

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 5 2005 ÅRGÅNG 26



Glädjen med att vara praktiserande läkare/sid 19

Tillit – medicinens grundämne nummer ett/sid 9 • Hembesök/sid 15

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:

Glæden ved at være praktiserende læge (del 2)
av *Jan Helge Larsen, Danmark*.

Nya riskfaktorer för hjärtsvikt.

Oh Professor Paradigm vad låter Ni mej se idag?

Omslagsfoto: Gunnar Brink

3 Ledare

Protos och fortbildningen
Anders Lundqvist

5 Vetenskap & Utveckling

Blekinge FoU-enhet – en av de första att flytta nära vården
Karin Ranstad
Calle Bengtsson – hedersdoktor

9 Intervju

Tillit – medicinens grundämne nummer ett
Intervju med Per Fugelli
Gösta Eliasson

11 Praktik

Patienterna är hemma
Sonja Modin
Motiverande samtal vid riskbruk
Roland Morgell
Hembesök sparar tid och ökar kvaliteten i den medicinska bedömningen
Lena Pomerleau

19 Debatt

Glæden ved at være praktiserende læge (del 1)
Jan Helge Larsen
Med perspektiv på svensk primärvård
Kennert Lenhoff

29 Konferens

Glesbygdsmedicin – intressant även för läkare i tätorter
Lars Agréus

31 SFAM informerar

Vi kan förbättra ST! Rapport från ST-rådet
Sofia Hellman

33 Recensioner

Den medvetna närvarons betydelse
Stig Andersson
Två intressanta böcker från Folkhälsoinstitutet
Anders Lundqvist
Psykiatri i Sverige – vägval och vägvisare
Roland Morgell

41 Dikter

När läkarstudenter skriver
Merete Mazzarella

45 SFAM informerar

Styrelsens kommande arbetsår
Styrelsen
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Varför är det så svårt att få med läkarna?
Karin Ranstad



Hembesök sparar tid och ökar kvaliteten i den medicinska bedömningen. Sidan 15



Jan Helge Larsen om "Glæden ved at være praktiserende læge" (del 1). Sidan 19



Sofia Hellman rapporterar från ST-rådet. Sidan 31

”Jag är inte sjuksköterska. Jag är läkarkandidat. Jag är ung, kvinnlig, välutbildad i för stor vit rock. Jag är ett vandrande förråd av pennor, linjaler och teoretisk kunskap. Jag är nyckel-lös, saxlös, rollös ...”

Läs fortsättningen på sidan 41

ANNONS

Protos och fortbildningen



Foto: Gunnar Jutterström

Protos – läkarkårens gemensamma förslag till familjeläkar-system – innebär att vår roll i hälso- och sjukvården hamnat i fokus i samhällsdebatten och stärker vår sammanhållning. Det blir en lång process att förankra Protos politiskt, men det känns som att vi har fått lite vind i seglen.

På en punkt tycker jag emellertid att förslaget är för allmänt hållet och det är avsnittet om fortbildningen. Det är synd, eftersom risken är uppenbar för en fortsatt av tillfälligheter styrd kompetensutveckling, där utbudet snarare än våra behov avgör. Fortbildning som alltför ofta bedrivs i tillrättalagda former med andra syften än våra egna, och där medveten planering delvis saknas. Det är en klen tröst att vårt beroende av industrifinansierad fortbildning har minskat. Protos skulle bli ännu bättre om det tydligare beskrev ett system för kontinuerlig kompetensutveckling.

På 90-talet bidrog SFAMs utbildningsprogram (med FQ-grupperna som främsta varumärke) till att den professionella utvecklingen kunde stimuleras trots bistra tider när det gäller bemanning. Programmet lyfte fram centrala allmänmedicinska värderingar

att samlas kring, och det går en röd tråd därifrån till den verksamhet som idag bedrivs av Fammi. Rapporten *Struktur för kompetensutveckling inom primärvården* [1] är otänkbar utan dessa erfarenheter. Här finns mycket att hämta för den fortsatta diskussionen. Idag deltar tyvärr betydligt färre allmänläkare i FQ-grupper än för tio år sedan, och den kollegiala sammanhållningen på lokalplanet har stora brister. Lokala utbildningsstrukturer hålls ofta samman av eldsjälar, vilket inte räcker i längden. För kompetensutveckling behövs en nationell struktur med hög grad av professionell självreglering.

Vi behöver bara gå till Norge och Danmark för att hitta bra lösningar, med eller utan certifiering. Hemligheten är att professionen själv i dessa länder tagit ett samlat grepp om utbildningen. I Norge är ersättningsnivåerna kopplade till genomgången utbildning av olika slag under en femårsperiod. Man upplever där inget behov av formaliserad individuell planering. Vill man ha den högre ersättningen, är det bara att se till att uppfylla kraven. Resultatet blir en allsidig kompetensutveckling. I Danmark har i stället professionen skapat strukturer för utbildning och kvalitetsutveckling, som kopplats

till ersättning för förlorad arbetsinkomst. De danska läkarföreningarna har tillsammans skapat enkla rutiner för ersättning. Samordnare följer upp arbetet i kollegiala grupper, och ger stöd till utformningen av personliga läroplaner.

Hur skulle ett svenskt system kunna se ut? Tvång eller frihet? Morot eller piska? Varför inte en kombination? Själv lutar jag mer åt den norska modellen, eftersom den ger starkare incitament till den enskilda läkaren att sköta sin kompetensutveckling. Den uppfordrar dessutom till kollegial samverkan i högre utsträckning. Ett system med återkommande certifiering kan ge vår profession högre status, vilket även underlättar rekrytering. Utbildningsstrukturen blir kittet som håller oss samman. Att fortsätta som idag bäddar för kollegial uppsplittring beroende på anställningsform.

Anders Lundqvist

1. Struktur för kompetensutveckling inom primärvården. 2:a upplagan, november 2004. Gösta Eliasson, Else-Marie Jarl, Svante Pettersson, www.fammi.se

ANNONS

Blekinge FoU-enhet

– en av de första att flytta nära vården

När Blekinge FoU-enhet för socialtjänst och primärvård etablerades var det inte självklart att högklassig forskning kunde bedrivas utanför universitetens omedelbara närhet. Numera finns många forskarmiljöer spridda inom landet och de frågor som ställs påverkas av forskarnas närhet till vardagssjukvården.

Landsting och kommuner är sedan 1996 skyldiga att medverka i finansiering av forskning inom hälso- och sjukvården, något som tidigare var statens uppgift (HSL 1996:1289,26 b§). Lokala och regionala FoU-enheter är en del av denna pågående förändring av forsknings- och sjukvårdsstruktur i Sverige. Resurstilldelningen till den patientnära forskningen har dock inte riktigt följt med, vilket kan utgöra ett hot mot en kvalificerad och alltmer evidensbaserad vård och omsorg.

Blekinge FoU-enhet är en av landets första FoU-enhet utanför universitetstorterna. När den etablerades 1988 var det närmast som en protest mot det dåvarande geografiska och intellektuella avståndet mellan den akademiska medicinen och den praktiska vården. Numera är den erkänd som ett viktigt komplement till forskningen vid universitet och högskolor och har kommit långt, framför allt när det gäller primärvård och äldre-
vård/äldreomsorg.

Forskning och utveckling i dagens Blekinge

Enheten är ett samarbete mellan landstinget och länets fem kommuner, som också står för huvuddelen av enhetens anslag. Merparten av verksamhetens budget består dock av externt finansierade projekt och samarbeten. Det finns en bred verksamhet i samarbete med lokala aktörer som landsting, kommuner och



försäkringskassa, men också nationella och internationella kontakter.

Forskningsfrågorna rör sig ofta i olika gränsland. Det kan röra sig om gränsen mellan olika vårdgivare, som kommuner–landsting eller primärvård–läns-sjukvård men också egenvård–sjukvård. Gränsen mellan alternativ medicin och skolmedicin utforskas och utveckling bedrivs över landsgränser. Följande exempel är hämtade från verksamhetsåret 2004.

Äldreomsorg

Inom äldreomsorg inriktades verksamheten främst mot demensvården. I kommunerna finns demenssjuksköterskor anställda i samverkan med landstingets primärvård och med fortlöpande samarbete med FoU-enheten. Deras arbete uppmärksammades under året av bl.a. Vårdalinstitutet. I Karlshamn genomfördes en kartläggning av samtliga personer med misstänkt eller diagnosticerad demens, vilket sedan legat till grund för ett planerat projekt för specialiserade hemtjänsteam.

I samarbete med Ronneby kommun arbetar enheten med att utveckla uppdraget för hemtjänsten i syfte att utveckla äldre personers möjligheter att tryggt bo kvar i ordinarie boende hela livet. En bred utbildningsinsats för vårdpersonal i kommuner och landsting med syfte att spåra och behandla depression hos äldre har utvärderats. Närståendes upplevelser i samband med vård i hemmet av personer med demenssjukdom har undersökts.

I samarbete med flera kommuner i närliggande län utförs upprepade undersökningar av brukarnas upplevelse av kvaliteten i vård och omsorg. Kristianstads kommuns satsning på att locka invandrare till vård och omsorg visade sig kunna tjäna som föredöme för andra kommuners integrations och rekryteringsarbete.

Primärvård

Inom primärvården fanns sju doktörer knutna till enheten. Läkare och sjuksköterskor kan inom ramen för sina ordinarie tjänster på deltid arbeta med långsiktiga forskningsprojekt på FoU-enheten. ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett system för att beräkna befolkningens totala sjuklighet utifrån sjukvårdsdiagnoser ställda i primärvården som utvecklats vid Johns Hopkins universitet, Baltimore. I Sverige satsar Stockholm, Östergötland, Västra Götaland och Skåne på en konkret svensk tillämpning. Primärvården i Blekinge deltar också i arbetet och FoU-enheten analysera systemets möjligheter att tillföra djupare kunskap, inte minst kring multisjuka personer.

Primärvårdens roll vid tidig diagnostik av cancer i mag-tarmkanalen kartläggs i ett projekt. Ett palliativt projekt har påbörjats för att kartlägga alla vårdin- ►►

ANNONS

satser kring vård i livets slutskede i ett samarbete mellan kommun, primärvård och kirurgklinik. Fästingburna infektioner har varit ett profilmråde mer än tio år och den fjärde avhandlingen med arbeten utgående från Blekinge lades fram 2004. Numera berör forskningen huvudsakligen kliniska manifestationer, epidemiologi, prevention och klimatfaktors inverkan på insjuknandet. Under året disputerade en forskare vid Lunds Universitet med en avhandling som fokuserade på risk och prevention.

I samarbete med Primärvårdens FoU-enhet i Linköping arbetar man med begreppet helhetssyn.

En studie kring innebörden i begreppet helhetssyn ur primärvårdsperspektiv är klar och fortsätter som ett auditprojekt för att ta fram mätbara variabler för helhetssyn.

Forskningen kring kroniska sår vid Sårcentrum på Lyckeby vårdcentral har lett till en permanent verksamhet.

SNAC-Blekinge

Med basfinansiering från Socialdepartementet bedrivs en individbaserad longitudinell undersökning av såväl den äldre befolkningens vård och omsorgsbehov som av vård- och omsorgssystemens funktion i avsikt att skapa en nationell kunskapsbas. Studien, *Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC)*, bedrivs vid centra i Karlskrona, Stockholm (Kungsholmen), Skåne och Nordanstig. Vetenskapliga studier inom olika områden har inletts med utgångspunkt i det insamlade materialet som exempelvis om samband mellan information i tandröntgen och benskörhet, eventuella samband mellan hjärt/kärlsjukdom, sockersjuka och kognitiv funktion, användningen av naturläkemedel och kring polyfarmaci i den äldre befolkningen.

Audit

Audit är ett kvalitetsutvecklingsinstrument som enheten arbetat med sedan



www.blekingefou.pp.se

1995. Fokus har legat på metodutveckling och vidgade användningsområden förutom enskilda auditprojekt. Processen är cirkulär och av självgranskande karaktär, vilket ger möjlighet till aktivt lärande. Metoden användes under året av läkare, fältsekreterare i individ- och familjeomsorg, och diabetespatienter. Syftet med projektet för patienter var att se om audit kunde öka patientens medverkan och inflytande i vården. Audit som metod för att studera klinisk handläggning av luftvägsinfektioner har genom enheten även spridits till Baltikum. Allmänläkares sjukskrivningsmönster i Sverige jämfördes vid undersökningar 2002 och 2004.

Samarbete över gränser

Landstinget och försäkringskassan i Blekinge samarbetar genom enheten i upprepade inventeringar av långa sjukfall (> 28 dagar). Användningen av komplementär och alternativ medicin i Blekinge har studerats. Forskningsprojekt inom ämnesområdet uppmuntras och information om alternativmedicin sprids i samarbete med lokala läkemedelskommittén.

Kurs i grundläggande forskningsmetodik genomförs på flera orter i södra sjukvårdsregionen i samarbete med medicinska fakulteten vid Lunds Universitet.

Internationellt samarbete riktas framför allt mot de baltiska länderna. I Kaliningrad samverkar Sverige, Litauen och Ryssland i ett uppmärksammat projekt för inhemsk utbildning för blivande familjeläkare och distriktssköterskor. Forum Balticum är en forskningsmetodologisk, internationell workshop som anordnades för sjätte gången i Estland i september 2004. Nästa forum planeras 2006 i St Petersburg.

FoU-enhetens arbete präglas av samarbete på olika plan och syftar till att skapa en forskningsmiljö kring patientnära forskning i samarbete med de lokala aktörerna. Ytterligare uppgifter om verksamhet och publikationer kan nås via hemsidan www.blekingefou.pp.se

Karin Ranstad

Calle Bengtsson hedersdoktor

Calle Bengtsson har utnämnts till medicine hedersdoktor i Tammerfors. Han får utmärkelsen eftersom han är en banbrytare inom kvinnohälsovård. Man värdesätter också hans arbete som huvudredaktör för *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Calle Bengtsson är sedan 1999 professor emeritus vid Sahlgrenska akademien i Göteborg men fortfarande aktiv. Han har sedan 1968 följt en population av kvinnor i Göteborg som vid upprepade tillfällen intervjuats och läkarundersökts, samtidigt som ny kvinnor tillkommit. Under årens lopp har inte mindre än 24 avhandlingar och 300 vetenskapliga artiklar publicerats om detta material.



ANNONS

Tillit – medicinens grundämne nummer ett

Per Fugelli är numera professor i socialmedicin vid Universitetet i Oslo, men började sin läkarbana i de små samhällena Røst och Værøy i Nordnorge. Han har ett stort intresse för hur makt och välstånd i samhället påverkar människors hälsa, inte bara när det gäller ekonomi utan också i fördelningen av trygghet, värdighet och frihet.

Per Fugelli har föreläst i Sverige många gånger tidigare, mest i allmänmedicinska sammanhang men även på riksstämman. Att föreläsa för läkare i Sverige har alltid gett honom mycket tillbaka och tillhör det positiva bland hans upplevelser. Denna gång handlar det om tillit i relationen mellan läkare och den enskilda människan.

– Jag betraktar tillit som ett grundämne, viktigare än både molekyler och läkemedel. I alla tider har människan litat till traditionell helbrägdagörelse och man skulle kunna kalla tillit för ett ”gudstoff”. Studier i de nordiska länderna visar tydligt att befolkningen har tillit till sina läkare, så min tes är: slå vakt om denna tillit! Var rädd om den! För det finns idag mycket som hotar den.

Hoten mot tillit

Per Fugelli kommer under gästföreläsningen att filosofera runt värdet av tillit och de krafter som hotar denna tillit. Han anser att dessa motkrafter framförallt finns i kommersialiseringen av sjukvården, t.ex. privata hälsomarknader och spelet runt det medico-industriella komplexet vilket lätt ger folk uppfattningen att läkarna är köpta. Men det handlar också om läkarnas tendens att mer och mer betrakta sig som en sorts sjukvårdsfunktionärer. Att som läkare likna en robot som bara följer ”makten” och inte ser den enskilda människan.

– Jag kommer att ge åhörarna mitt eget recept på hur vi som profession kan försvara tilliten mot alla dessa motkraf-



Per Fugelli

ter. Och jag riktar mig till alla läkare. Tillit är ju ett ”grunnstoff”, ett ”gudstoff” som inte bara potentierar utan är en nödvändig förutsättning för allt det kliniska arbete som bedrivs på olika nivåer i sjukvården. Det spelar ingen roll vilken specialitet man tillhör, det handlar om mötet mellan mig som läkare och den enskilda människan.

På frågan om var han har sin politiska hemvist svarar han undvikande.

– Att etikettera tycker jag är ett bevis för politikens fattigdom. Jag hämtar mina principer från många olika ”-ismer”. Men vill man ändå sätta en etikett på mig, så kan dom få kalla mig ”radikal humanist”.

Nyfikenhet på socialmedicin

Som ung läkare verkade Per Fugelli på Røst och Værøy i Finnmark, små lokalsamhällen på mellan tre och femtusen invånare. Under arbetet däruppe i norr blev han snart nyfiken på samhällets mekanismer och hur dessa påverkar människorna. Vilken inverkan har religionen? Var ligger makten i samhäl-

let? Hur ser de sociala hierarkierna ut? Kan man hos den enskilda människan se speglingar och spår av samhället och den politiska miljön? Jo, det gick faktiskt att förstå hur sjukdomssymtom uppstår som en konsekvens av den rådande politiken och maktfördelningen i samhället. På så sätt grundlades ett livslångt intresse för socialmedicin.

– Jag hade min praktik i dessa trakter med sin urgamla fiske- och samekultur. Jag fann att det speciella med dessa samhällen var att allting var så småskaligt och extremt. Därför var det lätt att förstå och analysera.

Många böcker

Per Fugelli har genom åren hunnit med att skriva en mängd böcker. ”Nollvisionen” och ”Röd resept” är två essäsamlingar som handlar om prestation, perfektion och hälsa.

– Jag är dessutom numera gammal nog att börja tänka på döden, och det är ett tema som jag nyligen skrivit om under titeln ”Döden i det socialmedicinske laboratorium”. ►►

ANNONS

För närvarande skriver han på en bok med titeln "Risk, sjukdom og død –helsens kilder". Titeln verkar vara en paradox, men den beskriver hur den nutida jakten på hälsa och trygghet inskränker våra liv. Vi är både stolta och optimistiska över det som medicinen hittills har uppnått och vi kan se oss som privilegierade människor som fått en allt bättre livskvalitet. Den västerländska medicinen har onekligen fört med sig mycket gott, men ett problem är att den till största delen är grundad på naturvetenskap. Det är lätt för politiker att fortsätta på denna väg och satsa ännu mer på avancerad medicinsk teknik, menar Per Fugelli.

Boken "Risk, sjukdom og død –helsens kilder" argumenterar för det nödvändiga i att kunna leva med risker, att kunna tolerera sjukdom och att försona sig med döden.

–Budskapet i boken är att vi måste kunna försona oss med livets många frustrationer och ge upp vår ständiga strävan efter det perfekta. Medicinen idag motverkar på många sätt denna tolerans och försoning. Strävan efter överdriven perfektionism är biverkningar av den nuvarande medicinska kulturen. Zeneca, en filosof från antiken, talade vackert om måttfullhet, att försöka hitta en gyllene medelväg.

– Till sist, vad anser du vara läkarnas viktigaste roll i det samhälle vi lever i?

– Rollen är densamma för alla läkare i alla tider, på alla platser. Den är att översätta, "transplantera", den komplexa medicinska kunskapen så att den enskilda människan förstår vad det handlar om. Och att därmed överföra vårt medicinska kunnande till klok handling.

Gösta Eliasson

Familjeläkare
Familjemedicinska institutet
gosta.eliasson@fammi.se

Per Fugelli medverkar på Riksstämman i symposiet *Hälsa – samhällets ansvar eller individens frihet?* onsdag 30 november 14.30–16.00 och gästföreläser torsdag 1 december 10.30–12.00 *Tillit – medicinsens grunnsstoff.*

Patienterna är hemma

Nu utvecklar vi ett "Tvärprofessionellt nätverk för hemsjukvård" på Fammi för att kunna diskutera och utveckla hemsjukvården med både kollegor och andra yrkesgrupper. Ska Du vara med?

Vård i hemmet av svårt sjuka patienter blir allt vanligare men förutsättningarna är ofta dåliga. Vi utbildas fortfarande för att sköta patienter på sjukhus, men patienterna vårdas bara undantagsvis där. Vi saknar i stort sett helt utbildning i att arbeta i patienternas hem, ett arbete med helt andra förutsättningar än sjukhus och mottagningsarbete. De här patienterna kräver dessutom nästan alltid teamarbete vilket skiljer sig från vårt vanliga patientarbete och också kräver speciella förutsättningar. Hur skapar vi dem? Detta och många andra frågor, allt från etik när man arbetar hemma hos en patient till struktur, organisation och ersättningsformer behöver diskuteras och utvecklas. "Vad är hemsjukvård" är en annan fråga, förutsättningarna och arbetsformerna skiljer sig över landet liksom vad man menar. Ibland finns så kallad avancerad hemsjukvård, ibland ingår de arbetsuppgifterna i det vanliga primärvårdsarbetet. Hur kommer hemrehabilitering in i arbetet? Detta räknas inte alltid som hemsjukvård. De definitioner om hemsjukvård som finns utgår ofta från sjukvårdens agerande "att sjukvårdspersonal ger vård i patientens hem". Borde det inte vara patientens problem som är utgångspunkten för en definition? När jag letar i statistiken finns det hur mycket information som helst om slutenvård, lite mindre om öppenvård och oerhört lite om hemsjukvård. Hur skall vi kunna hjälpas åt att sätta denna växande vårdform på sjukvårdskartan? Hur skall vi tillsammans kunna skapa de förutsättningar som krävs för att ge de här patienterna god vård i hemmet?

Vi bildade SFAMs nätverk för hemsjukvård vid Luleå-mötet för många år sedan och har träffats i samband med SFAM-

mötena. Vi har haft en del e-postkontakt dessemellan och har utgjort basen för en arbetsgrupp som arbetat med Primärvårdens, Familjeläkarens respektive Generalistens roll i hemsjukvården och vi har också gjort ett Studiebrev om hemsjukvård. Tillsammans med andra yrkesgrupper har vi nu med stöd av Fammi bildat ett multiprofessionellt nätverk.

Jag är kontaktperson för "SFAMs nätverk för hemsjukvård" och för det "Tvärprofessionella nätverket för hemsjukvård" på Fammi. Kanske kommer nätverken på sikt att gå ihop men ändå ge möjlighet till både yrkesvisa och tvärprofessionella diskussioner.



Sonja Modin
Stockholm
sonja.modin@sll.se

SFAM inbjuder till årets vecka 3-kurs:

TRÄNING I ALLMÄNMEICINISK KOMPETENSVÄRDERING

Tid: 12–14 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

ANNONS

Motiverande samtal vid riskbruk

I ledaren till AllmänMedicin nr. 3/2005 tog Anders Lundqvist upp vikten av att uppmärksamma patienternas alkoholvanor. Astri Brandell Eklund har sedan många år vid sidan av sitt arbete som husläkare vid Ektorsvårdcentral i Nacka utanför Stockholm arbetat med att utveckla motiverande samtal som behandlingsmetod vid riskbruk.

Hej Astri. Hur kom det sig att du började intressera dig för motiverande samtal vid riskbruk?

SFAM:s nätverk för riskbruk hade 1996 ett uppstartsmöte som var väldigt inspirerande. Jag var intresserad redan innan, men det mötet väckte mitt intresse och entusiasm på riktigt. Vi fick en del faktagenskaper av olika externa föreläsare och sedan delade vi in oss i olika grupper utifrån vad vi var mest intresserade av. Jag och några kollegor valde att fördjupa oss i konsultationens betydelse och detta ledde till att jag lärde mig Motiverande Samtalsmetodik.

På vilket sätt har du fortsatt detta arbete?

Jag försöker på olika sätt sprida kunskap om de metoder som finns för intervention i primärvården, metoder som är utvärderade och som visat sig ha bra effekt. Jag är på deltid knuten både till det nationella riskbruksprojektet och till en regional verksamhet kallad STAD. Dessutom har jag utbildningsuppdrag åt Folkhälsoinstitutet, olika landsting med flera.

Vad kan du berätta om Riskbruksprojektet?

Organisatoriskt hör vi till Fammi men vi har egna anslag från Socialdepartementet. Vårt uppdrag är att sprida kunskap om riskbruk till företagshälsovård och primärvårdens olika yrkesgrupper. Våra målgrupper är alltså inte enbart läkare utan även sjuksköterskor, barnmorskor med mera. Vi har inte möjligheter att

själva erbjuda utbildning till alla som arbetar i sjukvården, utan vår strategi är att utbilda andra, som sedan i sin tur kan utbilda vidare i sina respektive landsting. Min roll i detta handlar främst om att sprida kunskaper om motiverande samtal medan andra medarbetare arbetar med andra områden. Läs gärna mer på Fammis hemsida www.fammi.se

Vad är då STAD för något?

STAD står för Stockholm förebygger Alkohol- och Drogetproblem. Det började 1995 som ett projekt som både landstinget och Stockholms kommun stod bakom. Det övergår nu från att vara projekt till att bli en permanent sektion inom Beroendecentrum Stockholm. Självt har jag varit med sedan 1998. STAD bedriver metodutveckling och kunskapsspridning inom tre olika områden: alkoholpreventivt arbete inom sjukvården, ungdomsinriktad prevention samt alkohol- och narkotikaprevention på restauranger. Dessutom sker utvärdering av all verksamhet i samarbete med Karolinska Institutet.

Det låter som en omfattande verksamhet?

Ja, sammantaget är STAD landets största långsiktiga satsning inom området. Även om vår primära målgrupp varit Stockholms befolkning så har våra erfarenheter kunnat användas inom andra landsting och kommuner. Alla är välkomna att besöka vår hemsida www.stad.org där man bland annat anonymt kan testa sin livsstil via Internet. Testet kan även nås direkt via adressen www.livsstilstest.se

Motiverande samtal – har du några enkla råd att ge?

Det handlar inte om några konstiga saker, utan sånt som vi nog egentligen vet men kanske inte alltid kommer ihåg att tillämpa i mötet med patienten. Det skall vara ett patientcenterat arbetssätt med öppna frågor, där man tillsam-



Astri Brandell Eklund

mans diskuterar vilka faktorer som kan påverka patientens hälsa, negativt eller positivt. Vi vet att alkohol kan bidra till en mängd olika besvär. Man kan sedan höra vilka förändringar patienten kan och vill genomföra. Som läkare har vi blivit vana att ta ansvar och fatta beslut åt våra patienter, vi behöver därför ett nytt tänkande för att inse att det är patienten som själv tar ansvar för sitt liv. Läkarens roll är att vara en coach. Frågor om alkohol måste vara neutrala och läkaren får inte fördöma utan även respektera om patienten inte just nu är beredd att minska sin konsumtion. Kom ihåg att den patient som inte förefaller mottaglig för förändring idag ändå kan ha börjat fundera och kanske är mer mottaglig nästa gång. Under ytan händer mycket som vi inte ser.

Men det här är väl sånt som alla allmänläkare redan vet idag?

Min erfarenhet är att man med ett medvetet förhållningssätt och genom att lära sig teknik för motiverande samtal kan bli en ännu bättre läkare. Det leder till att patienterna får en bättre vård men också till att man som läkare inte känner sig lika frustrerad.

Vi önskar Astri Brandell Eklund, Riskbruksprojektet och STAD lycka till i fortsättningen!

Roland Morgell

ANNONS

Hembesök sparar tid och ökar kvaliteten i den medicinska bedömningen

Många av våra äldre patienter väljer att bo kvar hemma när hälsan allvarligt sviktar och behoven av sjukvård och omsorg ökar. En förutsättning för att detta ska vara ett aktivt, positivt val är att vi i primärvården kan erbjuda en trygg vård i hemmet. I detta ingår att patientens hem blir en lika naturlig mötesplats som mottagningsrummet på vårdcentralen.

För att detta ska bli en realitet krävs att vi som arbetar i primärvården tänker om.

Tryggheten har för patienter i många år symboliserats av det stora sjukhuset med alla resurser. Att när man känner sig sjuk åka till akutmottagningen för att bli undersökt och eventuellt bli inlagd på avdelning har varit naturligt för många gamla. Detta är idag en falsk trygghet eftersom sjukhusen inte har resurser att ta emot alla som känner sig oroliga för sin hälsa.

Läkaren på akutmottagningen kan omöjligen vid ett enstaka besök sätta sig in i patientens hela problematik. Beslut kan lätt bli förhastade och medicinska risker med t ex onödiga utredningar eller lång väntan på en akutmottagning är tyvärr en del av verkligheten.

Trygg hemma

Trygghet måste skapas i patientens närmiljö innan patienten åker till akutmottagningen.

Att bygga upp kunskap om patientens samlade problematik genom kontinuitet och samverkan mellan ett fåtal vårdgivare ökar den medicinska säkerheten och tryggheten för patienten.

Här har vi som allmänläkare en nyckelroll. För att få en samlad kunskap vid kombinerad sjuklighet och funktionsnedsättning krävs att man träffar patienten i hemmiljön, eftersom hur man klarar av det dagliga livet är avgörande för att förstå den samlade problematiken.



Foto: Almo Pohjonen

Att bli äldre med alltmer nedsatt autonomi och minskande förmåga att ta för sig av vårdutbudet som finns kan vara mycket skrämmande. En känsla av trygghet blir då själva förutsättningen för att vilja och kunna stanna kvar hemma när man känner sig sjuk. Denna trygghet måste finnas dygnet runt och byggas upp innan ”allt rasar”.

Hembesöket skiljer sig från mottagningsbesöket

Det är inte självklart för patienten att släppa in oss i hemmet. När man blir inbjuden till patientens hem är det oerhört viktigt att vårda det förtroende man fått. Att släppa någon så nära in på livet kan

vara svårt samtidigt som man kanske är helt beroende av att just få hjälp hemma för att må bra.

Vi är gäster hos patienten och får ta ”sedden dit vi kommer”. Besöket måste få ta tid, i varje fall de första gångerna.

Att alltid fråga om, och när, patienten kan tänka sig att träffas i hemmet är självklart. Kanske är det viktigt att hemtjänst har varit där så att morgonbestyren är överstökade. Hemtjänst eller anhörig kanske behöver vara där för att patienten ska känna sig trygg eller helt enkelt för att öppna dörren.

Ibland vill patienten visa oss något i hemmet. Respektera det, kanske är just denna stund det viktigaste under hela ►►

ANNONS

besöket. Låt patienten få välja var man ska sitta och prata. Köksbordet brukar vara en bra och neutral plats som de flesta väljer.

I detta möte med patienten känner vi igen oss, här kan vi ställa frågorna som vi skulle ha gjort om vi satt på mottagningen. Kanske kan miljön ge oss inspiration att ställa nya frågor. Kanske kan vi på så sätt lära känna människan framför oss lite bättre för att förstå hur vi bäst kan hjälpa.

Genom att lyssna och försöka förstå "var patienten befinner sig" kan vi stödja patienten i svåra beslut. Vad är livskvalitet för just den här personen? Kanske är det bäst att avstå från utredningar som patienten inte orkar med.

Kanske är det också klokt att avstå från ytterligare en tablett mot att det dagliga livet får bättre kvalitet. Vi vet att våra patienter faktiskt inte tar alla mediciner vi förskriver och det är oftast just vid köksbordet vi förstår varför.

Vi måste ta oss tid att berätta för patienten om olika alternativ och behandlingars för- och nackdelar på ett praktiskt och konkret sätt. Först då kan patienten göra ett aktivt val och känna delaktighet i sin behandling. Detta underlättar även för framtida bedömningar.

Idag blir våra hembesök ofta oplanerade och mer eller mindre akuta utryckningar när distriktssköterskan eller anhöriga larmar. Tidspressen innebär dock inte att vårt förhållningssätt inför hembesöket ska ändras, men om man redan i ett lugnare skede etablerat kontakten vid hembesök blir den akuta bedömningen bättre. Redan etablerat teamarbete kring patienten gör att samordningen inför hembesöket blir smidigare. Respekten för patientens integritet är extra viktig i det akuta skedet då patienten inte har något egentligt val utan måste ta emot besöket.

Vi har många

orsaker för att avstå från hembesök

Tidsfaktorn är nog den viktigaste i vår alltmer stressiga tillvaro på mottagningen. Visst tar det längre tid första gångerna men den tiden vinner vi tillbaka på

längre sikt. Patienten som inte orkar eller kan ta sig till mottagningen har dock allt att vinna. Att faktiskt se att doktorn kan komma hem gör att han/hon kan känna sig tryggare. Kanske kan onödigt lidande och några akuta besök både på mottagningen och på akutsjukhuset förhindras.

En annan faktor är alla mottagningens "bekvämligheter" (instrument, journal, laboratorium, EKG, kollegor att fråga osv.). Men hur ofta behövs sofistikerade undersökningsmetoder som inte kan planeras in? Nästan aldrig!

Med papper och penna, stetoskop och blodtrycksmanschett, otoskop och mobiltelefon, kanske några vanliga läkemedel samt en utskrift av medicinlistan och senaste laboratoriesvar kommer man mycket långt. EKG, pulsoximeter, labprover... går att ordna, det krävs bara lite planering och vilja.

Skälen mot att göra hembesök blir ganska få och motståndet ligger nog faktiskt mycket hos oss själva. Vi måste öva oss i att tänka tanken "hembesök" som ett viktigt redskap i vår medicinska gärning.

Trygghet och respekt kring patienten

Trygga patienter i hemmet förutsätter att omvårdnadspersonal och anhöriga känner en trygghet. Distriktssköterskan måste förmedla en trygghet till dem som finns runt patienten och bakom distriktssköterskan behövs en engagerad distriktsläkare. Hela denna fläta av personer runt patienten måste fungera i samklang för att patienten inte ska välja att söka vård på akutsjukhuset.

Respekt innebär att se människan och inte patienten, se symptomen och inte sjukdomen. Lyssna! Våga prata om annat än "hjärta och smärta". Tala med patienten och inte om honom/henne.

Gemensam målsättning:

- Bästa möjliga hälsa
- Största möjliga autonomi
- Så god daglig tillvaro som möjligt

Att runt varje enskild patient tydliggöra vilka som ingår i "teamet" är angeläget

och ställer stora krav på planering och kommunikation. Det gäller att ha stor ödmjukhet inför olika perspektiv och beredskap att lyssna och lära av varandra. Med patientens önskemål i centrum finns alla förutsättningar för att alla ska sträva mot samma mål.



Foto: Erik Pomerleau

Lena Pomerleau
Boo vårdcentral, Nacka

Några nyckelord i hemsjukvården:

Trygghet – grunden för hemsjukvårdspatientens välbefinnande.

Respekt – för fler perspektiv på vården, framförallt patient och anhörig.

Ödmjukhet – lyssna först på människan bakom diagnosen, tala sedan.

Mod – våga gå utanför de vanliga ramar för att sedan kunna fatta kloka medicinska beslut.

Tid – man behöver inte snabbt komma på "lösningen". Kom ihåg att en extra stund eller en liten förändring kan göra den stora skillnaden för patienten.

Arbeta tillsammans – teamet kring patienten har ofta mycket praktiska kunskaper. Detta är kunskaper som är guld värda för att jag som läkare ska kunna fatta klokare medicinska beslut.

ANNONS

Glæden ved at være praktiserende læge (del 1)

Jan-Helge Larsen, praktiserende læge fra Köpenhamn, är känd för många svenska allmänläkare genom sina konsultationskurser på ön Kalymnos i Grekland. I två artiklar delger han oss sina reflektioner om arbetsmiljöns betydelse för läkares trivsel och jämför sina danska erfarenheter med de arbetsvillkor som några svenska allmänläkare har. I nästa nummer kommer andra delen.



Foto: Inger Gustafsson

Kerstin Ekman siger: Det er vidunderligt, at vi har fået to store gaver med os. Anlægget for at skabe mening i verden... Og kærlighed og barmhjertighed... [1]

Hun er kommet hos mig i mange år, muskelsmerter, migræne, udslæt, angst, depression og overvægt. Men nu er hun begyndt at fortælle mig historier fra sit liv og de gamle problemer glider i baggrunden. De findes stadig et sted, men de har mistet deres kraft både på hende og på mig. Hun er jævnaldrende og søger at finde sine rødder, som fortaber sig i en forælders død, da hun var 3 år. I dag følger næste afsnit... Og da hun går siger hun: "Hvis du ikke havde støttet mig, havde jeg aldrig vovet mig ind i det her". Jeg føler en varme strømme gennem kroppen, en taknemmelighed over hendes taknemmelighed, en glæde over både at have været vidne til og aktør i hende liv.

Når jeg føler glæde i mit arbejde, mærker jeg en varme eller gysen strømme igennem mig, en glæde over at være til, være forbundet med mennesker omkring mig, med den intellektuelle og emotionelle proces i mig, oplevelse af intuition og inspiration, den spontane genkaldelse af tidligere oplevelser og erfaringer til brug i situationen, glæden over andres glæde eller deres taknemmelighed. Eller jeg glæder mig over de historier, næsten som romaner som mine patienter lader mig leve med i, så min egen tilværelse får et videre perspektiv. Når patienten fortæller om sit helbredsproblem bliver jeg konfronteret med liv og død, sygdom og smerte, lykke og vækst, kærl-

lighed og sorg, udvikling og tilbagegang. Jeg bliver bombarderet med følelser, ofte udtalte blot som en vibration i rummet, en stemning som indfinder sig så snart patienten træder ind, det være sig vrede, sorg, glæde, kulde depression, magtesløshed, meningsløshed, forvirring, angst. Og lige med et befinder jeg mig i en livets malstrøm, hvor kun erfaringen om at det som regel ender godt, får mig til at holde ud. Og mens han fortæller aktiveres mine egne tanker, forundring over tilværelsens mangfoldighed, de fire grundvilkår: ensomheden, døden, meningsløsheden og friheden. Eller tidsperspektivet, der med årene får mig til at se mine patienters liv som nogle manuskripter, hvor de på afgørende tidspunkter havde nogle valg, som de tog eller ikke tog og med de konsekvenser, som jeg i dag sidder og skal søge at udbedre: overvægt, slidgigt, muskelsmerter, for højt blodtryk, åndedrætsbesvær eller bitterhed og vrede over hvordan livet formede sig for dem, den stille resignation og deraf følgende mindre vitalitet eller en fortrøstning og taknemmelighed i forhold til, hvad tilværelsen trods alt indeholder og vil kunne give, glæden over øjeblikket, mødet med de andre og oplevelsen af det liv, der stadig udfolder sig inden i på trods af årene.

Hvad er det der er så fascinerende? Jo, jeg sidder jo i første parket til de andres liv, men ikke kun som tilskuer, men også som medspiller, hvor det jeg gør kan

gøre en forskel. Selvfølgelig giver min uddannelse, nødvendigheden af at have en levevej, tjene penge osv. en iboende retning for mit liv. Men det der får mig til at fortsætte med at være praktiserende læge er i høj grad glæden ved arbejdet som er knyttet til det at skabe mening og udveksle kærlighed og barmhjertighed. Og jeg kan bruge glæden som pejlemærke for mit arbejde.

Trætheden

Selvfølgelig kan man ikke altid gå og være glad. Glædens modsætning rummer den ulykke, træthed, utilfredshed, smerte, vrede og nogle gange sorg, jeg kan føle når ting ikke lykkes. Når jeg ikke kan få patienten til at forstå, hvad jeg siger, eller han misforstår mig. Når han stiller krav jeg ikke kan honorere, når jeg ikke kan løse de problemer, han beder mig om hjælp til eller han lider tab. Så rammes jeg af noget af den samme magtesløshed eller sorg han føler. Men erfaringen har lært mig, at min følelse af træthed er et vigtigt signal om den magtesløshed eller hjælpeløshed patienten føler – og altså stammer fra patienten ikke fra mig. Ved at dele min følelse af magtesløshed med patienten og derigennem vise ham, at jeg forstår hvordan han føler, kan jeg få energien tilbage. Og sammen kan vi finde nye veje. ►►

ANNONS

	Meget lav	Noget lav	Lav	Middel	Over middel	Høj	Meget høj
Dansk					23%	54%	23%
Svensk	15%	8%	23%	46%	8%		

Tabel 1. Arbejdsglæde

Når jeg kommer hjem efter en dag, spørger jeg ofte mig selv om hvor træt jeg er i dag? Er jeg træt, må noget have slidt på mig og balancen mellem gode og dårlige oplevelser må være kommet i negativ. Hvor gik det galt? Og hvor gik det godt? Det var i denne sammenhæng jeg blev opmærksom på glæden som pejlemærke.

Senere kom jeg til at læse Thorgaard og Hagas udmærkede artikel om Glædeskilder i lægeliv [2].

Glæden ved at være praktiserende læge i Danmark

Ting bliver tydelige i forhold til deres modsætning. Det kan måske lyde lidt provokerende: Jeg er glad for at være praktiserende læge i Danmark. Når jeg har talt med en del svenske og finske kolleger, set deres arbejdsforhold eller selv arbejdet i Sverige og Grønland har jeg prist mig lykkelig over at arbejde i Danmark. Det har åbnet mine øjne for mange styrker og nogle få svagheder ved det danske system. Især at man som dansk praktiserende læge har stor indflydelse på sit arbejde og har mulighed for jævnligt at føle stor glæde ved sit arbejde – og det er glæden ved arbejdet der får mig til at fortsætte. Jeg tror også det er vigtigt at beskæftige sig mere med glæden, for så kan der måske blive mere af den, når man lettere genkender den i hverdagen. Det er alt for let når man taler med kolleger kun at komme til at tale om alle belastningerne, de besværlige ting, følgerne af tåbelige systemer, fordi de helt kan skygge for oplevelsen af glæde og begejstring. Ved at give et signalement af de gode sider ved vores arbejde – selv om de kan opleves meget selvfølgelige for danske læger – kan vi måske lettere se de forhold der kan true den både i dagligdagen og i forhold til

strukturændringer, forandring og nye overenskomster.

En lille gruppe [12] sydsvenske kolleger sammenlignede for nylig arbejdsglæden hos deres danske værtslæger og svenske kolleger [3]:

Hvor kommer glæden fra?

”Jeg anerkender at man gerne vil gøre det godt for sig selv, men alle de, som tilsyneladende ofrer sig for andre, får deres glæde ved at ofre sig. Du kan ikke være en lykkelig egoist. For du savner det altafgørende, at din lyst er den andens lyst” Lars-Henrik Schmidt [4].

En kvinde fortalte mig 25 år efter at hun havde været til læge med sine alt for tidligt fødte tvillinger: *Det vigtigste var at I troede på mig, at I roste mig. Det gav mig kræfter til at fortsætte og holde ud.*

Mine patienter er med til at opbygge mit selvbillede. Set ud fra Maslows behovspyramide dækker de mange af

hvis mange patienter fravalgte mig; det kunne både påvirke min selvforståelse og min økonomi.

Også en del af mine behov for selvhævdelse, præstation, agtelse og selvagtelse er mine patienter med til at dække og får mig derigennem til at opleve en identitet. Som læge udfylder jeg en vigtig plads i samfundet, folk har brug for min viden og mine færdigheder, jeg bliver set. Jeg glæder mig over at give tid, viden og omsorg til patienterne og kommer derigennem til at føle en faglig identitet og stolthed.

Behovene for kontakt og præstation kaldes ifølge Maslow for mangelbehov: hvis de ikke tilfredsstilles oplever man en mangel. Men egentlig tilfredshed oplever man kun hvis også behovene for selvaktualisering tilfredsstilles [5]. Det er her de administrative rammer i dansk almen praksis byder på nogle særlig gode betingelser for at opleve tilfredshed.

”Du kan ikke være en lykkelig egoist. For du savner det altafgørende, at din lyst er den andens lyst.”

mine behov for kontakt, kærlighed, venskab og samhørighed [5]. De har valgt mig, de spørger efter mig, når jeg er væk, de fortæller mig masser af gode historier fra deres liv, som jeg bliver ledsager til og deres fortrolige, så jeg føler jeg hører til der. Sammen skaber vi mening og udveksler kærlighedsbeviser. Kontinuiteten giver mig lejlighed til at få fortsættelsen på historien og den taknemmelighed, der tilkommer mig. Omvendt kan jeg oftest blive fri for de patienter, som jeg ikke trives med – de trives sikkert heller ikke med mig. Selvfølgelig ville jeg blive urolig,

Den administrative struktur giver mulighed for glæde

FRIHED ER AT INDSE NØDVENDIGHEDEN
Indflydelse, frihed og trivsel

Når man i Danmark – og nogle steder i Sverige – må købe sin praksis kommer man til at føle et personligt ansvar for at den fungerer godt. Men samtidig får man også maksimal indflydelse på sin arbejdssituation, lige fra indretning, den daglige drift, ansættelse af medarbejdere, fordeling af tid og økonomi, serviceniveau, EDB og meget mere. Man er – inden for overenskomstens rammer – herre i eget hus. Betydningen af dette opdager ►►

ANNONS

man især, når man har prøvet at arbejde fx nogle steder i Sverige, hvor man føler sig som ansat, underkastet amtets dvs. centrale beslutningstageres afgørelser og med ganske ringe indflydelse på sin arbejdssituation på ovennævnte punkter. Oplevelsen af indflydelse er en af de vigtigste faktorer for trivsel og produktivitet [6]. Oplevelsen af frihed er tæt forbundet med højt selv vurderet helbred [7].

Maslows begreb om trivsel er især knyttet til oplevelsen af at skabe noget, bruge sine evner. Med en rimelig grad af indflydelse bliver det muligt for lægen at tage nye arbejdsområder ind fx en indsats over for særlige patientgrupper, ny teknologi, nye rutiner alt sammen noget, der stiller krav til lægen om at lære noget nyt. Dette afspejler sig på uddannelsesområdet, hvor danske læger bruger mere tid på kurser uden for arbejdstiden [8]. Det økonomiske grundlag for både centrale og decentrale kurser indgår i overenskomsten for de danske læger, mens svenske læger må søge arbejdsgiveren. For svenske læger giver inddragelse af nye arbejdsområder ingen lønforbedring.

Ser man på hjælpepersonalets arbejde i de to lande er der i Sverige ansat mere hjælpepersonale. Der holdes flere møder, og lægen er mindre tilgængelige via telefonen. Mange steder følger personalet, at de ikke de har indflydelse på deres arbejdssituation, at de mister overblik og dermed kontrol, at de savner at få resultater, der giver positive oplevelser. Forandringer opleves ikke som udfordringer og god afveksling, men som trussel om ikke at kunne slå til og om mere arbejde.

Produktivitet

I Danmark foregår lægens afregningen med Sygesikringen, mens patienten selv ikke skal betale. I Sverige får lægen endnu flere steder fast løn, og klinikpersonalet eller lægen skal opkræve penge hos patienten. Disse penge indgår i länets (amtets) budgetter. Den danske overenskomsts princip med et overvejende ydelsesbaseret lønsystem (2/3) øger produktiviteten og fungerer som styringsredskab; det viser sig ved at lægen grundlæggende bliver mere indstillet på at yde mere, hvis man får ekstra betaling for det. At det så kan blive *for* meget er medaljens bagside. Men lægens tilgængelighed øges.

Omvendt synes et fastlønsystem at befordre en mere afvisende indstilling til ekstra arbejde, længere konsultationer og længere pauser – lægens tilgængelighed mindskes.

På det psykologiske plan medfører en imødekommende indstilling til patienterne til positive reaktioner fra disse, mens en afvisende holdning fører til surhed hos patienterne og skyldfølelse hos lægen – jeg burde jo hjælpe. Lægens selvbillede som hjælper kommer under hårdt pres. For at beskytte sig mod ekstra arbejde og surhed indskydes sekretærer og sygeplejersker som filtre. Derved ændres også patienternes henvendelses- og kontaktmønster og kontinuiteten mindskes [9].

Yderligere pålægger den svenske sundhedsstyrelse lægerne detaljeret at dokumentere deres arbejde, så det ofte får en defensiv medicinsk overvægt. De lange journaler tager både tid at skrive og læse igen, og vigtige oplysninger kan drukne. På det psykologiske plan oplever svenske

læger mistillid fra myndighederne (tillid er godt, men kontrol er bedre...), mens vi – endnu – er sluppet nogenlunde.

I Danmark var der i 2003 ca. 3.600 praktiserende læger til en befolkning på 5,4 mill. Lægerne udførte ca. 17,2 mill. konsultationer og 14 mill. telefonkonsultationer samt et mindre antal sygebesøg. Prisen herfor var 1.058 DKr/indbygger [10].

I Sverige var der ca. 3.600 praktiserende læger til en befolkning på 8,5 mill. Prisen for lægebetjeningen i den primære sundhedstjeneste inkl. Sygeplejersker, sygehjælpere og sekretærer var 1.700 SKr/indbygger (ca. 1.360 DKr) [11]. I Danmark er det gratis for patienten at gå til sin læge, og lægen får 107 Dkr af Sygesikringen for en konsultation. I Sverige indkræves 140 Skr. for en konsultation i egenbetaling; til gengæld har patienten i gennemsnit 7 ting med. Lægeklinikken aflønnes med 30% ydelsesbaseret honorar og 70% i fastløn [12].

Kontinuitet og tillid

I Danmark har vi et listesystem og alle henvisninger videre i systemet (bortset fra til øjen- og ørelæger) skal gå via den praktiserende læge. I Sverige varetages svangreomsorg og børneprofylakse af andre, desuden findes virksomhedslæger og læger for plejehjem. Nogle steder er man læge for et fast geografisk område.

Kontinuiteten i det danske listesystem giver os mulighed for at følge patienten og familien i mange år. I Danmark vælger patienterne sig til hos os, ofte på anbefaling, det er i sig selv en tillids erklæring. Denne tillid kan vi bygge videre på, og andre gange kan vi bruge den og fx sige ►►

Tabel 2. Efteruddannelse – en sammenligning mellem Danmark, Norge og Sverige [8]

	Danmark	Norge	Sverige
Obligatorisk	Nej	Ja	Nej
Individuel konto	Ja	Ja	Enkelte
Pointsystem	Ja	Ja	Nej
Deltagelse i grupper	90%	60%	25%
Antal kursusdage/år	12	10	5
Abstracts ved Nordisk Kongres	120	70	7

ANNONS

nej til sovepiller, unødige undersøgelser mv. Oplevelsen af professionel tillid giver tryk for begge parter, den styrker relationen. Netop relationen betragtes af nogle som lægens vigtigste terapeutiske redskab [13]. Tilliden mellem patient og læge er en forudsætning for glæden.

Kontinuiteten medfører at vi kender en del af patientens historie, vi behøver ikke skrive så meget. Kontinuitetens bagside er at vi undertiden kan blive blinde og døve for det nye patienten søger at fortælle os. Nogle gange kan patienten have glæde af at blive set af en anden læge [14].

Patienterne forventer kontinuitet, de er mere tilfredse med solopraksis. Lægen lader sig i mindre grad udskifte. På godt og ondt giver det mere bundethed for lægen.

”Oplevelsen af indflydelse er en af de vigtigste faktorer for trivsel og produktivitet.”

De norske erfaringer med overgang til listesystem synes at have medført flere vigtige forandringer i forholdet mellem patient og læge [15]: Når patienten vælger sin læge bliver magtforholdet mere lige, hvis patienten ikke er tilfreds kan han skifte. Det medfører konkurrence lægerne imellem. Ansvar for lægens arbejde kan lettere placeres, og det giver øget ansvarlighed. Når lægen er mere opmærksom på at opfylde patientens behov, øges lægens følelse af at gøre ”det gode”, og det giver øget positiv respons fra patienten – læs arbejds glæde.

Følelse af sammenhæng

Man kan se på lægens arbejds situation ud fra om den øger eller mindsker lægens følelse af sammenhæng dvs. i hvilken grad lægen oplever sin arbejds situation som begribelig, håndterbar og meningsfuld [16].

Det danske system er styret af en overenskomst, som forhandles af Praktiserende lægers organisation og Sygesikringen, men inden for overenskomstens rammer har lægen stor grad af frihed til at strukturere sit arbejde, så det bliver

ret forudsigeligt og begribeligt. I Sverige styres arbejdet af skiftende sundhedspolitikere og administratorer i et centralt og hierarkisk opbygget system i hvert amt (län) og ved hjælp af dekretter. Rammerne for arbejdet bliver derved ret uforudsigelige, svære at påvirke og undertiden uforståelige eller urimelige. Igen er det graden af (oplevet) indflydelse der gør forskellen – og som påvirker lægens selvbillede [17].

For danske læger bliver overenskomsten mere forståelig ved at den forhandles med lægelige repræsentanter og bygger på at praksis ressourcer gradvist udbygges. Mange svenske læger oplever en konflikt mellem de centralt placerede administratorers krav og utilstrækkelige lokale ressourcer, nedskæringer mv. hvilket bidrager til at følelse af uhandterbarhed.

Danske lægers ejerskab i forhold til deres klinik bidrager til at det opleves meningsfuldt at tage nye udfordringer op og kæmpe for at få de bedst mulige resultater både i forhold til patienter og egne arbejdsforhold. Antonovskys begreb følelse af sammenhæng synes altså også at give et værdifuldt bidrag til at belyse kvaliteter i praksisarbejdet: giver det lægen en gennemtrængende, varig og dynamisk følelse af tillid til, at verden er begribelig, håndterlig og meningsfuld?

Det kan måske føles lidt voldsomt at tage stilling til dette, når fru Hansen kommer med sin halsbetændelse – og alligevel.

Jan Helge Larsen,

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

P.S. Artiklarna publicerades i sin helhet i Månadsskrift for praktisk lægegerning [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. Månadsskr Prakt Lægegern 2003; 81: 613-25.
3. Kasemo A. Öresundsträffen 2003 fick svenska allmänläkare att se rött 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. Hälsans 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. Praksis Sektoren 2003; 27(7): 6-9.
19. Haga E, Thorgaard L. Tiden sårer alle læger. Månadsskr Prakt Lægegern 2003; 81: 5-15.
20. Møllehave H, Møllehave J, eds. Livsglæde; Christensen M: Pas på den! Viborg: Sesam, 1993.
21. Månadsskrift for praktisk lægegerning 2005; 83: 1089-1100

ANNONS

Med perspektiv på svensk primärvård

Som ung, oerfaren, nästan färdig specialist i allmänmedicin hamnade jag på en enläkarstation i slutet av 70-talet. Företrädaren var en provinsialläkare av den gamla sorten, med hög ambitionsnivå att klara allt, dvs. full mottagning hela dagarna, skol-läkare, BVC-läkare och på kvällar och nätter gjorde han hembesök.

Personalen var van vid att doktorn tog hand om det som flöt in. Det fanns inga skyddsmurar, däremot gott om personal som servade. Ett par sjuksköterskor, ett par undersköterskor och sekreterare gjorde det administrativa arbetet minimalt. Och man slapp dra undan skyddspappret på britsen! Man kunde hinna 30–35 patienter om dagen.

Ung, oerfaren och en rad misstag begicks men i stort sett flöt det bra.

Frånsett en sak: sista patienten var uppsatt klockan 16.50 och personalen gick hem tio minuter senare. Sedan satt man med högarna av osorterade provsvar och kom hem till familjen som ett decerebrerat vrak vid 20-tiden. Det var inte roligt i en småbarnsfamilj. Nej, en enläkarstation med områdesansvar för 8 000 invånare var en omöjlig uppgift.

Men, man lockade med utbyggnad av en nästan obefintlig primärvård. Vi skulle få fina vårdcentraler. Vi skulle kunna göra allt, röntga, dra frakturer, småoperationer – ta hand om nästan allt. Visst blev man lockad och fortsatte den inslagna karriären. Vi fick så småningom sänka ambitionsnivån att göra allt, men arbetsuppgifterna räckte ändå.

Få tiderna att räcka till

För det ständiga återkommande problemet har alltid varit hur läkartiderna på mottagningen ska räcka till. Jag har upplevt en rad olika modeller som skulle lösa problemen. Man fick gå tvådagarskurs i Lerummodellen och lära sig indela patienten i röda, gröna och blåa och på det sättet skulle sorteringen fungera per-

fekt. Problemet var att det aldrig fanns några röda tider på morgonen, utan som vanligt blev det att klämma in akutpatienterna som överbokning.

Istället flög som en våg över landet Öppen mottagning. Vi stod ut i 12 år på vår stora vårdcentral. De stora vinnarna var mottagnings-sköterskorna som alltid hade något att hänvisa till. De fick nu tid att syssla med andra trevliga projekt. Läkarna slet som djur varje förmiddag. Ambitionsnivån var hög, aldrig skicka hem en patient utan att doktorn hade träffat den. Alla var nöjda ”i början”. Mot slutet var alla ner slitna och endast lojalitet upprätthöll en omöjlig situation. Vissa doktorer tog 20 patienter en förmiddag och de inställda luncherna blev många. Kvaliteten var si och så där, men visst, snabba möten med en allmänläkare kan ändå innebära kvalitet men upptill en viss mängd.

Till sist storknade vi. Det gick inte. Även patienterna hade tröttnat på att sitta i väntrummet och sökte andra vägar för att få tider.

Bygga nya murar

Så vi gjorde tvärtom. Vi har byggt murar istället för öppen mottagning. Patienterna ska nu ringa sin sjuksköterska för att beställa tid och skall helst aldrig komma oanmäld. Vi har färre patienter och tråkigare mottagning. De snabba mötena med akutpatienter håller på att försvinna och tas över av mottagnings-sköterskor och annan personal. Kvar återstår de tunga multisjuka och psykosociala fallen. ”Produktiviteten” har alltså minskat. Fast egentligen har den ju inte det – patientkontakterna är ju fortfarande många fast nu indirekt via ombud.

Efter 26 år i primärvård kan man ju undra var vi landar. Kanske måste vi öka antalet besök igen, men kortare tid varje tillfälle. Det blir bara ”ett symptom per besök” som gäller. Befolkningens hälsa ökar ju inte för detta men tillgängligheten är trots allt ett honnörsord.



Kennert Lenhoff

Låter detta tråkigt? Men visst har vi haft roligt och visst har det varit mycket spännande utvecklingar i primärvården. Men att hantera patienter till läkarmottagningarna har alltid varit ett problem.

Kan det fungera?

Har det då aldrig fungerat? Jo, visst kan det fungera! Under några lyckliga år på 90-talet var vi fullbemannade med 8 ordinarie läkare plus några AT och ST-läkare som nästan alla arbetade heltid för våra 16 000 invånare i en förortskommun. Vi jobbade hårt men hade roligt, gav en bra vård och kunde utveckla en rad olika projekt, forskning och förnyelse. Det var helt enkelt skoj – åtminstone upplevde jag det så i min chefposition!

Idag räcker det absolut inte med en per 2 000 för att det ska fungera. Det är ju inte ”huvuden” vi ska räkna utan läkare i tjänst. Jobbar nu halvtid i en nedsliten, klart underbemannad vårdcentral i stadsmiljö med hög andel asylsökanden och flyktingar och undrar hur länge mottagnings-sköterskorna ska stå ut. Här är det höga murar som gäller för att läkarna ska stå ut.

Visst – man kan ha trevligt i primärvården! Problemet är att ge befolkningen god tillgänglighet. Man kan prova olika modeller, Lerummodell, Öppen mottagning, sköterskebokning, Bra Mottagning allt vad ni vill kalla det. Grundfrågan kommer vi dock aldrig ifrån, nämligen att vi måste bli tillräckligt många för att klara uppdraget. Då kvittar det nog vilken modell vi väljer.

Kennert Lenhoff
Karlskrona

ANNONS

Glesbygdsmedicin

– intressant även för läkare i tätorter

Föreningens femte nationella konferens i april bjöd som vanligt på ett omväxlande program när cirka 80 personer, komma alltifrån glesaste glesbygd till tätaste tätort, träffades i Arvidsjaur.

En mobil hjärtkompressionsmaskin "LUCAS" demonstrerades. Hjärtstillestånd eller insufficient kompression medför att blod fylls i högerkammaren istället för vänsterkammaren, varför coronarkärlen inte fylls på samma sätt, som när fysiologiska förhållanden upprättas med apparaten, som ska användas minst 3 1/2 minuter (sic) före defibrillering. LUCAS går som en löpeld över landet, det startade i Skåne och Övertorneå, där Torgny Karlsson skaffade en av de första apparaterna i landet.

Stig Norgren berättade hur Arvidsjaur hade akutsköterskor i ambulanserna långt före lagstiftning och Stockholm, sedan ortens taxiägare bestämt att dom skulle hämta sjuka "även på vintern". Norberth Hanson redogjorde för trombolys i glesbygd. Om mindre än 90 minuter från "larm till angio" ska man göra PCI, annars trombolys. Vid helt färsk infarkt är urakut trombolys sannolikt bäst. Uttryckt i avstånd: bäst med trombolys om mer än 60–70 km till sjukhuset och man hemma eller på vårdcentralen har trombolysen igång. Kurt Boman gick igenom hjärtsviktanalys med natriuretiska peptider. Ett utmärkt verktyg för klinisk sällning om handläggande läkare är väl förtrogen med metoden.

Vivianne Stenman berättade om samernas hälsobegrepp, som är essentiellt för att förstå deras symtombilder och terapiförväntningar. Per Sjölander och Sven Hassler har funnit att renskötarna har hög prevalens belastningsskador och arbets-

relaterade dödsolyckor, många fordonsrelaterade. Samiska kvinnor drabbas ofta av hjärt-kärlsjukdomar. Båda könen har ökad risk för subaraknoidalblödningar. Jonny Aira redogjorde för arbete vid ett samefokuserat rehab-center.

Dagens Nyheters journalist Maciej Zaremba ledde en debatt om primärvård i glesbygd. Han beskrev alla samtal han fick efter sin artikelserie om sjukvård. De flesta, även höga administratörer och politiker, ville tala "off the record". Nå-



Stellan Båtsman ansåg att all demensutredning kan göras i primärvården, inklusive LP som hos gamla uppgavs vara biverkningsfritt. Nästan alla dementa har Alzheimerinslag som motiverar behandling. Om MMT sjunker > 3 per år eller under 10 bör medicinering seponeras. Christer Andersson berättade att patienter med intermitterent porfyri som är över 50 år ska screenas för levercancer. Många kan räddas med tidig behandling, tidigare avled var fjärde i levercancer. Linda Nederberg informerade om Tärnabyprojektet "Balans för Livet". Curt Made har sedan 1989 studerat skidskadorna i Tärnaby. De ser 1,5 skador per 1 000 skidåkartagar. Snowboard tre gånger så farligt som slalom. Knän skadas i slalom, underarmar i snowboard. Det lönar sig med underarmsskydd och hjälm!

gon annan anledning än rädsla kunde han inte finna. De flesta trivdes, men många var samtidigt rädda. Det finns bara en arbetsgivare. Över alltihop vaga honnorsord som tillsynes lovar mycket. Undersåtarna får ansvar men inte möjlighet utföra sina uppdrag. De kommer helt i vanmakt och flyr till sist. Man har ett medvetet system – där makten inte finns där läggs ansvaret.

Torgny Karlsson i Övertorneå menade att närmast civil olydnad krävdes för att få behålla OBS-platser i glesbygden. Den kommitté som sattes att utreda detta innehöll inte en enda allmänläkare! Hur man kan ha ett så absurt system att man måste träffa en organspecialist bara för att man behöver en säng? Det är ju närmast tvärtom samt ett oerhört ►►

ANNONS



resursslöseri även med de överbelastade sjukhusläkarna. Kåre Jansson presenterade Läkarförbundets förslag, som anknyter till det norska fastlegesystemet, där man fått patientmakt istället för politikerakt. Reformen gjorde slut på läkarbristen i primärvården. Dock till ett ganska högt ekonomiskt pris, menade Ellen Hyttsten från Sveriges Kommuner och Landsting, vilket en norsk representant ansåg vara en felaktig uppgift.

Om glädjen och mödan att arbeta som privat entreprenör i Sverige pratade Kjell Larsson från Norrbotten. Målade beskrevs nackdelen när man förlorar en upphandling och ens patienter med kort varsel står utan sin vårdcentral. Representanter för administration och politik redogjorde för sina insatser, vägval inför framtiden,

analyser, ”platt organisation” och ”raka rör” och andra aktuella honnörord, men jag kunde inte höra någon färdriktning bort från den organisation vi alla känner, där inte ens chefen har annan makt än att om möjligt öka farten på ekorrhjulet.

Tore Gilså, med 30 år som läkare i trakten, höll en engagerande betraktelse över glesbygdsdoktors liv och leverne i sin egen bygd! Vi besökte sedan Silvermuseet i Arjeplog som den legendariske lappmarksdoktorn Einar Wallqvist grundat. Vi fick på vägen höra den fascinerande historien hur en späd men envis man från Dalsland blev ett med sin bygd, från avklarade studierna till sin död. Doktor Wallqvist var inte okontroversiell, men han har satt både medicinska och kulturhistoriska spår i bygden.

Därefter for vi med skoter till fjället där lunch intogs på renskinn i solgasset vid öppen eld. En fjällräddningslektion av Hilding Andersson, gammal fjällräddare, fångade oss alla. Middag intogs till tonerna av dragspel och med en skjuten björn som åskådare. Den som inte kommer till nästa årsmöte i Jämtland han må va dum!

Lars Agréus
Öregrund

Lars.agreus@klinvet.ki.se

Svensk förening för Glesbygdsmedicin bildades 2002. Nästa årsmöte 11–13 maj 2006. Hemsidan finns på: <http://www.glesbygdsmedicin.info>

❖ SFAM informerar

Vi kan förbättra ST!

Rapport från ST-rådet

Meningen med vårt arbete är att ge dig som ST-läkare i allmänmedicin en utbildning med hög kvalitet och därigenom stärka vår identitet och status som allmänläkare.

Hur skulle vi kunna förbättra dagens ST-utbildning? I jämförelse med de andra länderna i Europa har vi kommit långt i hur vår ST är utformad idag, men vi har alla förutsättningar att göra den ännu bättre. Vi vill föra fram vikten av att den huvudsakliga tjänstgöringen är förlagd på hemvårdcentralen. Vi borde på ett bättre sätt dra lärdom av erfarna specialister i allmänmedicin. Där finns en enorm kunskapskälla. Vårt främsta redskap konsultationen kan vi bara lära oss på hemmaplan. Sidoutbildningar bör utformas efter de personliga behoven i samråd med handledaren. Vi måste våga kräva mer flexibilitet och individuellt ut-

formade placeringar. Alla ST-läkare har inte samma behov.

Vi tycker att utbildningen bör utformas av ST-läkarna själva, i exempelvis ST-forum. Blivande allmänläkare engageras på så vis i sin egen fortbildning och det är samtidigt en utmärkt ledarskapskola. Detta sker redan i delar av Sverige och vi hoppas att kunna sprida den utbildningsformen till övriga delar av landet. Vi arbetar med att bygga upp en modell för internetbaserad dokumentportfölj, med Danmarks *logbog* för *uddannelseslaege* (<https://www.logbog.net/logbogdk/help/Uddannelseslaege.pdf>) som förebild.

Mitt-i-ST och specialistexamen är utmärkta verktyg för kompetensvärdering men tillsammans blir de kanske lite väl omfattande. Målet är att ta det bästa av de

båda och få en kontinuerlig kompetensvärdering under hela tjänstgöringen.

SFAM fortsätter att arrangera ST-dagar. 2006 kommer de gå av stapeln i Stockholm 9–11 februari. Ett utmärkt tillfälle att träffa kollegor, utbyta erfarenheter och stärka vår gemensamma identitet som blivande allmänläkare. Anmäl dig nu på www.ST-dagar.se



Foto: Eva Jaktlund

Sofia Hellman
Ordförande SFAMs ST-råd, Stockholm
sofiahellman@spray.se

ANNONS

Den medvetna närvarons betydelse

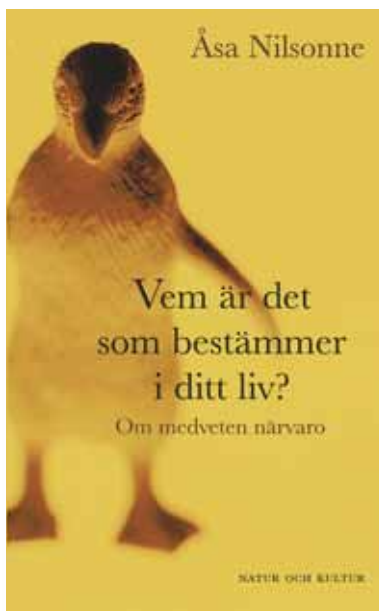
Under livets gång behöver vi ta oss igenom framgångar och förluster, förälskelser och besvikelser. Vi behöver stå ut med att inte kunna få andra att göra som vi vill, och, vad värre är, att inte ens kunna få oss själva att göra som vi vill. Vi har ofta svårt att veta hur vi ska bete oss. När vi faktiskt vet vad vi borde göra, kan det ändå bli så att vi av olika skäl inte gör det.

Dessa rader från en nyutkommen bok av Åsa Nilssonne rymmer gamla insikter om människors svårigheter. Kanske är de särskilt provocerande i vår tid då självförverkligandet är norm. För den som arbetar med människors problem finns det anledning att fördjupa sig i dessa ords innebörd och om möjligt komma tillrätta med de svårigheter de beskriver.

Med sin bok *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om medveten närvaro* kan Åsa Nilssonne vara till god hjälp både för behandlare och för den som behöver reda upp sitt eget liv. Åsa Nilssonne är psykiater, legitimerad psykoterapeut, medicine doktor och universitetslektor. Hennes forskning rör bland annat evolutionär medicin och utvärdering av psykoterapi. Dessutom är hon en framgångsrik skönlitterär författare.

Medveten närvaro

De senaste åren har Åsa Nilssonne arbetat med dialektisk beteendeterapi och hon berättar att hon i det arbetet delvis inspirerats av zenbuddhistiska principer. Begreppet "medveten närvaro" har stor betydelse i dialektisk beteendeterapi och det har också anknytning till zenbuddhismen. Det utgör en metod för upplevelse av världen, som var och en kan lära sig att använda. Medveten närvaro hjälper utövaren att förstå både hur man tar in information om omvärlden och hur man reagerar på händelser och möten och därmed tolkar sin omvärld. Me-



*Vem är det som bestämmer i ditt liv?
Om medveten närvaro.*
Nilssonne, Åsa
Natur och Kultur 2004
ISBN 91-27-09845-1

toden går ut på att observera, beskriva, undvika att döma samt att delta. Genom metoden får man kontakt med sitt känsloliv och lär känna sig själv. Det ökar förmågan att göra kloka val och därmed bestämma i sitt liv.

Åsa Nilssonne redogör för hur man når fram till medveten närvaro och hur man kan tillämpa den. Var och en kan i sitt privata liv finna dagliga tillämpningar. Själv tycker jag det blivit mer spännande att träffa människor sedan jag börjat öva medveten närvaro. För allmänläkaren kan bokens budskap vara en värdefull vägledning vid kontakterna med patienterna.

Känslor

Boken ger en fin lektion om känslor. Vi talar ofta om känslor, men sällan gör vi klart för oss vad känslor är och hur

de styr oss. Vi lever med dem ständigt närvarande och de genomsyrar med sina skiftningar vår situation och vårt handlande. Känslor är i hög grad kroppsliga reaktioner. De kan ses som det inre signalsystemet vår organism förvärvat genom evolutionen och som tillsammans med vårt intellekt lotsar oss fram i livet. Varje känsla frammanar en beredskap till en viss slags handling och den mekanismen styr i hög grad vad vi väljer att göra. Den som når medveten närvaro i sitt känsloliv får en inblick i sig själv och det spelar stor roll i samspelet med andra människor. För utövaren av medveten närvaro blir både jaget och den andre tydlig. Han eller hon kan då lättare förmedla sina känslor och sin vilja. Även de som möter honom eller henne upplever denna tydlighet.

Den inre scenen

Åsa Nilssonne använder begreppet "den inre teatern" för den fortgående tolkning vi gör av våra liv. Där är vi "teaterdirektören" som bestämmer över föreställningen och rollerna. På denna teater uppträder våra känslor och våra inre bilder av personer och händelser. Det är en åskådlig och pedagogisk bild som hon använder föredömligt. Hon vill göra läsaren till en aktiv teaterchef som tar ansvar för sin inre scen. Den aktive teaterchefen påverkar föreställningen som pågår inom honom/henne. Intressant nog har det stor betydelse för det yttre livet. Kontroll av vår inre teater ger ökad makt att bestämma i våra liv.

Med en enkel, klar och ibland nästan lekfullt lättstil anvisar Åsa Nilssonne en metod att konstruktivt bemöta svårigheter, som så många har problem att klara av. Den lättsamma stilen flyter på en djupgående undertext av kunskap och klokhet. Boken rekommenderas!

Stig Andersson
gits.joel@tele2.se

ANNONS

Två intressanta böcker från Folkhälsoinstitutet

Från 1700-talets merkantilism och upplysning, via 1800-talets industrialism och hygienism, till 1900-talets välfärdsbygge som nu hamnat i kris. Vad var det för faktorer som gjorde det svenska folkhälsoarbetet så framgångsrikt jämfört med andra länder? Hur förvaltas detta arv i globaliseringens tidevarv?

Folkhälsoinstitutet har kommit ut med två intressanta böcker. Först en antologi som bjuder oss på en resa i folkhälsans historia. Fascinerande berättelser över hur smittkoppsvaccineringen hanterades på olika sätt i Stockholm jämfört med landsbygden, varvas med bland annat alkoholpolitiska betraktelser och barnhälsans politiska historia. Den andra boken analyserar globaliseringens inverkan på folkhälsoarbetet och förutsättningarna för en hållbar utveckling.

Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv

Ett samarbete mellan historiker vid Linköpings universitet och Statens folkhälsoinstitut har resulterat i en antologi som riktar sig till en bred målgrupp, inte minst den nyfikna allmänheten. Skribenter från Umeå, Örebro universitet och Arbetslivsinstitutet har också lämnat bidrag. Syftet är att beskriva och analysera hur sambanden mellan samhällsförändring och hälsoutveckling sett ut i Sverige de senaste 250 åren. Nio olika kapitel behandlar hälso- och samhällsutveckling i stort: barnhälsa, kampen mot kopporna, alkoholpolitik, arbetarskydd, tobaksrökning, folkhälsopolitik mm. De flesta kapitel avslutas med en sammanfattning vilket gör innehållet tydligare. Gunnar Ågren, generaldirektör vid Folkhälsoinstitutet, avslutar boken med reflektioner kring folkhälsans politiska sprängkraft.

För mig som familjeläkare med ett huvudsakligen individorienterat arbetssätt är det spännande att ibland lyfta blicken och försöka se de större sammanhangen.



Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv
Jan Sundin, Christer Hogstedt, Jakob Lindberg, Henrik Moberg (red)
474 sidor
250 kr



Folkhälsa, hållbar utveckling och globalisering
Tord Kjellström, Carin Håkansta, Christer Hogstedt
284 sidor
150 kr

Den här boken är till stor hjälp i det avseendet. Att läsa om hur det gick till när massvaccinationen mot smittkoppor iscensattes i 1800-talets början är mycket intressant. Kampen mot kopporna blev lyckosam framför allt på landsbygden. Präster och klockare åtnjöt ofta stort förtroende i lokalsamhället, samtidigt som de utövade social kontroll. Utan deras betydelsefulla insatser skulle aldrig vaccineringen fått sådan genomslagskraft. I Stockholm slog läkarskräet vakt om vaccinationerna och tillät ingen inblandning från lekmän, trots att de själva inte räckte till för att vaccinera alla barn. Hela proceduren krånglades till och dessutom hyste allmänheten misstro mot läkarna. Smittkopps-epidemierna fortsatte i Stockholm i långt större omfattning än på landsbygden.

Levande berättelser om sjukdomsplanor, amningsbeteende, de vetenskapliga framstegen och professionernas

utveckling i förhållande till samhällsutvecklingen gör boken mycket läsvärd. En kritisk invändning har jag och det är att beskrivningen av provinsialläkarnas insats känns lite tunn. Provinsialläkare och barnmorskor var folkhälsans apostlar. De såg sig själva som ämbetsmän med ett kall, och i mindre grad som privata entreprenörer vilket underlättade samarbetet mellan stat och profession sägs det. Jag skulle gärna ha velat läsa mer om provinsialläkarnas arbetssätt, vilket inflytande de hade och vilket anseende de åtnjöt i befolkningen.

Folkhälsoarbetet har haft en högre grad av legitimitet i Sverige än i många andra länder, och resonemangen om varför det är så är intressanta att ta del av. Ett samspel mellan aktörer på olika samhällsnivåer var förutsättningen för att påbud uppifrån skulle kunna få en folklig förankring. I samband med det demokratiska genombrottet vid 1900- ▶▶

ANNONS

talets början, fick företrädare för de stora folkrörelserna en plattform för hälsofrågor i form av kommunala förtroendeuppdrag i olika nämnder eller landstingsfullmäktige. Då förstärktes legitimiteten ytterligare. Bred förankring bland olika intressegrupper var en annan framgångsfaktor. Ett exempel på det är arbetet för att minska arbetsskadorna, där man tidigt fick till stånd samarbete mellan fackföreningar, arbetsgivare och lagstiftare. Spänningen mellan uppfattningen om hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet, och det faktum att den i hög grad bestäms av samhällets grundläggande maktförhållanden och ekonomiska strukturer, gör att folkhälsoarbetet aldrig kommer att bli okontroversiellt.

Folkhälsa, hållbar utveckling och globalisering

Hur påverkas vår hälsa av globaliseringen? Vad innebär egentligen begrepp som hållbar utveckling i sammanhanget? Vilken betydelse har handelsavtal, millenniemål och biståndspolitik för folkhälsan?

Svar på dessa frågor kan du få om du läser denna bok också den sammanställd av Statens folkhälsoinstitut. Syftet med boken är att beskriva globaliseringens negativa och positiva effekter på folkhälsan och förutsättningar för en hållbar utveckling. Boken första kapitel heter *En värld utan gränser – perspektiv, definitioner och rättigheter*. Det är en bra ansats och nödvändigt för att tillgodogöra sig resterande kapitel. Låt er inte avskräckas av den lite torra texten med tabeller och diagram. Begreppen är många och behöver förklaras. Så småningom levandegörs texten med olika exempel.

Vi får ta del av beskrivningar om arbetslivet i industriella frizoner, kinesiska immigranterbetare i en multinationell skofabrik (unga ogifta kvinnor som arbetar 80 timmar/vecka under sträng militärisk disciplin), EU:s sockerpolitik som orsakar stora exportförluster i tredje världen, skeppsstyckning i Indien under miljövidriga former, nya frivilligorganisationer som gör betydelsefulla insatser när det offentliga inte räcker till. Dessa

exempel tycker jag är bokens behållning och viktiga att ha som bakgrund när man läser slutsatserna i det sista kapitlet. Globaliseringen är verkligen på gott och ont. Å ena sidan har vi fått ökad livslängd, ökad medelinkomst, bättre levnadsstandard för flertalet, kunskapspridningen har lett till förbättringar inom hälso- och sjukvård samt jordbruk. Å andra sidan har vi genom de allt färre och större multinationella bolagen fått ett globalt konsumtionsmönster som försvårar en hållbar utveckling. Globala handelsregler bidrar dessutom till att försvåra folkhälsoarbetet. Välbeställda länder skor sig på de fattigare ländernas bekostnad, migrationen rycker folk ur sitt sociala sammanhang och familjer splittras. Den internationella kriminaliteten med bland annat trafficking ökar, osv.

Den ökande alkoholimporten, fetmaepidemin och stressutvecklingen hotar

den svenska folkhälsan. Folkhälsoinstitutets viktigaste uppgift är att genom att sprida kunskap och på andra sätt stödja det lokala och regionala folkhälsoarbetet, inte minst för att försvara hittills uppnådda resultat.

Vad har man då som allmänläkare för glädje av att ha läst denna bok? Jag tror att det handlar om att världen har blivit mindre också i det sammanhang vi verkar. Vi behöver skaffa oss lite inblick i hur globaliseringen förändrar livsbetingelserna runt om i världen, och hur den påverkar oss där vi arbetar och bor.

Anders Lundqvist

Böckerna kan beställas från Statens folkhälsoinstituts distributionstjänst: www.fhi.se

ST-läkardagar 2006



Den personlige läkaren

Anmäl dig nu på:

www.st-dagar.se

**ST-dagarna i allmänmedicin
Stockholm 9–11/2 2006**

SIFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

ANNONS

Psykiatrin i Sverige – vägval och vägvisare

De senaste femtio åren har psykiatrin genomgått dramatiska förändringar, som bland annat kännetecknats av mentalsjukhusen nedläggningar och införande av olika psykofarmaka. Liksom inom övriga delar av medicinen finns en strävan att diagnostik och behandling skall vila på vetenskaplig grund.

Denna bok kan läsas som en berättelse med flera samtidiga teman, eller flera sammanhängande. Boken ger en historisk översikt över de organisatoriska förändringar och den förändrade syn på psykiska sjukdomar och patienter som psykiatrin genomgått under senare delen av 1900-talet. Det ideologiska diskussion som förts beskrivs, liksom de olika vägval som gjorts – och görs. Slutenvård eller öppenvård? Subspecialisering eller närpsykiatri?

Bilden av psykiatrin har tidigare kännetecknats av motsättningar, mellan på ena sidan synen på människan som en biologisk varelse, som kan utforskas med naturvetenskapliga metoder, och på andra sidan en humanistisk inställning, där förståelsen av patienterna och psykodynamiska terapiformer sätts i centrum. Idag är de flesta överens om att man måste förena bägge synsätten, att olika behandlingsalternativ måste utvärderas vetenskapligt och att olika tillstånd kräver olika typer av behandlingar, där kombination av farmakologisk terapi och andra metoder i många fall ger bäst resultat.

Det finns dock ofta bättre vetenskapligt stöd för farmakologisk behandling än för psykodynamiska alternativ, vilket inte behöver bero på att läkemedel alltid är mer effektiva. Förutom de metodproblem som uppstår vid vetenskaplig utvärdering av psykodynamisk behandling, så bidrar kommersiella intressen till att forskning om farmaka prioriteras



Psykiatrin i Sverige – vägval och vägvisare
Jan-Otto Ottosson
Natur och Kultur 2003
ISBN 91-27-09461-8
348 sidor

framför icke-farmakologiska alternativ (vilket förstås även gäller för exempelvis behandling av högt blodtryck).

Den psykiatriska forskningen beskrivs så att man inte bara får veta vilka rön som gjorts, utan även vilka forskare som ligger bakom och vad resultaten sedan medfört. Tonvikten ligger på svensk forskning och ett stort antal avhandlingar beskrivs. Allt detta får läsaren utan att boken på det minsta sätt känns spretig eller alltför detaljrik. Flera personer beskrivs i egna kapitel, medan andra som bedrivit närliggande forskning beskrivs samtidigt. Personbeskrivningarna gör framställningen levande och det är intressant att läsa om de olika överläkare man själv vid olika tillfällen kommit i kontakt med.

Jan-Otto Ottosson har som professor i Umeå och Göteborg själv varit delaktig i psykiatrins utveckling. Han har gedigen

förankring både inom naturvetenskaplig forskning och humanistisk orienterad medicin, vilket varit nödvändigt för att kunna skriva denna bok. Förutom egen forskning har han medverkat i olika läroböcker, varit redaktör för tidskriften Acta Psychiatrica Scandinavica och för SBU-rapporten Patient-läkarrelationen – läkekunst på vetenskaplig grund. Han har även varit ordförande i Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik och huvudsekreterare i Prioriteringsutredningen.

Boken är väl värd att läsas och är ett förstahandsalternativ för den som bättre vill förstå framväxten av dagens svenska psykiatri. När jag läser denna bok, kan jag inte låta bli att tänka på vad spännande det skulle vara, om någon skrev motsvarande bok om svensk (eller nordisk) allmänmedicin. Finns det någon som skulle mäktas med en sådan uppgift?

Roland Morgell

Allmänmedicin på Riksstämman	
Onsdagen den 30 november	
SAL C 11	
Whiplashdiagnostik i praktiken	
Ulf Måwe, m.fl.	08.30-10.00
Allmänmedicin i Ryssland	
Moderator: Leif Persson	12.00-13.30
SAL C 7	
Hälsa – samhällets ansvar eller individens frihet?	
Gösta Eliasson, m.fl.	14.30-16.00
Torsdagen den 1 december	
SAL C 2/3	
Friskare ålderdom med färre läkemedel	
Anders Lindman, m.fl.	08.30-10.00
HALL C	
Posterutställning	
Moderator: Lars Borgquist	09.00-18.00
SAL C 10	
Tillit – medicinens grunnsstoff	
Per Fugelli	10.30-12.00

ANNONS

När läkarstudenter skriver



Att det kan göra läkarstudenter gott att läsa skönlitteratur torde vid det här laget vara tämligen accepterat, åtminstone i allmänläkarkretsar. Efter att i åtskilliga år ha hållit litteraturseminarier för läkarstudenter på olika håll – i första hand vid Uppsala universitet men också vid KI och Göteborgs universitet – har jag blivit allt mera övertygad om att läkarstudenter också gärna ska få tillfälle till kreativt skrivande. Att skriva är ett sätt att reflektera, att stanna upp och göra sig mera medveten om både sitt jag och sin omvärld – och om förhållandet mellan jag och omvärld.

De övningar jag använt mig av har inte haft som mål att göra studenterna till författare, även om det ju som bekant finns gott om författare med läkarbakgrund. Det har överhuvudtaget inte varit övningar som gått ut på att få de redan duktiga studenterna att bli ännu duktigare utan snarare att få dem att koppla bort duktighetskraven, att koppla av, att förhålla sig lekfullt.

Studenterna har fått skriva minnen av doft eller smak. De har fått ett ord, till exempel ”hem” eller ”spegel”, och så har de under någon minut fått anteckna de associationer ordet väcker. Så småningom har de fått skriva personporträtt och dialoger. Det har blivit texter som ger en roande – och ibland oroande – inblick i läkarstudenternas vardag. När uppgiften var att skriva en dialog skrev en student – Sara Zetterberg – om ”Läkarkandidaten på operationssalen”:

” – Jag tror att du ser bäst om du står här bakom oss operatörer. Du behöver inte steriltvätta dig.
– Okej.
Trettio minuter senare.
– Har du vickat under sommaren?
– Ja, på en kirurgiklinik två månader och



Merete Mazzarella är författare samt professor i nordisk litteratur i Helsingfors sedan flera år. Hon har hållit mycket uppskattade skrivarkurser för färdiga och blivande läkare. Hon medverkar också som kritiker och kolumnist i svenska och finlandssvenska tidskrifter.

Foto: Lef Weckström

två månader som läkarassistent sommaren innan.

– Bra, då kan du hålla en hake. Vi skulle behöva lite bättre sikt i operationssåret. Kan du gå och tvätta dig?

– Jaha.

Fyra timmar senare.

– Ser du någonting därifrån?

– Nej.

– Nehe. Vi håller på och ... Nej, inte där!

Skär på andra sidan blodkärlet, som sagt.

Vi håller på och opererar bort en uterus här.

– Jaha.

Ytterligare två timmar senare.

– Det kanske är jobbigt för dig att stå så där, men du styrketränar säkert.

– Jaaa...

– Vi får bjuda på en kopp kaffe som kompensation. Vad heter förresten den aortagren som försörjer ovarierna?

Vid operationens slut.

– Tack för din insats. Hoppas du lärde dig något.”

Förr eller senare har jag förväntat mig att samtliga deltagare ska skriva åtminstone en dikt och som inspiration har jag läst högt dels den kända finlandssvenska modernisten Edith Södergrans ”Vierge moderne” och dels en dikt av Claes Andersson. ”Vierge moderne” är en besvärjande dikt, ett slags omnipotent självviscensättning: ”Jag är ingen kvinna. Jag är ett neutrum/Jag är ett barn, en page och ett djärvt beslut” och den slutar: ”jag är ett vatten, djupt men dristigt upp till knäna/jag är eld och vatten i ärligt sammanhang på fria villkor.”

Claes Andersson-dikten som saknar titel är en hopning av de förtryckande repliker som en utsatt människa kan tänkas få höra under livets gång och – som det visar sig – leder till självmord. Den börjar ”Andersson för ett jävla oljud/Andersson kan inte ens stå rak i ryggen” och den slutar ”Andersson borde inte ha hoppat, säger jag rent ut/Andersson kunde åtminstone ha stängt fönstret efter sig.” Ingen läkarstudent jag stött på har förhållit sig så trosvisst omnipotent som Södergran men åtminstone en – hon heter Anna Sjöholm – har entydigt låtit sig inspireras av henne:

Jag är ingen katastrof. Jag är en lärling. Jag är iver, stor förvirring och förundran. Jag är patientens trygga doktor, systrarnas huvudskakning och läkarexpens darrande barn.

Jag är en snabb impuls i en synaps, jag är blodets långsamma återflöde till hjärtat.

Jag är självständighet och eget ansvar, jag är osäkerhet och bakjourssökning.

Jag är en regelbunden sinusrytm, jag är ett paradoxalt flimmer som konverterar spontant,

jag är ett fnitter i en solvit korridor,

en snyftning i ett jourrum,

en voltande gymnast efter varje nöjd patient. ►►

ANNONS

Det är väl också i första hand Edith Södergran-dikten som ligger bakom den dikt som Maria Altman skrev sin sista termin och liksom Södergran-dikten handlar den om kvinnovillkor:

*Jag är inte sjuksköterska.
Jag är läkarkandidat.
Jag är ung, kvinnlig, välutbildad i för stor
vit rock,
Jag är ett vandrande förråd av pennor,
linjaler och teoretisk kunskap
Jag är nyckellös, saxlös, rollös.
Jag är ovillig att hämta bäcken och stämpla
remisser,
Jag är på jakt efter verkligheten,
diagnoskoden, patienten, läkaren
Jag är en vit figur bland andra i
fikarummet, tyst smuttande på en kopp the
för tio kronor,
Jag är ännu en namnskytt att läsa, ännu ett
brett leende att besvara,
Jag är besviken över att du inte genast såg
vem jag är.*

Som lekman inser man så småningom att förhållandet mellan kvinnliga läkarkandidater och kvinnliga sjuksköterskor är ansträngt men också manliga läkarkandidater har sina bekymmer med sjuksköterskor. Det framgår av en dikt av Altmans kurskamrat Johan Engström som framförallt fascinerar genom den starka ambivalensen mellan osäkerhet och förtröstan:

*Jag är ingen läkare, jag är en förklädd
student.
Jag är till det yttre professionell, inuti mig
finns oro.
Jag är kompetent, men ingen vill det veta.
Jag är skuggan av en fladdrande rock längs
korridorrens väggar.
Jag är genom åren luttrad, vem trodde det
för 5 ½ år sedan.
Jag är uppskattad av patienter,
för läkarna är jag mest besvärande,
för systrarna mest i vägen.
Jag är långtande ut, ut ur titlarnas restriktioner,
bort från revirpissande narkosyrror,
mot dem är jag allergisk
Jag är läkare, snart får ni se mig på riktigt.*

Åtskilliga läkarstudenter har låtit sig inspireras av Andersson-dikten. Så här skrev

till exempel en student vid namn Karin Borgström sin sjunde termin:

*Kandidaten är irriterande
Kandidaten sluddrar och suckar i
diktafonen
Kandidaten är trögtänkt
Kandidaten trycker som en våt fläck mot
väggen
Kandidaten gäspar på rondan
Kandidaten kan ingenting om forskning
Kandidaten borde inte ha rockkragen
uppvikt
Kandidaten är slö och långsam
Kandidaten skall sköta sin hygien
Kandidaten förstår sig inte ens på datorn
Kandidaten ställer dumma frågor
Kandidaten är borta när man behöver
kandidaten
Kandidaten borde visa mera pondus mot
patienterna men inte mot personalen
Kandidaten skall kunna patienternas
labvärden i huvudet
Kandidaten är snål och betalar aldrig
kaffekassan
Kandidaten borde beakta att kandidaten
skall utvärderas
Kandidaten skall veta att det minsann var
andra takter för
Kandidaten borde ställa intelligenta frågor
Kandidaten ska ta egna initiativ
Kandidaten ska inte ta sig så många friheter
Kandidaten ska göra precis som handledaren
vill utan att handledaren behöver säga det
Kandidaten kan inte ens se intresserad ut*

Vad ska man säga om den här texten? Jag kan börja med att säga att det är en text som många, många läkarstudenter i kurser jag haft senare bett att få kopior av. Som lekman – som blivande patient – tänker man väl att den första förutsättningen för att läkare ska kunna bemöta sina patienter väl är att de själva blivit väl bemötta under utbildningens gång. (Kan man tänka sig ett mera klockrent exempel på Moment 22 än raderna ”Kandidaten ska ta egna initiativ/Kandidaten ska inte ta sig så många friheter”?)

Som litteraturvetare fäster man sig emellertid också vid att Borgström verkligen kunnat *bearbeta* den utsatthet hon upplevt, självironiskt distansera sig från den, rentav göra litteratur av den. Dikten

förefaller mig i sig vara ett bevis på att skrivandet är viktigt för läkarstudenter.

En mjukare, mera lekfull ironi finns i en prosadikt av Linn Bäck och heter ”Mitt allra första hjärta”:

*Att det ska bli så varmt helt plötsligt.
Kanske är det för att jag har den här rocken
på mig.
Den här alldeles för stora rocken.*

*I alla fall blir kinderna varma.
Rösten lite darrande.
Och händerna, för att inte tala om
händerna,
som klipbar mot stetoskopet.*

*Och stetoskopet sen...
När lär man sig att smidigt och självsäkert
sätta det i öronen och sedan vända på det
när man märker att man inget hör?*

*Det måste vara helt tyst.
Jag hör ju inget. Tyst alla.*

*Nu då, nu dunkar det!
Jag hör hjärtat, ha ha!
Helt värdelös är jag ändå inte, ha ha.*

*Skulle vi gå nu?
Hej då, första-patienten-i-världshistorien.
Jag klarade det!*

*Nå, kandidaten, vad säger du?
Ja, jag hörde!
Ja, men vad säger du om det då?
Regelbunden eller oregelbunden rytm,
Snabbt eller långsamt, blåsljud?*

*Åhum... Ja, rytm... blåsljud...takt...
Alltså... jamen, ehh... alltså... Jag
HÖRDE det i alla fall.
Jag hörde att det slog i alla fall.*

Även det här är en dikt som många andra läkarstudenter har velat ha. Och den är naturligtvis nyttig för lekmän med, vare sig de är litteraturvetare eller inte: den påminner oss inte bara om att läkare är människor utan kanske framförallt om att läkare ju faktiskt också har annat att tänka på än kommunikation.

Merete Mazzarella

ANNONS

Styrelsens kommande arbetsår

SFAM ska på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin och stödja nationella, regionala och lokala nätverk för allmänmedicinens övergripande intresseområden. Så säger stadgarnas portalparagraf (§ 2), och det är utgångspunkten för styrelsens arbete och planering.

De kommande åren innebär ett påtagligt generationsskifte i den yrkesverksamma allmänläkarkåren. De nyblivna och blivande specialisterna i allmänmedicin står därför i fokus för styrelsens planering för den närmaste framtiden. Vi vill på olika sätt satsa på de unga allmänläkarna, naturligtvis utan att för den skull glömma bort dem som varit verksamma länge. Med våra satsningar på utbildningsdagar för ST-läkare i allmänmedicin, utvecklad hemsida och förstärkta kansliresurser för denna målgrupp vill vi skapa förutsättningar för att en gruppidentitet kan växa fram via SFAM. Vi vill ge förutsättningar för att bygga en allmänmedicinsk identitet på vetenskaplig grund, där det också är roligt och utvecklande att delta i föreningens aktiviteter. En del i denna satsning är projektet ”Sist-i-ST – ny form för avslutande kompetensvärdering i syfte att förbättra kompetensutvecklingen under ST i allmänmedicin.”. Projektet har fått medel från Fammi och är redan igångsatt.

Vi konstaterar att den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården hittills endast haft marginell betydelse för utvecklingen av allmänmedicin och att det är sannolikt att Familjemedicinska institutet, Fammi, inte kommer att finnas kvar i sin nuvarande form efter 2006. Det innebär att det kommer att bli nödvändigt att SFAM tar ett ännu större ansvar än hittills för att:



Foto: Maria Wittin

Anna-Karin Svensson, Annika Eklund-Grönberg, Johan Berglund, Eva Jaktlund, Karin Lindhagen och Gunnar Carlgren.

- den allmänmedicinska vården håller god kvalitet
- det är attraktivt att arbeta som specialist i allmänmedicin
- rekryteringen till specialiteten allmänmedicin främjas
- specialistutbildningen i allmänmedicin är modern och ändamålsenlig
- forskning inom allmänmedicin får ökat stöd
- kliniskt verksamma allmänläkare får förbättrade möjligheter att bedriva forskning
- möjligheterna till en god och oberoende fortbildning för alla allmänläkare stärks
- allmänmedicin under läkarutbildningen får berättigat utrymme.

SFAMs styrelse prioriterar dessutom fortsatt arbete med Protos-gruppen för att i samarbete med Läkarförbundet och dess delföreningar nå fram till ett nationellt familjeläkarssystem, en förutsättning för att flera av de övriga målen ska kunna förverkligas.

För att nå framgång i föreningens mål krävs aktiviteter på SFAMs alla nivåer med engagemang från lokalföreningar, råd och nätverk, liksom samarbete med andra intresseorganisationer. Vi vill också aktivt delta i utvecklingen av det allmänmedicinska ämnesrådet i omvärlden. Särskilt vill vi stärka ett fortsatt samarbete med de övriga nordiska ländernas organisationer. Den nybildade nordiska federationen för allmänmedicin kan vara ett avstamp i det arbetet.

Styrelsen

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Johan Berglund
070-844 74 94
johan.berglund@ltblekinge.se

Vice ordförande

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

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@vregion.se

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

Per Sundberg, 0707-54 77 15
per.sundberg@sjostaden.nu

Anna-Karin Svensson
070-311 39 96
anna-karin.svensson@lg.se

Arbetsutskott:

Johan Berglund, 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

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

SFAMs råd

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

Fortbildningsrådet

Ordförande: Meta Wiborgh
Meta.wiborgh@telia.com

Läkemedelsterapirådet

Ordförande: Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/-08
jan.hakansson@jll.se

Kvalitet/Informatikrådet

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

ST-rådet

Ordförande: Sofia Hellman
08-672 37 00
sofiahellman@spray.se

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Ordförande: 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
0920-719 11, 0920-26 16 57
bostad 0920-26 16 57
anna-karin.fahlen@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
090-785 8222 eller 090-7858962
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Mikael Lilja
063-14 22 38, 070-520 60 06
fax 063-14 22 21
mikael.lilja@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
0611-201 96
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

Lisa Lauri
0297-57 25 15
lisa.lauri@lg.se

DALARNA

Christina Klesty
0226-496 700
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
054-61 69 15/61
mikael.hasselgren@liv.se
Christina Ledin
054-16 84 00/054
christina.ledin@liv.se

ÖREBRO

Roland Olofsson Dolk
0585-883 08, 070-374 91 31
bostad 019-28 10 82
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
021-15 03 80
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
018-611 78 52/54
fax 018-55 06 67
070-327 09 31
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Christina Kallings Larsson
016-10 42 37
Christina.Kallings-Larsson@mse.dll.se

STOCKHOLM

Åsa Colliander
asa.colliander@svso.sll.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
0480-819 63

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
0371-842 10
bostad 0370-971 10

KRONOBERG

Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
0455-73 75 20
fax 0455-474 11
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
0411-205 15, fax 0411-207 63
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
0413-641 25, vx 0413-641 00
fax 0413-632 58
inge.karin@telia.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.

NORDVÄSTRA SKÅNE
Staffan Gyllerup
042-267210
Fax 042-267220
Staffan.gyllerup@skane.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
040-33 54 20, fax 040-33 62 51
annika.brorsson@smi.mas.lu.se

SÖDERSLÄTT
Lars Falck
lars.falck@skane.se
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND
Pierre Carlsson
0346-56000
Fax 0346-56380
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG
Agneta Hamilton
0303-98000
Fax 0303-58762
Agneta.hamilton@ptj.se

NORRA ÄLVSBORG
Göran Wennberg
goran.wennberg@vgregion.se

SÖDRA ÄLVSBORG
Kerstin Holmberg
0322-83780, 0705-333088
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG
Per Angesjö
per.angesjo@vgregion.se

SFAMs kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Skeppsbron 34
111 30 Stockholm
Tel: vardagar kl 9-11.30
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 tidskriften AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care och alla supplement som ges ut under år 2003.

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 Lilliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katarina.lilliequist@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

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryckeri.se

Hemsida

Webbredaktör under tillsättning

Utgivningsplan för 2005

Nr	Manusstopp	Utgivning
6	31/10	15/12

Utgivningsplan för 2006

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	–	22/2
2	–	25/4
3	–	21/6
4	–	20/9
5	–	1/11
6	–	13/12

Varför är det så svårt att få med läkarna?

Frågan kom från en sjukgymnast i min organisation. Vi diskuterade hur Fysisk aktivitet på recept (FAR) ska införas i vårt område. Allmänläkarna uppfattas som en bromskloss trots att den goda effekten av motion är odiskutabel för många vanliga sjukdomar. Bakgrunden är att primärvårdsförvaltningen för något år sedan beslutade att införa metoden och en arbetsgrupp tillsattes. Informationsmöte hölls med tillrest inspiratör. Avtal har skrivits med idrottsföreningar och utbildning i motiverande samtal har givits för lämplig yrkesgrupp. Vem som har rätt att ordinera är fastställt och FYSS finns installerat på alla datorer. Det är bara för ordinatorerna att fastställa diagnos, slå upp rätt behandlingsalternativ i FYSS och skriva ut receptet. Närliggande vårdcentraler har redan börjat, men inflödet av recept har varit magert.

Vad kan ligga bakom det motstånd sjukgymnasten uppfattar, om det finns. Är FAR efter sin tid? Receptblanketten som konkret bekräftelse på läkarbesöket bottenar i uppfattningen att patienter förväntar sig läkemedel som konsekvens av läkarens diagnos. Receptblanketten blir då laddad med läkarbesökets hierarki och en huvudsakligen somatisk idévärld. Men patienter söker idag läkarens

råd och kunskaper för specifika problemställningar snarare än färdiga standardlösningar. Konsultationstekniken har därför förändrats mot att ge större utrymme för patientens behov och föreställningar med samförstånd om problemdefinition och åtgärder. Vid majoriteten av läkemedelsförskrivning i primärvården används sedan länge elektronisk överföring av recept till apotek. Patienten hänvisas att efterfråga ordinerat läkemedel på valfritt apotek. Förskrivningen har inte längre något fysiskt attribut att ladda och läkare har sökt andra uttrycksmedel.

Det upplevda motståndet mot FAR kan också tolkas som ett motstånd mot förenkling. I en pågående terapeutisk relation framstår patienter som enskilda personer med behov som är svåra att reducera till kokboksformat. Fysisk aktivitet förtjänar en större plats i behandlingsarsenalen. FYSS erbjuder lättillgänglig kunskap om lämplig aktivitet vid olika tillstånd. Används FYSS på samma sätt som FASS skulle det ge möjlighet till individualiserad rådgivning om fysisk aktivitet av ordinarie vårdgivare vid vanliga besök. Kanske finns motståndet snarare mot organisationsmodellen än mot innehållet? FYSS, utan FAR, vore kanske enklare att införa?

Karin Ranstad



Foto: Anders Lundqvist

2005

November

Lægedage, de danske praktiserende lægers egen kongres
Tid: Mandag den 14 november–fredag den 18 november
Sted: Bella Center, København (lige ved motorvejen fra Malmø og tæt på lufthavnen)

Riksstämman

30 nov–2 dec, i Stockholm

December

Seminarium om fortbildning och riskbruk för ST-läkare på Fammi
6–7 december.
Kontaktperson Robert Kristiansson, robert.kristiansson@fammi.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

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

Fammis 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

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

December

Grundkurs i Motiverande samtal på Sigtunastiftelsen
1–2 december med uppföljningsdag 27 januari 2006.
Kontaktperson Astri Brandell
Eklund, astri.brandell@fammi.se

2007

Juni

15th Nordic Congress of General Practice
13–16 juni Reykjavik, Iceland.
The human face of medicine in a hi-tech world
www.meetingiceland.com/gp2007



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 050405. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu