof Ekberg, Hans Händel, Per-Ola Jacobsson, Lars Carle, Kim Stenbäcker, Sandra af Winklerfelt Hammarberg, Louise Eggimann. Nedersta raden från vänster: Annelie Vinensjö, Birgitta Wärdell, Erica McCarthy Wennerström, Eva Björnberg, Jenny Eckner, Annelie Manneroja. Saknas på bilden gör Ying Jin och Lena Khemir.

SFAMs höstmöte 2005 hölls 19–21 oktober i "Konsert och Kongress", Linköping. SFAM Östergötland stod för planering och logistik och arrangemanget flöt verkligen smidigt. Balansen mellan intressant och lärorikt, trevligt och förfriskande, var förträfflig.

Spaning

Liksom tidigare år fanns ett tema, "Spaning". I detta fall en spaning mot framtiden – är allmänmedicinen på väg att införlivas i "Närsjukvård"? Vad kommer att hända med den personlige/läkaren? Hur stort utrymme blir kvar för individualiserad läkarvård och fing-

ertoppskänsla när evidensbaserad medicin och samordning pockar på allt mer uppmärksamhet? Kanske finns det ingen konflikt mellan olika synsätt? Spanades gjorde det också mot det stora området komplementär medicin, något som är på frammarsch men som vi står inför redan idag. Det är en utmaning att förhålla sig lagom kritisk och receptiv till komplementär medicin tycker jag.

Göran Rosenberg var inbjuden att tala om "Konsten att vara människa", en välbesökt och bejublad föreläsning som tog avstamp i hans egen bok, "Plikten, profiten och konsten att vara människa". Göran erbjöd inga enkla lösningar i sin

utblick men problematiserade tendenser han tycker sig se i dagens vård. Pliktfilosofin som drivande kraft för sjukvården håller på att ersättas av egennyttas motor.

Bör vi acceptera att sjukvård byggs enligt produktionsprinciper såsom *lean production* eller kanske *outsourcing*?

Närsjukvård eller Protos?

Begreppet närsjukvård diskuterades och beskrevs. Flera landsting har redan satsat omorganisationer som benämns närsjukvård. Det skall nog ses som ett försök att möta behovet av samordning av insatser för de människor som behöver vård, både ►►

ANNONS



Quentin Shaw och Kjell Martmann-Moe



Benny Ståhlberg



Kirsti Malterud

från primärvården och från sekundärvården (slutenvården). Vi är många som befarar, även om graden av samordning ökar, att kontinuiteten i patient-läkarrelationen får lida om närsjukvården blir ett faktum. Det är ju inte en självklarhet att hela primärvården skall optimeras för den, förvisso, mest utsatta minoriteten som behöver omfattande insatser från flera kompetenser. Jag frågade ett dussin kollegor om vad de anser om närsjukvård och kunde inte hitta något uttalat stöd för idén. Klart är att vi som kår måste förhålla oss till denna trend.

Mot närsjukvård skulle man kunna ställa Protos, det förslag som finns till ett nationellt familjeläkarssystem i Sverige. Till ett seminarium som handlade om Protos ur ett internationellt perspektiv var flera initierade talare inbjudna. Quentin Shaw, Storbritannien, berättade i ett seminarium om hur primärvården är organiserad i England sedan mer än femtio år. Han underströk betydelsen av kontinuitet, sammanhang, förtroende och holistisk syn från primärvårdens sida. Inte som egenvården utan för att de är nödvändiga redskap ifall individuellt anpassad vård skall kunna erbjudas. Från Norge hade Kjell Martmann-Moe, f.d. ordförande i Alment praktiserande laegers forening (ApLf), kommit för att tala om den norska primärvårdsreformen FLO (Fastlegeordningen). I Norge har man färsk erfarenheter av vad en omorganisation, med små självständiga läkarmottagningar som resultat, kan

innebära. Huvudbudskapet var att FLO efter genomförandet lett till nöjdare patienter och läkare, samtidigt som man nu har utmärkt överblick och kontroll över kostnader, och detta efter endast cirka fem år. Kort sagt tycker alla att det blivit bättre utan att det kostar mer. Han gav oss synpunkten att Protos måste ses som ett erbjudande om egen läkare och att erbjudandet kommer från de folkvalda. Man har enligt Kjell Martmann-Moe också sett fördelningspolitiska vinster i delar av Norge.

Benny Ståhlberg, ordförande DLF, redogjorde för det breda officiella stöd som numer finns för Protos från Läkarförbundet och dess yrkesföreningar.

Team- eller läkarorienterad primärvård?

Min egen bestämda uppfattning är att en representativ genomsnittspatient i primärvården knappast är multipelt sjuk och i behov av ett flertal resurser à la närsjukvårdskonceptet – det är doktorn man vill träffa. Jag känner inte till många som efterfrågar en tid hos ett team eller hos två olika "resurser". Därför har läkaren en nyckelfunktion och jag tror att effektiv primärvård måste byggas kring familjeläkarens kompetens. Det är kontroversiellt i vissa led, men jag menar att fokus på detta snarast måste öka i framtiden. Om vi frågar patienterna tror jag att det sällan uppfattas som särskilt kontroversiellt. I synnerhet inte om vi kan börja erbjuda konsultation utan

nämnavd väntetid och hos samma doktor, under lång tid. Jag vet att somliga kan arbeta så redan idag men det gäller tyvärr inte på många orter.

Styrkor istället för svagheter

Från Norge kom även Kirsti Malterud, professor i allmänmedisin i Bergen. Hon ville berätta om hur hon utvecklat sin konsultationsteknik och hur vetenskapliga metoder kan visa att det är något som verkligen gör skillnad. Kirsti talade om hur man kan använda nyckelfrågor för att öppna en låst konsultation. Hon anser att man skall försöka belysa patientens styrkor snarare än hennes svagheter. Jag tycker att Kirsti är en person som kan sätta fingret på vad som är väsentligt. Hur många visste till exempel att upplevd ohälsa kan vara en bättre prediktor för framtida sjukdom än traditionella riskfaktorer?

God stämning på årsmöte

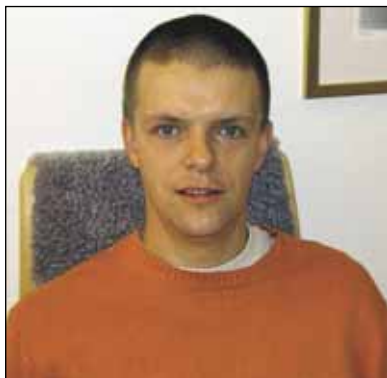
Från själva årsmötet kan jag rapportera att inga stora beslut togs i år. SFAM har en stor kassa efter budgetåret och i ljuset av det avslogs en motion om att öka årsavgiften, helt i enlighet med styrelsens rekommendation. Många aktiviteter som fanns redogör jag inte för här av utrymmesskäl. Får jag istället be er besöka nästa årsmöte? Då kan ni själva känna av den goda stämningen och kollegialiteten. Att få se och känna att man delar sina problem och funderingar med andra gör gott. ►►

Dags att mopsa upp sig?

Till sist har jag en egen liten fundering. Hur kan SFAM, med alla sina muskler i form av kloka, kunniga, dedikerade och kreativa medlemmar, märkas så lite? Utanför våra egna led menar jag? Kanske måste SFAM se till att organisera sig för att aktivt sprida information. Är vi en intresseorganisation med intention att bedriva lobbyism för sin sak, utan att ha en presstalesman? Förutom den eminenta skrift du nu läser så lyste media med sin frånvaro, själv såg jag inte en enda intervju, inte en fotoblixt. Som det nu är måste vi lita till att information om och från SFAM sprids av egen kraft. I en värld där många vill synas och höras tror jag att det är naivt att hoppas på det. Den ganska stora summa tillgångar vi nu har kanske vi skulle nyttja till att leja någon professionell person att föra ut vår sak? SFAM kan vara en stark aktör som för ut Protos på den nationella arenan, och jag tror det är hög tid för det.

Jag gick nöjd från årets SFAM-dagar, nöjd över att ha blivit stimulerad, road och inte minst oroad. Att antalet frågor i mitt huvud är fler än innan mötet får jag leva med. Så är det med stimulans och så är det med allmänmedicin. Den ökar aptiten snarare än gör en mätt.

Väl mött nästa år i Umeå!



Andréas Kasemo
ST-läkare, Halmstad

Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAMs höstmöte

Betyget är subjektivt. Det är till för att ge arrangörerna en feedback samt förhoppningsvis för att kunna vara till nytta för framtida arrangörer och stimulera dessa till att ytterligare höja ribban . . .

0 = uselt, 1 = dåligt, 2 = ganska dåligt, 3 = bra, 4 = mycket bra, 5 = fantastiskt bra.

Förhandsinformation	Bra information såväl på hemsida som i tidskriften.	4
Tillgänglighet	Mycket goda förbindelser.	4
Hotell	Gott om hotellrum av varierande typ och prisklass i närheten.	4
Anläggning	Gott om lokaler av varierande storlek. Lätt att hitta och tillräckligt med ytor att röra sig på. Caféstämning i receptionen. Placering av posterutställningen gjorde kanske att de inte blev tillräckligt uppmärksammade.	4
Program	Härligt upplyftande program med angeläget innehåll. Inbjudna gästtalare höll hög klass. Trots goda individuella insatser blev genomförandet av den avslutande paneldiskussionen inte så lyckad. Frågorna hängde kvar i luften och det blev lite rumphugget. Dessutom stereotypt genusperspektiv när det gäller panelens sammansättning. Annars hade det blivit högsta betyg.	4
ST	Fina presentationer av ST-uppsatser. ST-läkarna märktes mer än tidigare.	4
Examinationshögtid	Njutbart.	4
Socialt	Bankett med kanonbra underhållning från östgötska kollegor. Inge Modig aka Magnus Nord bjöd på halsbrytande komik och körsången gick inte av för hackor den heller.	5
Sponsorer	Östergötlands landsting. Inledande politiker kunde inte frigöra sig från de vanliga klyschorna. Ingen riktigt bra kommunikation gentemot målgruppen.	3
Miljö	Trivsamt konferensmiljö onekligen. Trevliga umgängesytor.	4
Genomförande	Smidigt effektivt med gott handlag av Göran Sommansson, Gunnar Carlgren m.fl. och inte minst klippan i sammanhanget Cim Elgeborg-Bengtsson.	5
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överlåter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna.	45
Sammanfattning	Oj vad trevligt det var. En känsla av kollegial samvaro som är svåröverträffad. Avslutningen kunde nog ha regisserats bättre och den goda stämningen förbyttes i en frustration över utebliven debatt. Men man kan kanske inte sväva på moln hela tiden å andra sidan.	

SFAMs årsmöte och utmärkelser

På onsdag eftermiddag efter en serie nätverksmöten och bland annat ett inspirerande seminarium om att utbilda sig till personlig läkare med Göran Sommansson och Lena Svedin, familjeterapeut, var det dags för årsmöte. Föreningen har nu 2 292 medlemmar varav 319 ST-läkare vilket innebär i runda tal en anslutningsnivå på 50%. Ekonomin är nu god efter några år av prövningar. Pär Säberg, ST-läkare Stockholm, invaldes i styrelsen och efterträder Per Sundberg. En bra diskussion om fortbildningssystem baserad på styrelsens förslag satte fart på tillställningen. Mötet avslutades med ett par välförtjänta utmärkelser. Diplomeringsen av årets examinander var stilfull och det känns så glädjande att se denna manifestation av kompetens, att man för ögonblicket glömmer att vår specialitet också har rekryteringsproblem. Detta är en högtidsstund att njuta av. Banketten på torsdag kväll bjöd på högklassig underhållning av våra talangfulla östgötska kollegor. En svår bedrift att överträffa för Umeåarrangörerna på nästa höstmöte 8–10 november 2006.

ÅRETS LEJON

Ulf Måwe, Luleå:

för att han genom mer än tre decennier har varit ett stöd för många enskilda allmänläkare, har varit verksam och givit inspiration i många av SFAMs aktiviteter och processer och byggt flera omfattande nätverk.

ÅRETS AVHANDLING (pris 2005 gäller avhandlingar framlagda under 2004):

Malin André, Falun:

Rules of thumb and Management of Common Infections in General Practice.

ÅRETS SPECIALISTEXAMENS-UPPSATS:

Fredrik Alsén och André Wennstig, bägge Sundsvall: *Patienters förväntningar, farhågor och känslor inför läkarbesöket.*

ST-UPPSATSER HEDERSOMNÄMNANDEN:

Sandra af Winkerfelt, Stockholm *KBT-behandling i grupp. Erfarenheter och resultat från projekt på vårdcentral.*

Eva Björnberg, Västervik *En studie i patient – läkarmötet på vårdcentralen Esplanaden i Västervik.*

Olof Ekberg, Stockholm *Handläggning av patienter med halsont på vårdcentral och jourmottagning (en jämförelse med riktlinjer).*

ÅRETS HANDLEDARE:

Annika Engel, Lidingö

Christina Ledin, Skoghall

Sofia Tracs, Västerås



Marcus Beland har ordet på årsmötet.



Ulf Måwe tilldelades utmärkelsen Årets Lejon.



Malin André fick priset för Årets Avhandling.



Christina Ledin
Årets Handledare



Sofia Tracs
Årets Handledare



Annika Engel
Årets Handledare

ANNONS

SFAMs spaningsmöte – en personlig betraktelse



Bengt Järhult, verksam vid vårdcentralen i Ryd och Öxnehaga samt Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping.

SFAMs höstmöte avslutades med ett symposium med personliga reflektioner. Bengt Järhult höll ett uppmärksammat anförande, vars första del "Inblick" återges här. I nästa nummer presenteras hans framtidsblickande del "Utblick".

Spaning! Efter den tid som flytt! Självklart för en halvgammal allmänläkare som jag är, halvidealist, ett barn av 68-rörelsen! Det var visionären Gustav Haglund, sedermera medicine hedersdoktor, SFAM-inspiratör och hedersledamot i DLF, som fångade mig. Som gammal missionärsson visste han: att för vardagssjukvård i Olofström, då 1978 en ort utan läkare, se min längtan efter det goda framtidslandet, mitt oförlösta sociala patos, och låta det sammansmälta till en bild av samhällstillvärd allmänmedicin. Strängarna klingade skönt hos mig med rötter i Jönköpings frikyrkomiljö, men kanske också för en generation politiskt intresserade läkare, som gick ut i den nya primärvården. Ur provinsialläkarväsendets aska steg 80-talets allmänmedicinska omnipotenta fågel Fenix i en paradisk vision. Ja, SFAM blev en del av hägringen. En farlig hägring!

Så långt bort och samtidigt så nära. Jag inledde mina SFAM-dagar med ett FoU-seminarium. Utvecklingsarbete och forskning på vårdcentraler som hävarm för allmänmedicinen och för att säkra primärvårdens självklara plats i ett samhälles välfärd. Det var sant 1978. Det är sant nu. Skillnaden för min del är att jag fått perspektiv på vetenskapen.

Då inbillade jag mig att sanningen, vetenskapen skulle göra oss fria. Att kvalitetsarbete i praxis och epidemiologisk dokumentation av den typ sedermera Barbara Starfield utfört, att sjuklighet och dödlighet i ett samhälle är kopplat till primärvårdens utbyggnad, att dessa bevis med automatik skulle påverka beslutsfattare att införa en fungerande bassjukvård med alla honnörsord, som vi fortfarande älskar att svänga oss med.

Vad har det blivit? Jag har sett landstingens tjänstemannavälde i förening med den medicinska professionen på sjukhus, och ett ointresserat Läkarförbund, förfuska en idé och desavouera politiska beslut om primärvårdssatsning. Läkarförbundet har bara senaste åren halvhjärtat tagit allmänmedicinen till sig, se t.ex. *Läkartidningens* ledare 37/2005, där subspecialister förordas i bassjukvården. Läkarförbundet har i Protos sett att andra intressen i förbundspolitiken kan stödjas såsom privatisering, etableringsfrihet och marknadstänkande i sjukvården. Just det som årsmötets inledningstalare Göran Rosenberg hade ett längre perspektiv på; hur det ekonomiska incitamentet förändrar vår mentalitet och syn på sjuka och sjukdom.

Jag har sett de allmänmedicinska institutionerna sluta sig alltmer i sig själva. Jag vill inte säga i självtillräcklighet men i tron att ett pek här, ett pek där, kanske i *Lancet*, kan förändra världen. I denna akademiska förvillelse har de allt mer passat, undvikit blåsten i primärvårdsprojektet, offentligt bara undantagsvis velat ta ställning till frågor som Ädel, husläkarreformer, marknadslösningar och närsjukvård. Jag saknar en institutionernas ihoppratad, samlad vision, en dagens Gösta Tibblin som slår näven i bordet så att sjukvårdssverige och offentlighet darrar. Har institutionsföreträdarna verkligen inget att säga när landstingen försnillat nio kanonmiljarder och inte tänker fullfölja glasklara riksdagsbeslut?

Och jag har sett mitt eget paradiskiska SFAM gå från en dröm om ett helhetens samhällsprojekt, det som i dagens opportunistiska språkbruk föraktfullt kallas social ingenjörskonst. Från ett sinne som inkluderar utanförskapet, de svaga, de medicinskt och socialt stigmatiserade, till en utveckling mot europeiska praktiker, gärna med egna lådor, som ser till sitt och bygger sjukvårdssystemet utifrån sin egen avgränsning – vad som blir bäst för mottagningen. Och där den preventiva insatsen med socialt perspektiv förvand-

lats till en individuell, ofta fåfång jakt på biologiska riskfaktorer, så att ett allt mer sjukdomsalstrande, absurt teknik- och konkurrenssystem kan fortsätta och tillika erövra världen.

Just genom min paradiskiska illusion har fallet blivit så stort. Jag har haft svårt att se SFAM, åtminstone delar av det, förvandlas till en simpel intresseorganisation, där intriger och odemokratiska fasoner fått fäste – alltifrån kuppen mot valberedningens föreslagna ordförande Dan Andersson till det manipulativa sjösättandet av Protosförslaget. Allt förstås formellt korrekt.

Som med alla hafsverk får man betala ett högt långsiktigt pris. DLFs Benny Stålberg har under "Spaning" försökt att hämta internationellt stöd för sitt Protos. Det kan inte dölja sanningen att det avsiktligt, tidsmässigt hyperpropulsiva förslaget fick fundamentala blottor från början. Att läkarna bara såg till sig själva och låtsades som den svenska, sammanhållna vårdcentralen med sitt teamarbete inte finns. Att man inte ville ta ansvar för den jättelika läkemedelsbudgeten annat än som ett frivilligt åtagande; dvs. man krävde en fri nytthet, något fullständigt orealistiskt i en tid och framtid med skenande läkemedelskostnader. Och att årtiondens besvikelser över landstingens uteblivna satsning på primärvården blev en kollektiv projektion, ett hat mot landstingen, som burits fram av SFAMs och DLFs officiella företrädare och inte minst Fammi.

Som många projektioner är de förstälga men irrationella när samhälle ska byggas. Vad man än tycker om landstingen, kan- ►►

ANNONS

ske framtida storregioner, är det landstingen som driver övrig sjukvård, även om ett nationellt familjeläkarsystem etableras.

Jag tycker man hårt kan kritisera landstingen men den hatiska attityd som under senare år burits fram i kölvattnet till Protos, inklusive vid teatraliska avhopp från institut, tror jag inte har gagnat vår sak. Sjukvårdens olika nivåer, remissvägar, landstingens slutliga ekonomiska ansvar för läkemedel och ett komplett vårdutbud, är kommuniserande kärn. Allmänläkarna kan varken skapa sig öar inom vårdcentralerna gentemot annan personal, anställd av landstingen, eller ställa sig utanför ett förtroendefullt samarbete med övrig sjukvård och dess landstingsledning. Landstingen är inte avskaffade ännu som många Protos-förespråkare tycks tro.

Konferensens och många distriktsläkares ångest för vad närsjukvården ska fyllas med är befogad. Men hur vore det med lite självkritik? Är det så konstigt att landstingen lyssnar på andra intressen och professioner, för att fylla närsjukvården med innehåll, när allmänläkarna inte vill ta i landstingen med tång? Jag säger inte att Protos projektioner är hela förklaringen, mycket är en ideologisk röra i huvudet på landstingstjänstemännen. Men det är svårt att få en part att lyssna om man föraktar honom eller henne. Allmänmedicinens idé, generalisten som örn, måste överflygla andra särkrafter som vill bli första linjens kompetens. Generalistens unikum, statsministerperspektivet i en bra bemannad bassjukvård växer fram utifrån patient- och befolkningstryck, som åtföljs av politiska beslut.

Nu ska Protosförslaget pga. sina blottor baxas vidare inom Läkarförbundet, för att få andra personalgrupper, åtminstone SACO-anslutna, med på vagnen innan eventuellt något landsting vill pröva modellen. Så går det när handlingskraft är viktigare än tanken och när föreningsdemokrati naggas i kanten. Det var en våghalsig missbedömning att utgå från att en nyfunnen kompis till socialminister över huvudet

på landstingen skulle fixa ett nationellt familjeläkarsystem. Nu står SFAM och allmänläkarna där med rumpan bar och det finns kanske inte ett enda landsting som vill pröva någon Protos-variant. Detta då förslaget, åtminstone inte hittills, har funderat på vad som skulle kunna göra landstingen intresserade, att landstingen brottas med problem som samverkan primärvård – länssjukvård – kommunal sjukvård, kostnadskontroll i läkemedelsbudgeten etc.

Vi får se hur det går när nu andra tar över det distriktsläkarna borde tänkt på från början. Risken är betydande att den icke färdigkokta Protoskarmellen med övergående sötma smälter till ingenting. Den kan i värsta fall spottas ut i oigenkännlighet, så feltuggad av andra att den kan liknas vid en buss eller loska.

Allmänmedicinen är större än Protos! Därför är det farligt om allt hopp och all kraft från DLF och SFAM ställs på detta förslags vidare öden. Allmänmedicinens utveckling och plats i samhället är mer beroende av en stor vision än en organisation.

Mitt eget livslopp, kanske med allt för spänd båge från början, har ännu inte resulterat i besvikelsens cynism, men kanske i en nyttig realism vad som faktiskt formar mänsklig samlevnad – och också över min egen professions plats i samhället. Men jag kan inte komma ifrån Gustav Haglunds bild, så viktig för honom så att han med egna händer återskapade en väg ner till bryggan vid sin sjö utanför Olofström. Det var en barndomens arketyp från missionsfältens Nicaragua. Vägen i en grönskande tunnel ner till oceanen, längtans svallvågor från Sverige, men också till något större bortom horisonten. Även om vi som allmänläkare kan ha olika uppfattning i sakfrågor får vi inte tappa bort den bilden!

Bengt Järhult
bengt_jarhult@hotmail.com

En personlig kommentar

När Bengt Järhult vid Höstmötets avslutning skulle reflektera över vad vi varit med om under tre glädjefyllda och stolta dagar valde han att gå till generalangrepp på SFAM, DLF, Läkarförbundet och våra akademiska företrädare. Det viktigaste målet för hans skarpa penna var dock Protos. Jag, och många med mig, höjde på ögonbrynen inför denna oblyga ockupation av tillfället att torgföra egna åsikter utanför ramen för diskussionen.

Ord som hat, intriger, odemokratiska fasoner, manipulativa sjösättningar och teatraliska avhopp säger mycket om känsloladdningen i inlägget, men hur är det med sakfrågan?

Bengt Järhult och hans generation allmänläkare har trettio års perspektiv på utvecklingen av svensk primärvård. En utveckling där hopp och goda föresatser förbytts i frustration och uppgivenhet. Inte ens ingångslön för färdiga specialister över 50.000 ger någon arbetstillfredsställelse. Kontrasten mot de danska allmänläkarnas glädje över att vara praktiserande läkare reser frågor (Jan Helge Larsen, AllmänMedicin 5, 2005). Om man betraktar ett halvt sekel av stabil familjemedicin i Danmark och England – är det marknadstänkande och snöd vinning som kännetecknar allmänmedicinen i dessa länder? Quentin Shaw reste själv frågan – är jag offentlig eller privat när jag hyr min mottagning och anställer min personal, men får all min ersättning från staten för ett uppdrag som samhället bestämmer?

Protos vill just detta: skapa stabilitet, kontinuitet och ge alla svenskar möjligheten att välja en egen läkare, något vi vet att de vill ha men förnekats av decenniers misslyckanden. Det brådskar att våga skapa nytt, något som ersätter hyrläkareländet och en primärvård som i värsta fall är en chimärvård, eftersom ingen tillgänglighet existerar när läkare saknas. Inget hastverk, Bengt Järhult, utan ett utvecklat förslag som bygger på gedigna erfarenheter i vår nära omvärld. Protos behöver kompletteras med förslag till fortbildning och kanske recertifiering som SFAMs Fortbildningsråd arbetar med, och förslag till kvalitetssystem som SFAMs Kvalitetsråd kan bidra med.

Eller har Bengt Järhult någon konstruktiv idé om hur vi når en framtid med god rekrytering, framtidsstro och arbetsglädje, vilket är förutsättning för att vi skall orka vara engagerade i vår läkargärning med bibehållna ambitioner och medkänsla med de utsatta vi möter på våra mottagningar. Dessvärre innehöll hans spaning ingenting i den vägen.

Gunnar Carlgren
Ordförande
SFAM Östergötland
Gunnar.Carlgren@lio.se

ANNONS

Psykiska och psykosociala problem – audit i en FQ-grupp

Foto: Christina Sjöstrand



FQ-gruppen Uggleörnen. Stående: Anders Jacobson, Elisabeth Tønnesen, Åke Schwan, Maria Nygren, Jan Stålhammar. Sittande: Karin Lindhagen, Anna Uhlén, Elisabeth Zetterström. Saknas: Ture Ålander.

Vad gör vi med de patienter som söker oss för psykiska och psykosociala problem? Är de många? Remitterar vi dem ifrån oss eller tar vi hand om dem själva? Sjukskriver vi dem? Det ville vi i FQ-gruppen Uggleörnen veta.

Som många andra FQ-grupper har vi i FQ-gruppen Uggleörnen i Uppsala genom åren fokuserat mest på fortbildning, men vi har också regelbundet gjort en audit av Odense-modell varje eller vartannat år för att granska och förbättra kvaliteten i arbetet [1]. Gruppen bildades 1995 och hälften av medlemmarna har varit med ända sedan dess. Vi är nu nio allmänläkare från sex olika mottagningar i Uppsala: tre vårdcentraler inom landstinget, en privat husläkargrupp med vårdavtal, en ensampraktik med vårdavtal och en som arbetar på nationella taxan. Att vi ändå arbetar väsentligen likartat med våra patienter märker vi i våra diskussioner i FQ-gruppen.

Denna gång ville vi ta reda på mer om vad vi gör med de patienter som söker oss med psykiska och psykosomatiska problem. Den delen av vår verksamhet är stor och har också blivit alltmer uppmärksammat i den allmänna debatten. Vi hade emellertid gemensamt en känsla av att andra instanser inte förstår hur mycket och hur kvalificerat arbete vi allmänläkare ägnar åt denna grupp.

Syfte:

Att ta reda på hur stor andel av våra patienter som kommer till oss på grund av psykiska och psykosociala problem, vilka diagnoser vi sätter, i vilken utsträckning vi behandlar dessa patienter själva, samt i vilken utsträckning vi sjukskriver dem.

Metod:

Audit av Odensemodell i två steg [1]. Gruppen utarbetade tillsammans formulär för registrering av typ av problem, åtgärd, arbetsgrad samt person-

data. Formulärets frågor framgår av Tabell 1.

I det första steget, då fem läkare deltog, registrerade varje deltagare trettio patienter i följd under hösten 2003, oavsett vad de sökte för. Om det huvudsakliga problemet bedömdes gälla psykiska eller psykosociala problem registrerades diagnos, åtgärd, samt i vilken grad patienten var i arbete eller studier. Det var möjligt att registrera mer än en diagnos och mer än en åtgärd för varje patient. Vi utgick från de diagnoser vi ►►

Tabell 1. Auditformulärets frågor

Kategori	Fråga
Persondata	född år mån dag ålder man kvinna
Diagnos*	Akut kris Depression, ångest "Utbrändhet" Kronisk smärta Minnesstörning Missbruk Sömnstörning Annat psyk/psykosoc (vad?)
Åtgärd*	Utred och behandla själv Remiss till kurator Remiss till psykolog/ psykoterapeut Remiss till sjukgymnastik Remiss till psykiater Remiss till annan för psyk/ psykosoc probl (vem?) (t.ex. geriater, neurolog, smärtklinik)
Arbetsgrad	Arbetar/studerar heltid Sjukskriven deltid Sjukskriven heltid Sjukbidrag/pension deltid Sjukbidrag/sjukpension heltid Ålderspension
Sjukskrivn. nu	Sjukskrives deltid nu Sjukskrives helt nu
Besöksfrekvens	>=4 besök senaste 12 mån
* = en eller flera	

ANNONS

sätter i vår vardagliga praxis utan att skärpa kriterierna på något särskilt sätt inför studien.

Resultaten visade sig intressanta och vi utvidgade studien och genomförde ett andra steg med sex deltagande läkare, där endast patienter med psykiska eller psykosociala problem ingick. Varje deltagare registrerade sina första trettio sådana patienter från ett visst datum senhösten 2003. Samma formulär användes, med tillägg av diagnosen "sömnstörning" eftersom denna diagnos stått för en stor del av det som markerades som "annat psykiskt/psykosocialt problem" vid den första registreringen.

Resultat

Audit 1:

Av de 150 patienterna den första undersökningen var 46 män och 104 kvinnor. Andelen som bedömdes söka huvudsakligen för psykiska eller psykosociala problem var 31 procent (46 personer), med variation från 23 procent till 50 procent hos enskilda läkare. Den vanligaste diagnos vi satte på dessa patienter var depression, därefter kronisk smärta och utbrändhet.

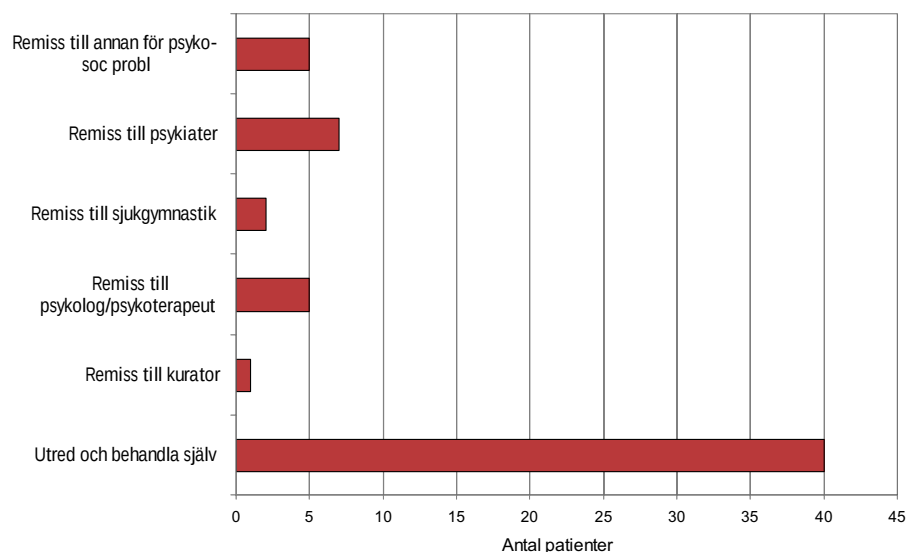
Vi utredde och behandlade själva de allra flesta patienter som kom för psykiska eller psykosociala problem (85 procent). Det var inte många vi remitterade till andra instanser för övertagande av ansvaret för patienten, däremot skrev vi en del remisser för kompletterande behandling, t.ex. till psykolog, sjukgymnast och kurator (Figur 1).

Bland patienterna med psykiska eller psykosociala problem var 30 procent ålderspensionärer och 26 procent i fullt arbete eller studier. Av övriga hade 23 procent sjukbidrag helt eller delvis och 23 procent var sjukskrivna, huvudsakligen på deltid. Sjukskrivning vid det aktuella besöket var oftare deltid än heltid.

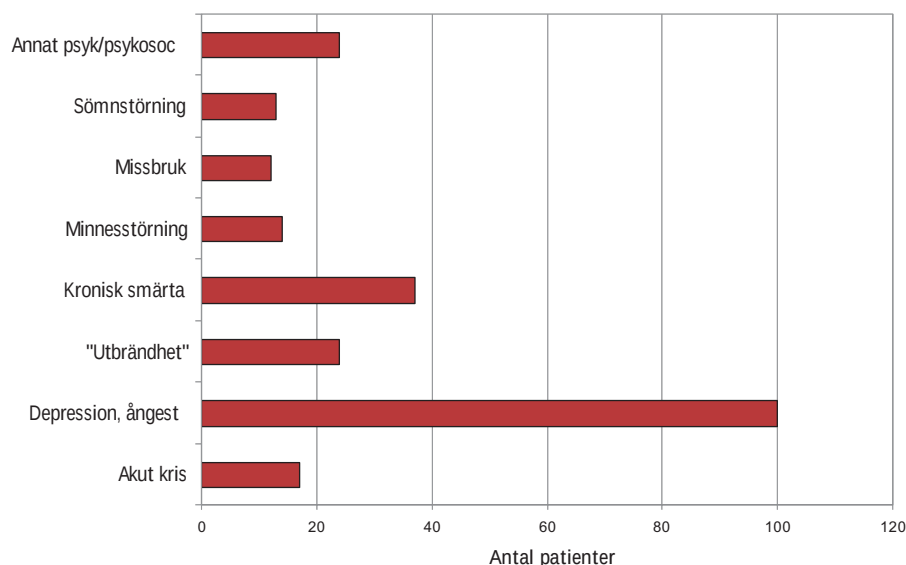
Audit 2:

Audit 2 omfattade 30 patienter med psykiska eller psykosociala problem per deltagande läkare – 54 män och 126 kvinnor. Den vanligaste diagnosen var även här depression, 56 procent, därefter kronisk

Figur 1: Audit 1. Åtgärder för patienter med psykosociala problem.
(46 patienter. En eller flera åtgärder för varje patient)



Figur 2: Audit 2. Diagnoser.
(180 patienter. En eller flera diagnoser för varje patient)



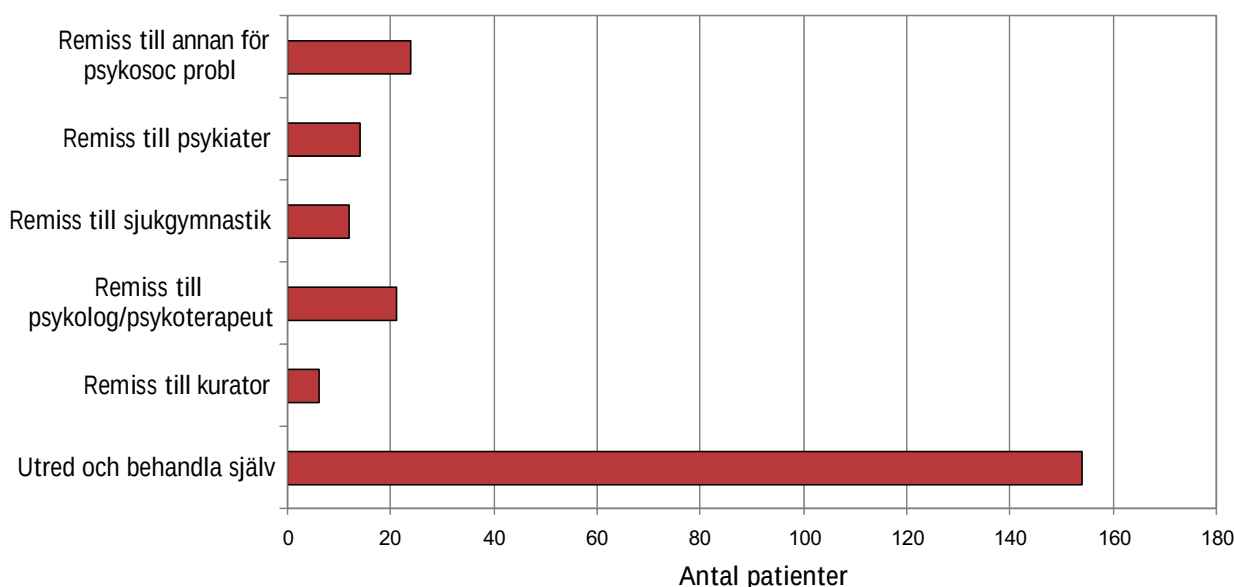
smärta, 21 procent, och utbrändhet, 13 procent (Figur 2).

Liksom i audit 1 utredde och behandlade vi själva 85 procent av patienterna. Det var få (8 procent) som remitterades till psykiater eller annan läkare, såsom neurolog, geriater, m.fl. (Figur 3). De remisser vi skickade var i första hand till psykolog/psykoterapeut. Vad gäller remiss till annan yrkesgrupp, som

psykolog/psykoterapeut eller kurator, är resultaten dock svårtolkade, eftersom det inte framgår tydligt av registreringen på auditblanketten vilka patienter som redan tidigare hade en sådan kontakt och där det alltså inte var aktuellt att överväga remiss vid det aktuella besöket. Det går tyvärr inte att av våra data utläsa hur stor andel av patienterna som redan hade etablerad kontakt med sådana yrkesgrupper. ►►

ANNONS

Figur 3: Audit 2. Åtgärder.
(180 patienter. En eller flera åtgärder för varje patient)



Sjukskrivning var vanligare i Audit 2 än i Audit 1. 25 procent av patienterna var sjukskrivna heltid och 11 procent på deltid. 19 procent av patienterna arbetade eller studerade på heltid. Andelen ålderspensionärer var 24 procent. Övriga, 13 procent, hade sjukbidrag/sjukpension på heltid eller deltid. Här fanns ett visst bortfall: några blev inte registrerade alls under rubriken Arbetsgrad (7 procent). Utfärdande av sjukintyg vid det aktuella läkarbesöket var denna gång oftare på heltid än deltid, men fortfarande med en betydande andel deltidssjukskrivning.

Diskussion

Att vi har många patienter med psykiska och psykosociala problem visste vi redan. Att så många av dem arbetar eller studerar på heltid, trots sina problem, och att många av dem är ålderspensionärer, blev vi paradoxalt nog överraskade av, fastän det egentligen stämmer med vår intuition. Mediabilden är en annan, och vårt resultat har också överraskat politiker och tjänstemän vi talat med.

Ett tolkningsproblem i vår studie gäller diagnos. Vi utgick från det sätt vi var och en brukar använda för att ställa

diagnos, utan anspråk på enhetlighet och utan att göra upp några särskilda kriterier för perioden då vi gjorde vår audit. Några av oss i gruppen använder åtminstone ibland skattningsskalor, t.ex. depressionsskalan MADRS, som underlag, medan andra alltid utgår från enbart klinisk bedömning, och vi är säkert olika i hur strikt vi följer DSM-kriterierna [2, 3]. Liksom "depression" är diagnosen "utbrändhet" oklar, och samma patient skulle säkert kunna få en annan diagnos, t.ex. "krisreaktion", av en annan läkare eller till och med av samma läkare vid ett annat tillfälle.

Den låga andelen remisser till psykiatri speglar säkert delvis den bristande tillgången på möjlighet till kontakt med psykiater. Vid vår diskussion i FQ-gruppen tyckte vi att de patienter vi träffar med psykiska och psykosociala problem i huvudsak hör hemma inom allmänmedicinsk verksamhet, men att det förutsätter rimlig arbetsmiljö och möjlighet till snabb kontakt med psykiatri när så behövs. Där ser vi idag en stor brist. Vi hade alla erfarenhet av att ha fått remisser i retur från psykiatri, när vi tyckt att vi behövt hjälp därifrån.

En sådan här studie ställer oftast fler frågor än den besvarar, och den nytta vi haft av den ligger mer i processen än i resultatets detaljer. Det har varit spännande och roligt att diskutera oss fram under vägen. Vi hoppas att kunna inspirera andra till kvalitetsstudier av vardagsarbetet genom att visa hur vi gjorde.

Referenser

1. Munck, Anders P. et al. APO-metoden - en populär form för kvalitetsutveckling i allmän praktisk. *Ugeskrift för Læger*. 164(46):5390-3, 2002.
2. Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134: 382-9.
3. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Pilgrim Press, 2002.

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

Artikeln skriven i samråd med övriga medlemmar i Uggleörnen.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga.

ANNONS

Några glimtar från en Balintkongress

Under tre intensiva dagar i slutet av augusti genomfördes den fjortonde internationella Balintkongressen på ABF-huset i Stockholm.

Nästan 120 Balintvänner från 18 länder hade hörsammat inbjudan. Det var två år sedan senaste mötet i Berlin och inte mindre än 16 år sedan den senaste internationella Balintkongressen i Stockholm. Det kom kollegor från USA och Israel men européerna dominerade förstås. Nästan alla länder i Europa var representerade, inte minst de östeuropeiska. Många kära återseenden men också nya bekantskaper!

Temat var "Balint work in a time of change and crisis in the health care system".

Det visade sig vara ett välfunnet tema då det samtidigt som många goda erfarenheter presenterades också beskrevs svårigheter med att hos beslutsfattare sälja in den mjukvara som Balintarbete representerar.

Svenska föreningen för medicinsk psykologi stod för arrangemanget. Det var fullspäckade dagar med delvis dubbelade föreläsningar. Vi fick bland annat ta del av andras erfarenheter av Balintarbete, inte minst bland studerande. Vi fick också höra om den forskning som bedrivs om Balintgrupper och vad en etnograf funderar över efter att ha studerat en grupp i London.

Vi delades så in i nio Balintgrupper som möttes varje dag. Här fick den kliniska vardagen utrymme och än en gång kunde jag konstatera att de problem som formuleras är slående lika antingen man arbetar på landbygden i Holland, i Paris' arbetarkvarter eller i en välbeställd förort till Stockholm. Och ALLA kollegor är kloka, generösa och ömsinta...

De sociala evenemangen var välvalda med besök i Stadshuset, båttur under broarna samt middag med dans på Junibacken. Kongresskommittén har all anledning att känna sig nöjd.

Och visst står sig Michel Balints arbetsmetod över tid och i olika sjukvård-organisationer!

Det är ju nu över 50 år sedan han började i London. Det säger en del.

Ses vi i Lissabon 2007?

"... en förmån att få vidga perspektiven, t.ex. genom att höra John Salinskys tankar om hur våra läkarkollegor Tjechov och Tolstoj använde sina patientmöten eller om hur skulpterande kan vara till hjälp att se patient-läkarrelationen ..."

Elisabeth Jaenson, Malmö

"... un congrès extraordinaire ... de simplicité, sérénité, chaleur, émotion, profondeur, épaisseur ..."

Marie-Anne Puel, Paris

"... lärde mig mycket nytt och inspirerades kolossalt av att sitta i Balintgrupp med kollegor från andra länder ..."

Essie Andersson, Lund



Foto: Anders Lundqvist

Lena Svidén, Stockholm
kul.sviden@mailbox.swipnet.se

SFAM inbjuder till årets vecka 3-kurs:

TRÄNING I ALLMÄN MEDICINSK KOMPETENS VÄRDERING

Tid: 16–18 januari 2006

Plats: Brändön, utanför Luleå.

Kursavgift: 2.000 kr

Internatskostnad: 4.000 kr

Information: Ulf Måwe

Tfn: 0730 711958

E-post: ulf@mawe.se

Anmälan: Senast 30 december 2005
till SFAMs kansli,
Maria Wittrin Blomquist,
Skeppsbron 34, 111 30 Stockholm
E-post: maria.wittrin@sfam.a.se

Är du examinator bör du gå kursen
minst vart fjärde år.

Bevis på genomförd utbildning
utdelas vid examensavslutning i
samband med SFAMs höstmöte i
Umeå 2006

(OBS! Felaktiga datum angivna i annons
AllmänMedicin nummer 5, sidan 11)



Annika Eklund-Grönberg ny ordförande

Johan Berglund har avgått från SFAMs styrelse. Annika Eklund-Grönberg har efterträtt honom som ordförande, varför posten som vice ordförande är vakant. Annika arbetar som distriktsläkare i Tyresö. Vid sidan av sitt stora engagemang i SFAM har hon bland annat arbetat på InfoMedica och med vidareutbildning av sjukhusläkare till allmänläkare. Hon är ledamot av Läkaresällskapets utbildningsdelegation.

ANNONS

Primärvårdens strategiska val

Är rollen som familjeläkare, med ett öppet engagemang som sträcker sig över en lång tid, och där relationen till den listade patienten är i fokus, en förlegad romantisk föreställning? En feel good-tanke, som allmänläkare hämtar sin styrka och identitets särart från, men som tiden sprungit förbi?

Är det flerprofessionella teamet, som med sina skilda specialkompetenser (allmänläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och kuratorer m.m.) kan ta sig an befolkningens olika hälsoproblem, specialistsjukvårdens logiska fortsättning i primärvården? Är det ett rationellare och effektivare sätt att möta vår tids livsstilssjukdomar?

Frågorna inställer sig då man läser Anders Anells debattskrift *Primärvård i förändring*, som från ett hälsoekonomiskt perspektiv redovisar olika primärvårdsmodellers förtjänster och svagheter. Anell är verksam vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund och har i andra sammanhang redovisat de tankar som ligger bakom förslaget om närsjukvård i Skåne.

Med utgångspunkt från en kanadensisk studie av Lamarche et al. 2003, redovisas fyra olika modeller för hur primärvård kan bedrivas. De två huvudansatserna känner man igen från svenska förhållanden: å ena sidan primärvårdsteam med områdesansvar, *community primary health-care models*, som kan vara mer eller mindre integrerade med andra delar av vården, eller å andra sidan familjeläkarssystem, *professional health-care models*, som antingen bygger på listning eller enbart på besök.

Kärnfrågan i Anells redogörelse handlar om vilken roll man vill betona för primärvården: en som tar sin utgångspunkt i befolkningens uttolgade behov eller en roll som utgår från de enskilda patienternas önskemål och efterfrågan. Båda strategierna har sina förtjänster och svagheter. I den samhällsfokuserade



Primärvård i förändring
Anders Anell
Studentlitteratur
ISBN 91-44-04488-7
100 sidor

modellen anses teamet med dess olika kompetenser som den viktigaste resursen och verksamheten anses kunna svara för bredare folkhälsoinsatser, rehabilitering och palliativ vård. Samtidigt är lyhördheten för individens uttalade behov möjligheterna till kontinuitet mellan patient och vårdgivare svagare.

I den professionella modellen betonas individens behov. Tillgängligheten och kontinuitet till läkare är centrala delar och det främsta syftet är att leverera tjänster till de individer som uppsöker läkare. Samordningen med andra yrkesgrupper och samhällsfunktioner är begränsad liksom övergripande folkhälsoinsatser som inte direkt efterfrågas, till exempel smittskydd.

Inte oväntat omfamnar författaren inte Protos-förslaget med någon större iver. Förslaget uppfattas som en partsinlaga från professionen i förhållande till allmänheten och samhället/finansiärerna. Det anges ha ett begränsat primärvårdsinnehåll samtidigt som det ger allmänläkarrollen en särställning den inte förtjänar. Ett av argumenten är att det innebär

ett avsteg från den samhällsorienterade ansatsen inom svensk primärvård samtidigt som det inte kan svara emot de nya utmaningar som överföringen av äldre vård från sjukhusvård till mer öppen vård medför.

Någonstans här upplever man att något gått snett i beskrivningen av allmänläkaren. Skildringen av denne som en kvalificerad, men begränsad, gate-keeper som utifrån instrumentella färdigheter slussar patienter vidare till "experter", och vars funktion med fördel kan delas upp på flera professioner, känns egendomligt platt. Man saknar här förståelsen för allmänläkarens egen integrativa specialistroll. Att utifrån en bred medicinsk kompetens kunna se de aktuella problemen i relation till patientens livssituation, men också att fungera som en "lots" inför ett ofta svåröverskådligt sjukvårdspanorama.

Likasa saknas en beskrivning av kontinuitetens möjligheter att undvika onödiga diagnostiska loopar och terapeutiska blindskott i det kliniska arbetet, genom att finkalibrera diagnostiska och terapeutiska åtgärder bättre när man känner patienten väl. Som hälsoekonom skulle jag vara intresserad av att borra djupare i de ekonomiska konsekvenserna av detta.

Sammanfattningsvis är Anells skrift en viktig och intressant redovisning av tänkbara modeller för hur en bra primärvård kan organiseras. För att kunna ta ställning till de olika modellernas för- och nackdelar behövs dessutom en motsvarande initierad beskrivning av innehållet i verksamheterna. Liksom i andra sammanhang framstår allmänläkarens arbete som en "black box" som undandrar sig en närmare beskrivning. Det är uppenbart att bland annat potentialen av allmänläkaren som en kvalificerad spelfördelare i primärvården måste tydliggöras bättre.

Jan Stålhammar
Eriksbergs vårdcentral
janstalhammar@pubcare.uu.se

Välkommen bok om sjukskrivning

Sjukskrivningsboken förmedlar erfarenheter och råd utan att utge sig för att vila på vetenskap eller slutgiltiga sanningar. Boken består av en kortare allmän del och en längre del om olika diagnoser. Särskilt bokens första del innehåller många kloka synpunkter. Sjukskrivning innebär svåra avvägningar och kan både hjälpa och skada patienten. Läkaren har ansvar för sina intyg och måste vara beredd att få klander vid brister, men ska låta det framgå om tid eller kunskaper inte räcker till för att utfärda ett tillräckligt bra intyg.

Sjukdom och arbetsförmåga är relativa begrepp och sjukskrivning praktiseras olika runtom i landet. De stora skillnaderna kan ej förklaras av skillnader i sjuklighet och i ett internationellt perspektiv utfärdar vi långa sjukskrivningar för t.ex. hjärtinfarkt. Konflikter på arbetsplatsen är inte grund för sjukskrivning, men om konfliktens konsekvenser nedsätter arbetsförmågan kan det berättiga till sjukskrivning.

Sjukskrivning som behandling beskrivs i ett särskilt kapitel. Författarna betonar vikten av att tillsammans med patienten redan från början bestämma vad som ska vara syftet med sjukskrivningen och hur man ska följa upp att målet nås. Fördelarna med partiell sjukskrivning framhålls, men även här ska målet vara att sjukskrivningen avslutas helt. Bästa sättet att undvika långtidssjukskrivning är att noggrant tänka efter innan en sjukskrivning inleds. Dessutom bör läkarens medverkan i en sjukskrivning avslutas när medicinska åtgärder inte förväntas förändra situationen. Sjukskrivning vid smärta och trötthet har fått ett eget kapitel. Läkaren måste ta ställning till patientens trovärdighet utan att kränka, bedöma om beskrivningen är rimlig och om det är troligt att patientens arbetsförmåga är påverkad



Sjukskrivningsboken
Bengt Järvholm, professor och överläkare
i yrkes- och miljömedicin, Christer
Olofsson, specialist i allmänmedicin och
försäkringsläkare
Studentlitteratur 2005
213 sidor
Pris 332:-
ISBN 9144 034 970

Rehabilitering kan vara medicinsk eller arbetsinriktad. Arbetsgivaren har ansvar för den senare, men för att en rehabilitering ska kunna påbörjas måste tillståndet vara medicinskt definierat och här är det vanligt att läkare brister. Återigen betonas vikten av att läkaren är aktiv i det tidiga skedet och att reglerna tydliggörs. Det kan t.ex. räcka att patienten förstår att hon behöver ett mindre tungt arbete och att detta ordnas när hon tar kontakt med sin arbetsgivare.

I den speciella delen behandlas olika diagnosgrupper och specifika sjukdomstillstånd, allt från diabetes och psoriasis till hepatit, epilepsi och somatoforma syndrom. Bitvis blir det en förment medicinsk lärobok på elementär nivå med många självklarheter, som t.ex. att arbetsförmågan påverkas måttligt vid

rinit och att det då sällan finns skäl till sjukskrivning utöver egen sjuknämnan. Yrkesmedicinska infallsvinklar tjänar inte heller bokens syfte.

Beroendetillstånd har ett eget kapitel som bl.a. behandlar möjligheten att sjukskriva retroaktivt. Den mer generella aspekten att sjukfrånvaro kan vara både en orsak till och en konsekvens av alkoholmissbruk nämns, men hade varit värd att betona mer. Det finns ett sakfel i boken gällande möjligheten att agera om man t.ex. på väg hem från jobbet ser att den person man tidigare sjukskrivit pga. ryggvärk står och gräver i trädgården. Då är det inte sekretessbrott att påtala detta för Försäkringskassan, tvärtom bör man göra just det samtidigt som man informerar patienten om åtgärden.

Praktiska råd finns i slutet av boken. Här summeras det viktigaste och författarna avslutar med att framhålla hur betydelsefull diskussion med kollegor och debatt i media är, om en god sjukskrivningspraxis ska kunna utvecklas. Det är lätt att instämma!

Monika Engblom
Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg
monika@engark.se

ACT ger hopp om förbättrad smärtbehandling

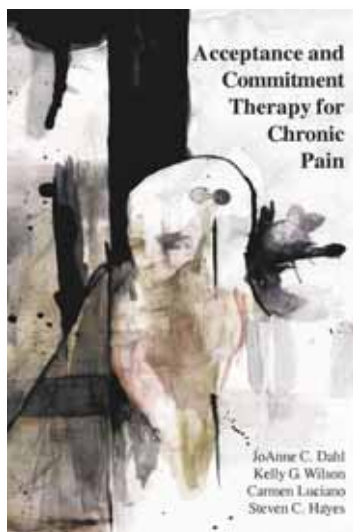
För oss distriktsläkare har begreppet KBT blivit en vardagsvara och kognitiv beteendeterapi är i många olika sammanhang bästa evidensbaserade behandling. Är det nu dags att lära sig en ny förkortning – ACT? Jag tror faktiskt att det kan vara det.

ACT förs i denna bok fram som den tredje vågen av beteendeterapi. Den första vågen handlade om den enkla modellen av positiv betingning, om att göra mer, våga öka dosen av belastning i en av terapeuten uttänkt dosering. Den andra vågen, som är KBT, innehåller detsamma men med tillägget att tänka positivt, att skapa positiva mönster för kognitionen och att bryta de negativa. I ACT handlar det dessutom om det kanske kontroversiella begreppet värden – "values" – och begrepp som mening och inriktning i ett större livsperspektiv.

A i ACT som står för "Acceptance" – "att acceptera de besvär man har" – och det får sin relevanta innebörd för de flesta tillstånd man möter i vardags-sjukvården där bot inte är realistisk. "Att undvika att undvika" som är det positiva "slagordet" från SBU:s ryggrapport passar fint in i det synsättet. "Låt inte smärtan begränsa dig", "lev som vanligt", "det är OK att arbeta om du klarar det" likaså. Acceptans står för något djupare än begreppet avledning.

C för "Commitment" handlar om det i livet som är viktigast för din patient, det han/hon vill uppnå med sin tid här på jorden. ACT analyserar detta i en ganska formell modell, uppdelad på en segmenterad cirkel med olika livsvärden där familj, fritidsintressen, utbildning, utveckling, andligt liv, fysisk hälsa, socialt liv, arbete, intima relationer m.m. ingår. Hälsa blir därmed bara en av många viktiga aspekter när patienten står inför vägval i livet.

Läkare har traditionellt intagit en ganska neutral och distanserad hållning och föreslagit behandling utan hänsyn till



Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain

JoAnne C. Dahl, Kelly G. Wilson, Carmen Luciano, Steven C. Hayes
Context press 2005, Reno NV, USA
(\$34.95 via <http://www.contextpress.com/>)

den enskilda patientens mer grundläggande och personliga mål. Med ACT vågar läkaren ta steget att fråga efter dessa och att inrikta behandlingen utifrån vad patienten egentligen vill med sitt liv. Det är ett långt vidare perspektiv än de kortsiktiga lösningar som analgetikabehandling, "vila" eller sjukskrivning innebär.

Denna bok handlar om behandling av långvarig smärta från rörelseapparaten, den vanligaste orsaken till att människor hamnar i långa sjukskrivningar som kan leda till permanent utslagning från arbetslivet. Boken kan användas som en sorts handbok för den som vill lära sig mer om behandlingsmetoden. För den av smärtproblem, sjukskrivning och rehabilitering intresserade distriktsläkaren erbjuder den många goda aha-upplevelser. I långa stycken är den filosofisk på ett sätt som ifrågasätter en hel del av våra kliniska rutiner. Påståendet "Det enda sättet att bli av med sin smärta är att exponera sig för den mer" är exempel på detta.

Texten görs levande genom den fallbeskrivning vi får följa, där Elisabeth, vars liv mer och mer inskränkts av smärta och sjukskrivning, i dialogens form förs närmare de mål hon vill uppnå. Emellanåt är dialogerna mycket starka och läsaren upplever påtagligt betydelsen av de val som terapeuten får patienten att stanna upp inför. På sokratiskt manér föds nya insikter fram. Modellen kan kallas terapeutisk lika väl som pedagogisk.

Den vetenskapliga litteraturen om behandling av smärta enligt ACT är ännu inte rikhaltig, men boken har en del referenser till bland annat svenska arbeten, även randomiserade studier. Huvudförfattaren JoAnn Dahl är docent vid Institution för Psykologi, Uppsala Universitet, och det finns en hel del avsnitt som är relevanta för just svenska förhållanden, inte minst med avseende på vårdens tillkortakommanden när det gäller behandling av långvarigt sjukskrivna.

ACT tycks ändå inte vara en rehabiliteringsmetod som har återgång i arbete som enda mål. Men i de fall arbete är en viktig del av patientens livsvärden förefaller ACT vara en mer framkomlig väg än många andra behandlingsmetoder när det gäller att undvika utslagning från arbetslivet.

Förlaget tycks ha haft bråttom att få boken i tryck och det drar i viss mån ner intrycket. Där finns enstaka tryckfel och det hade varit värdefullt med ytterligare empiri i form av kliniska undersökningar av effekten av ACT på kronisk smärta. Ändå ger läsningen bilden av en högtintressant och för framtiden sannolikt betydelsefull bok. Den väcker nyfikenhet på ACT och en snabb introduktion av metoden i allmänläkarkretsar känns angelägen. Jag rekommenderar mina kollegor att skaffa boken och begrunda vad den vill säga och relatera det till den egna praktiken när det gäller behandling av långtidssjukskrivna!

Lars Englund, Falun
englund1@telia.com

Nystart för SFAMs fortbildningssamordnarnätverk

Den 10–11 oktober träffades 13 lokala fortbildningssamordnare för att göra ett försök att komma igång med ett mer stadigvarande nätverksarbete. Det finns många fler fortbildningssamordnare i landet, och vi hoppas att vår glädje över att träffas och bli inspirerade av varandra, ska göra er andra sugna att komma med nästa gång.

Vi tror nämligen att vi ska kunna lära av varandras erfarenheter och kunskaper, och att vi ska kunna växa oss starka och göra nytta på samma sätt som SFAMs studierektorsnätverk.

Du som arbetar som lokal fortbildningssamordnare är hjärtligt välkommen att höra av dig. Anna-Karin Svensson (anna-karin.svensson@lg.se) samordnar

nätverket med hjälp av bland annat en mailinglista.

Det här talade vi om på mötet:

- SFAMs kompetensutvecklingsdokument. Vad är det? SFAMs fortbildningsråd har under 2005 arbetet med att få fram en beskrivning av en struktur för kompetensutveckling som skulle kunna fungera inom Protos-systemet. De punkter som säkert kommer leda till diskussion är dels frågan om en kommande certifiering/recertifiering av vår specialistkompetens, men också frågan om skapandet av ett nationellt centrum för kompetensutveckling. En kortversion av dokumentet finns att hämta från SFAMs hemsida www.sfam.se

- Hemsjukvård och dess fortbildningsaspekter diskuterades under ledning av Sonja Modin.

- Riskbrukprojektet. Svante Pettersson från Fammi gästade mötet och beskrev arbetet med riskbruksfrågor. Vi som var på mötet var eniga i att det finns ett stort behov av att få igång en verksamhet, som på sikt kan ge ringar på vattnet i detta arbete. Vi hoppas alltså på att verkmästarna Charlotte Hedberg och Hans Hallberg ska kunna ordna ett seminarium som särskilt vänder sig till personer som kan tänkas vilja leda riskbruksverkstäder på hemmaplan. Ett lärande tillsammans med dem som är mer erfarna verkmästare och det skulle kunna vara ett sätt att få igång ett arbete över hela landet.

Nästa möte för Fortbildningssamordnarnätverket blir 29–30 mars 2005.

Meta Wiborgh, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

Vad betyder orden?

Kompetens och kompetensutveckling

Det finns olika definitioner på begreppet kompetens men gemensamt är betoningen av kompetens som en individs eller ett kollektivs förmåga att utföra specifika aktiviteter eller uppgifter. Per-Erik Ellström, professor i pedagogik vid Linköpings universitet och med stor erfarenhet av lärande i olika organisationer, menar att kompetens är en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller ett visst sammanhang, närmare bestämt förmågan att framgångsrikt utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och om möjligt utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder. Analogt med den definition Ellström gör av kompetens kan kompetensutveckling definieras som de åtgärder vars syfte är att öka individens potentiella handlingsförmåga i relation till en specifik uppgift, situation eller kontext.

Med kompetensutveckling i vårt sammanhang avses det lärande som avser att utveckla förmågan att hantera de upp-

gifter som individen ställs inför i sitt ordinarie arbete. Kompetensutveckling i betydelsen utbildning för att uppnå högre formell kompetens är en annan sak. Detta förutsätter att någon kan identifiera när behovet av kompetensutveckling uppstår och att prioritering sker av vad, vem eller vilka som ska få vilken form av kompetensutveckling, hur insatsen ska ges och med vilket innehåll. Tradition, modetrender och maktförhållanden styr ofta insatser, inriktning och prioriteringar för kompetensutveckling.

Profession

En profession karaktäriseras av ett antal värden:

- förtrogenhetskunskap med en viss intellektuell kunskap
- teorier som styr praktiken
- delandet av vissa värderingar och närvaron av en etisk kod som styr individens handlingar
- verksamheten är viktig för samhället
- medlemmarna utövar egen kontroll över sin verksamhet

Certifiering och recertifiering

Certifiering kan vara antingen obligatorisk eller frivillig och är en process där vissa krav på kompetens skall kunna uppvisas eller där det finns krav på bevis om att kontinuerlig kompetensutveckling bedrivs. Recertifiering betecknar återkommande krav på certifiering. Certifiering och recertifiering (revallidering) för sjukvårdspersonal finns i många länder, bland annat i Kanada, USA, Holland och Norge. Ofta bygger den på uppnående av ett visst antal poäng som räknas efter den tid man tjänstgjort, genomgått kurser, gruppmöten etc. I vissa länder har man certifieringsystem som innebär att privilegier kan gå förlorade, t.ex. lönetillägg, möjlighet att verka i yrket eller fortsatt status som specialist.

(Fritt saxat ur Fammis rapport *Struktur för kompetensutveckling i primärvården*, nov 2004.)

Om Protos och Fortbildning

Vi behöver ha ett oberoende fortbildningssystem
som allmänläkarkåren har kontrollen över!

Bra fortbildning kräver resurser. Fortbildning tar tid. Den tiden bör vara fastlagd som en rättighet, men också en skyldighet för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Fortbildning kostar också pengar. Det måste finnas en säker finansiering. Var och en bör ha ansvaret och rätten att använda de medel som avsatts, med redovisningsskyldighet. För att fortbildningen ska kunna kallas systematisk så behöver det också finnas en kvalitetsuppföljning.

Lika villkor över landet

Sedan två år tillbaka finns ett förslag till nationellt Familjeläkarsystem, Protos, som Läkarförbundet, DLF, SFAM,

kerna i samhället växlar. Själva utvecklas vi ju också – förhoppningsvis mot större mognad och insikt.

SFAMs Fortbildningsråd fick i fjol i uppdrag av styrelsen att arbeta fram ett underlag för fortbildningssystem, och det gjordes under våren. Styrelsen har på grundval av det lagt ett förslag till *Oberoende kompetensutvecklingsstruktur*. Det är skrivet för att kunna fungera inom Protos. Därför innehåller det ekonomiska beräkningar och beräkningar av tidsåtgång, på ett sådant sätt att man både i entreprenörsstyrd och offentligt styrd verksamhet ska veta vad man betalar för, och kunna göra det på lika villkor. För-

hållandena, men att alla också behöver stimulans utifrån och kontakt med andra delar av landet, vilket man får på nationella kurser och konferenser.

Vi menar att det är nödvändigt att det är professionen själv som definierar kriterierna och formerna för recertifiering. SFAM som allmänmedicinens specialitetsförening kan ta ansvar för det – på uppdrag av samhället.

Nationellt centrum

Det behövs stödresurser för att kunna möjliggöra en kompetensutveckling som håller hög och jämn standard över hela landet. I förslaget ingår därför ett Natio-



Vi menar att det är nödvändigt att det är professionen själv som definierar kriterierna och formerna för recertifiering. SFAM som allmänmedicinens specialitetsförening kan ta ansvar för det – på uppdrag av samhället.

och SPLF står bakom. Protos innebär en möjlighet för befolkningen att få en personlig läkare och en sjukvård på mer jämlika villkor över hela landet. Men det innebär också en möjlighet till lika villkor för allmänläkare, oavsett var i landet man är verksam eller vilken huvudman man har. Den jämlikheten bör förstås också innefatta vår nödvändiga kompetensutveckling. Ingen läkare kan leva och verka på de kunskaper och färdigheter man tillägnat sig under grund- och specialistutbildning. Både samhället och den medicinska vetenskapen utvecklas och byter skepnad. Våra patienter – de som är våra egentliga uppdragsgivare – ställer varierande krav, och hälsoris-

slaget kan i grunden också fungera inom nuvarande primärvårdsorganisation.

Kvalitetscirkel

Förslaget innehåller en kvalitetscirkel; värdering – utvecklingsplan – utförande – ny värdering. Vart femte år görs en recertifiering, som utgör familjeläkarens kvalitetsgaranti gentemot uppdragsgivaren – dvs. ytterst patienten. Det finns sedan länge beräkningar som säger att ungefär 10% av totalarbetstiden bör ägnas åt kompetensutveckling. Hur den tiden fördelas på olika aktiviteter beror delvis på den enskilde läkarens inlärningsstil. En grundregel är att största delen bör utföras nära vardagen och i de lokala

centrum (hitta gärna på ett roligare namn!) för familjeläkarens kompetensutveckling

Synpunkter, tack!

Förslaget presenterades på SFAMs fullmäktige i Linköping 19/10. Där kom det fram flera konstruktiva synpunkter på förslaget, som nu ska bearbetas vidare. Frågan om hur kompetensvärderingen ska gå till är viktig att beakta. Realistiska former för recertifiering behöver diskuteras. Vi i SFAMs styrelse välkomnar alla synpunkter och konstruktiva idéer. Samtala och debattera i lokalföreningarna, och låt styrelsen veta hur ni tänker, och varför!

ANNONS

Kompetensutveckling för svenska familjeläkare – i korthet*

Idet svenska sjukvårdssystemet har primärvården ansvaret för vardags-sjukvården. Primärvårdens familjeläkare möter nästan hela befolkningen inom några års tid. Den medicinska utvecklingen går snabbt framåt, och stora krav ställs på familjeläkaren att upprätthålla och utveckla sin kompetens genom hela yrkeslivet. Därför är det viktigt med en systematisk kompetensutveckling för alla familjeläkare. Den ska ge familjeläkaren möjlighet att möta de varierande behov som finns i befolkningen, och den ska vara möjlig att utvärdera.

Sådana system finns sen ett antal år utvecklade i våra grannländer Norge och Danmark.

Även i vårt land förs en diskussion om att systematisera fortbildningen.

De svenska familjeläkarorganisationerna har gemensamt arbetat fram ett program för utveckling av familjeläkarverksamheten, som kallas Protos. Följande förslag till fortbildningssystem har utarbetats för familjeläkare inom Protos.

Livslångt lärande

Numera förändras både samhälle och kunskaper snabbt. Hela den yrkesmässiga kompetensen måste kontinuerligt utvecklas. Förutsättningar för ett livslångt lärande måste därför finnas. Det gäller särskilt för familjemedicinen som verkar i skärningspunkten mellan individ, samhälle och medicinskt kunnande.

Systematisk kompetensutveckling kan beskrivas som en kvalitetscirkel bestående av att:

Värdera aktuell kompetens, *sätta upp mål* för sin utveckling, *genomföra* de åtgärder som behövs för att nå målsättningen och *bekräfta att målen uppnåtts* för att sedan kunna fortsätta med ny värdering, planering osv. *Värderingen* görs årligen i dialog med erfaren kollega, utgående från gemensamt formulerade frågeställningar, och dokumenteras. Den ligger sedan till grund för att utforma en *utvecklingsplan*.

Genomförandet av planen sker kontinuerligt på flera nivåer – enskilt, lokalt, och regionalt/nationellt. Av årsarbetstiden bör varje familjeläkare använda minst 10% för att underhålla och utveckla sin kompetens. Den största delen av kompetensutvecklingen sker i anslutning till det dagliga arbetet men behöver kompletteras med lokal fortbildning och med kurser (eller motsvarande) i storleksordningen 2/1/1. Det innebär att ungefär hälften av fortbildningstiden används till arbetsplatsanknuten fortbildning, läsning, kollegiala grupper etc. En fjärdedel består av lokalt arrangerad fortbildning och en fjärdedel (för en heltidsarbetande läkare ca fem arbetsdagar per år) av externa kurser och konferenser. Det senare momentet ger, förutom fortbildning, också omvärldskontakt och stimulans.

Specialistkompetensen behöver definieras och *certifieras*, dvs. bedömas och intygas av extern värderare med jämna mellanrum, förslagsvis vart femte år. Metoder för certifiering/recertifiering bör utvecklas av specialitetsföreningen på uppdrag av samhället.

Förutsättningar

Individuellt ansvar: Kompetensutvecklingsbehovet definieras av familjeläkaren själv med hjälp av kompetensvärdering som beskrivits ovan. Detta görs utifrån egen läkarverksamhet och samhällets familjeläkaruppdrag. Den enskilde läkaren ansvarar för användning och redovisning av de resurser som uppdragsgivaren avsatt.

Uppdragsgivarens ansvar: är att avsätta tillräckliga resurser.

Ändamålsenliga verktyg för skiftande utvecklingsbehov: Olika utvecklingsbehov kräver olika former av fortbildning. För att tillgodose detta behövs samordning. Lokala och nationella organisationer behövs som stöd för en systematisk kompetensutveckling.

Oberoende: Kompetensutvecklingen ska utgå från familjeläkarens behov av att

kunna genomföra sitt uppdrag, och den ska fungera oberoende av vilken driftsform familjeläkaren arbetar i. Den ska heller inte styras av externa intressenter.

Stöd för kompetensutveckling

Lokal fortbildningssamordnare ansvarar för lokal fortbildning, och för stöd till kollegiala fortbildningsgrupper. Denne samarbetar lokalt med exempelvis läkemedelskommittén och studierektor. Samordnaren ingår i ett nationellt *nätverk*.

Ett *Nationellt centrum för familjeläkarens kompetens* har som uppdrag att verka för professionell utveckling. Arbetsuppgiften är konkret att diplomera studierektorer och fortbildningssamordnare och administrera certifiering/recertifiering. På sikt kan även utbildning i kompetensvärdering ingå, liksom utveckling av pedagogik, handledning och utbudet av fortbildningsaktiviteter.

Fonder för kompetensutveckling behövs som stöd för utvecklingsarbete och för att göra det möjligt att söka pengar för extra kostsamma behov.

Finansiering

Finansieringen behöver vara långsiktig och säker. Storleken beräknas utifrån rimlig tidsåtgång, reseersättning, kursavgifter och solidarisk finansiering av stödorganisation. I Protos ligger budget för kompetensutveckling som en del av avtalet för familjeläkaren, och den bör, för att vara långsiktig, ske via den fasta delen av ersättningen. Denna beräknas i dagens penningvärde till 1700 kr/patient och år, varav 30 kr behövs till kompetensutveckling. Detta innebär att 2% av den fasta ersättningen till familjeläkaren avsätts för fortbildning. I den summan är arbetstid som åtgår ej inräknad.

* Ett bakgrundsmaterial inkluderande ekonomiska beräkningar, finns också, men är ännu inte språkligt färdigbearbetat.

Anna-Karin Svensson
SFAMs styrelse och Fortbildningsråd
anna-karin.svensson@lg.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 Witttrin 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 Sjögren, 070-679 92 83
jonas.sjogreen@ptj.se

SFAMs stiftelse för
allmänmedicinsk forskning
(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering
i kollegial dialog)
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade
Björn Stållberg, 0156-53507
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 Sjögren
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@sjostaden.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

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

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2006

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	10/1	22/2
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

Goda tankar



Livet är en allvarlig sak. Att vara doktor är också en allvarlig sak. Att förskriva läkemedel är inte mindre allvarligt. Att vara doktor är att ha inflytande. Om man har inflytande bör man använda det för dem som inget inflytande har. Forskningen behövs för att söka svar på besvarbara frågor – empiriskt och logiskt. Forskning är ett kvalificerat sätt att begränsa tillvaron till givna perspektiv och metoder. Utan vetenskap och kritiskt tänkande vore tillvaron torftig. Men de stora livsgåtorna vad gör vi med dem?

Är du som jag trött på alla "jag-böcker"? Bokhyllorna svärmar över av råd om självförverkligande, lyckoformler och målsättningar. Varje tillkortakommande och misslyckande kan avhjälpas. Hjälp dig själv. Annars går du förbi dina möjligheter.

Själv känner jag mig ofta tyst inuti. Munnen säger en hel del, men inuti finns frågetecknen kvar. Hur vet jag vilka råd som skall ges, vad är evidensbaserat, eller behöver vi kanske inte tänka på detta längre? Det är individen som gäller, samtalet, konsultationen, att vara "personlig läkare". Ändå dröjer sig tveksamheten kvar i mungipan, inte mycket finns att luta sig emot. Livets påfrestningar drabbar inte bara mina patienter utan också mig själv. Vem ser det? Pjoska inte nu, du klarar dig. Ekonomin duger och du har en god familj.

Förresten, människan är fantastisk. Vilken överlevnadsvilja det finns. Oanad styrka när det väl gäller. Var kommer den ifrån?

Vad tänker du när du står inför frågan om sjukskrivning? Jag är numera medveten om att det är ett hot mot människan om hon blir sjukskriven, och det är ett hot om hon inte blir sjukskriven. Skärp dig du Agneta, tänk stort! Ta allt

i beaktande. Se patienten som du har framför dig.

Så var det läkemedlen. Fas-ut är det som gäller, kan inte förstå när Fas-in kom. Hur kan denna lilla 83-åriga kvinna på 53,5 kg knapa i sig 14 tabletter? Hon frågar om hon får skölja ner med vattnet där hon löst upp Acetylcystein. (En fortfarande identifierbar tablett).

Av dessa rader kan du förstå att det är rörigt i min tankevärld. Hur får du ordning på din?

Ändå kanske det kan få vara bra nog – det jag gör och tänker? Kanske dessa rader har uppmuntrat dig, för så här tvivlande är väl i alla fall inte du?

Förresten, det ligger nog många spännande härliga människomöten kvar i morgon. Gå glad in genom din mottagningsdörr. Sätt dig ner. Tyck att du duger bra! Var nöjd när du stänger dörren på eftermiddagen. Tänkt framförallt inte för mycket. Jag övar mig på att tänka goda tankar. Om mig själv och dig, och livet och världen. Som Håkan Andersson psykiater i Skövde påstår, att vi är inte tryckkokare för aggressioner som måste ut. Tvärtom så kan vi tryggt tänka gott.

Till slut ett litet lästips: "Ikonen i fickan" av Owe Wikström. Finns också som författarläsning på CD. Det 12:e spåret på sista CD-skivan har jag lyssnat på om och om igen. Det fyller mitt inre med ett annorlunda hopp och en annorlunda glädje.



Agneta Hamilton, Kungälv
agneta.hamilton@ptj.se

2006

Januari

Introduktionskurs i kognitiv terapi för personal i primärvård - Madeira

9-13 januari. Kontaktperson Eva hedenstedt info@wisemind.se. För mer information www.wisemind.se

5th Austrian Winter Conference on General Practice and Family Medicine

14-21 januari, 2006
Hotel Rote Wand, Lech am Arlberg
Congress Office:
Vienna Medical Academy
Att. Hedwig Schulz
Alser Strasse 4, A - 1090 Vienna
Phone: +43 (0)1 405 13 83-10
Fax: +43 (0)1 405 13 83-23
e-mail: h.schulz@medacad.org

Träning i allmänmedicinsk kompetensvärdering 16-18 januari. "Vecka-3-kursen"- på Brändön, utanför Luleå. Anmälan senast 30 december till SFAMs kansli.

RAFs antibiotikadag (Läkarsällskapets referensgrupp för antibiotikafrågor)

24 januari 2006
Smittskyddsinsitutet, Solna.
Mer information på www.srga.org.
Anmälan senast 30 november.

Kurs i epidemiologi med särskild inriktning på reumatiska sjukdomar

25-26 januari, Tylösand. IPULS-certifierad. Arrangör FoU-centrum Spenshults reumatikersjukhus i samarbete med Svensk reumatologisk förening och Wyeth.
Kontaktpersoner:
ingemar.peterson@spenshult.se
eller stefan.bergman@spenshult.se

Februari

Riskbrukskonferens

1-2 februari 2006 Norra Latin, Stockholm. Anmälan på www.fammi.se/riskbruk (för hemsidan från och med 20 oktober)

ST-dagarna 2006 –

Den Personlige Läkaren
9-11 februari, Norra Latin, Stockholm. 300 deltagare. Mer information: www.st-dagar.se

Mars

Vitalis årlig konferens IT i vården

15-17 mars, Göteborg www.vitalis.nu

Fammi hemsjukvårdsdagar i Västerås

16-17 mars. www.fammi.se

April

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

Skandinaviskt Venforum
18-20 maj. Skåne/Malmö.
För närmare info: www.venforum.org

Kurs i konsultation på Kalymnos – "Konsultationsprocessen I" 19-26 maj

Augusti

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

Kurs i konsultation på Kalymnos "Konsultationsprocessen I+II+III och supervision (svensk)" 29 sept-5 okt.

November

SFAMs höstmöte
8-10 november, Umeå Folkets hus



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