

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2005 ÅRGÅNG 26



Doktorshatt för pionjärinsats/sid 5

Nordiska kongressen i allmänmedicin/sid 25 • SFAMs nya hemsida – www.sfam.se/sid 41

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 som finns på SFAMs hemsida www.sfam.nu. Alla texter granskas av tidskriftens redaktörer, vilka tar ställning till publicering. Därefter sker sedvanlig korrekturläsning och korrigerings, innan materialet skickas till Gunnar Brink på Mediahuset för layout. Skicka manus och bilder som bifogade filer till anders.lundqvist@lvn.se

Välkommen!
Redaktionen



Vill du bli medlem i SFAM, köpa studiebreve, supplement eller lösnummer av AllmänMedicin? Gör din beställning på sidan 47!

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Glädjen med att vara praktiserande läkare – Jan Helge Larsen, Danmark.

Per Fugelli om tillit – medicinens grundämne nr 1.

Audit om psykosociala besvär.

Omslagsbild: Anders Hernborg framför fullriggaren Najaden på Nissan i Halmstad.

Fotograf: Lasse Nyman

3 Ledare

Fruktbart nordiskt samarbete
Roland Morgell

5 Vetenskap & Utveckling

Ordbytesskapare Medicine hedersdoktor
Anders Lundqvist

Akademisk allmänmedicin i Tyskland
Anders Håkansson

Alkohol – Hur upptäcka högkonsumenter i primärvården?
Holger Theobald

11 Praktik

Kontakt med 22 individer under en vecka som distriktsläkare
Per Andrén

12 Vetenskap & Utveckling

Medicinskt oförklarade fenomen
Stig Andersson

15 Utbildning

Självstyre och inflytande
Anna Barnéus

Studierektorskonferensen Lilla Vik 19–20 maj
Anders Lundqvist

Alkohol – en svår fråga i konsultationen
Robert Kristiansson

23 Vetenskap

Metaanalys visar tveksam effekt av kolinesterashämmare
Stig Andersson

23 Recension

Kan läkemedel förebygga ohälsa?
Roland Morgell

25 Nordisk kongress i allmänmedicin

”Stockholm i mitt hjärta ...”
Anders Lundqvist

I Markus fotspår
Markus Beland

Nordiskt kvalitetsmöte
Roland Morgell

33 Recensioner

Bok belyser läkares försvarsmekanismer
Elisabet Jädersten

Jämställd vård – viktig rapport att diskutera
Eva E Johansson

39 SFAM informerar

Kallelse till fullmäktigemöte
Kurs i konsultation och videosupervision
Medlemsmöten SFAM Stockholm
SFAMs nya hemsida – www.sfam.se
SFAMs höstmöte
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Ny Tändning
Inge Carlsson



Rapporter från Nordisk kongress i allmänmedicin. Sidan 25 ff



Jonas Westergren – ST-forum i Stockholm, som har fått sina första färdiga specialister i allmänmedicin. Sidan 15

”Om sjukvården ska kunna använda sina resurser på ett effektivt sätt, måste skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, sjuklighet, vårdtillgänglighet, omhändertagande samt resultat och kvalitet tas på allvar.”

Läsvärd rapport från Socialstyrelsen. Sidan 35



Elisabet Jädersten har läst den tankeväckande boken *Hur känns det, doktorn?* Sidan 33

ANNONS

Fruktbart nordiskt samarbete



Sommarens nordiska kongressen i allmänmedicin påminde om att det finns mycket vi kan lära av varandra. Inom medicinen handlar vetenskap, vårdprogram och kvalitetsuppföljning till största delen om definierade sjukdomstillstånd, som endast utgör en del av de problem som familjeläkare möter. *Marianne Rosendal* och hennes forskarkollegor menar att det finns patienter med medicinskt oförklarade symptom som helt i onödan snurrar runt i sjukvårdssystemet. Den kunskap och erfarenhet som många läkare skaffat sig på egen hand behöver tas om hand och spridas vidare på ett systematiskt sätt, i grundutbildning och fortbildning. Vid deras presentation på kongressen betonades att vi behöver enhetliga kriterier för dessa tillstånd, så att vi vet när vi talar om samma sak. Att familjeläkare har en nyckelroll vid medicinskt oförklarade symptom är självklart. Ansvariga sjukvårdspolitiker borde begrundat att inte enbart humanitära skäl talar för att dessa patienter skall få effektiv hjälp, utan också att kostnaderna annars kan bli höga för onödiga läkarbesök (ofta akut), olika undersökningar m.m. Inget hindrar att något framsynt landsting självt organiserar sin primärvård enligt *Protos*, det förslag som svenska läkare står bakom. Distriktssköterskor och paramedicinare är förstas nödvändiga pusselbitar, även om vi i vårt förslag inte lika utförligt berört deras verksamhet.

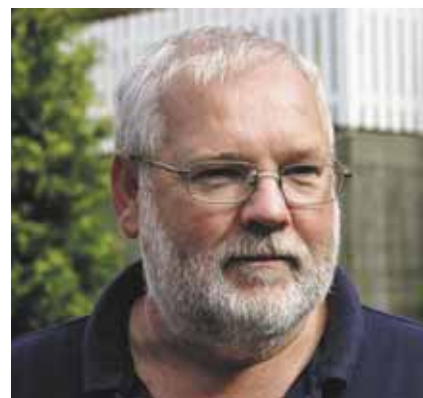
Anders Håkansson beskriver det gap som finns mellan den akademiska och den kliniska allmänmedicinen

i Tyskland. Även om vi kommit längre i Sverige så behöver vi bli ännu bättre på att låta vetenskap och klinik korsbefrukta varandra. Vetenskap och klinisk praxis skall då ses som jämbördiga kompetensområden, där det inte enbart handlar om att vetenskapliga rön i ett uppifrån- och-ned-perspektiv skall tillämpas i klinisk praktik, utan också att kliniska erfarenheter – och i slutändan klinisk nytta – både blir incitament till vetenskapliga studier och avgörande för deras värde. *Sven Ferry* fick ett välförtjänt pris vid kongressen och det finns många andra allmänläkare som också genomfört studier med stor relevans för det dagliga arbetet på en vårdcentral.

När SFAM:s hopslagna råd för kvalitet och informatik träffade nordiska kollegor märkte vi att det finns mycket gemensamt att diskutera där vi kan lära av varandra. Det vore dumt att inte utnyttja varandras erfarenheter. Föreningens övriga råd och nätverk kan nog också ha mycket att vinna på att samarbeta med sina motsvarande nordiska nätverk. Den gemensamma nordiska stiftelsen för allmänmedicin kan kanske vara en lämplig ram för utvidgat samarbete.

Redaktionen gläds åt att *Anders Hernborg* utnämns till hedersdoktor. Han startade för snart sex år sedan nätdiskussionsgruppen *Ordbyte* inspirerad av dess norska motsvarighet *Eyr*. Ungefär 400 allmänläkare i landet är anslutna till *Ordbyte*, där det pågår en intensiv debatt i olika allmänmedicinska problemställningar.

Anders fungerar som ordningsman men bidrar också själv stort genom att oförtröttligt informera om värdefulla vetenskapliga rön. Att följa med i *Ordbyte* har utvecklats till att bli en omistlig fortbildningsaktivitet för svenska allmänläkare. På SFAM:s hemsida, som nu fått ett välbehövligt ansiktslyft, finns anvisningar hur man ansluter sig. Man behöver numera inte lösenord för att nå nätversionen av *AllmänMedicin*. Gå in på www.sfam.se och gör dina egna upptäckter!



Roland Morgell
Redaktör

* Notis

Bidrag till allmänmedicinsk forskning

Stiftelsen för allmänmedicin har tilldelat *Margaretha Löf-Johanson* i *Mörbylänga* 20 000 kronor då hon bland annat skall studera hur vården påverkar kvinnors amning. Tidigare forskning talar för att förlängd amningstid kan minska incidensen av bröstcancer.

ANNONS

Ordbytesskapare Medicine hedersdoktor

Anders Hernborg – Ordbytesskapare, inspiratör och ordningsman har av Sahlgrenska akademien utsetts till medicine hedersdoktor! Det blir promotion 22 oktober. Redaktionen gratulerar!

Anders Hernborg är 58 år, läste medicin i Lund och tog sin med. lic. 1973. Han blev specialist i såväl internmedicin som allmänmedicin 1980. Han har varit vårdcentralschef i Hede, Härjedalen, tjänstgjort utomlands ett antal år och är nu verksam i Halland som distriktsläkare.

Under 5 år i början på 80-talet tjänstgjorde Anders i Sida-ledda projekt som överläkare vid centralsjukhuset i Beira, Moçambique (vård av vuxentuberkulos), verkade som medicinsk expert för utvärdering av ett tuberkulosprojekt i Indien och som medicinsk expert i Luanda, Angola för utbildning inom ett program för basläkemedel i landets primärvård. Arbetet inkluderade förutom administrativa uppgifter, undervisning och utbildning av sjukvårdspersonal. Han skrev också under denna tid ett par vetenskapliga artiklar om obstetriska riskkomplikationer i Moçambique, samt sidoeffekter vid sulfabehandling som publicerades i *Gynecol Obstet Invest* och *Lancet*.

Anders Hernborg är en stark röst i den svenska läkemedelspolitiska debatten, och har stor erfarenhet av läkemedelskommittéarbete. Driver arbetet med läkemedelsfrågor i SFAM.L, föreningens läkemedelsråd, och har medverkat i ett flertal artiklar inte bara i denna tidskrift, utan också i *Läkartidningen*, *Dagens Medicin* och *Läkemedelsvärlden*. Han håller den evidensbaserade medicinens fana högt, och är väl bevandrad i den vetenskapliga litteraturen om läkemedelsbehandling. Hernborg medverkar ofta i

fortbildning om läkemedelsbehandling runt om i landet och har också föreläst på internationella vetenskapliga kongresser. I Göteborg deltar han som föreläsare på allmänmedicinkurserna och hans bidrag har där rönt stor uppskattning.

På *Infomedica* har han skrivit flera kapitel, bland annat om hjärt-kärlsjukdomar, men också om tuberkulos. Dessutom medverkat i *Fråga doktorn*-funktionen och besvarat över 2 000 frågor.

1999 startade han Ordbyte, och är dess ständigt påpasslige ordningsman samtidigt som han flitigt bidrar med vetenskapligt innehåll. Många allmänläkare (runt 400) följer debatten på Ordbyte så gott som dagligen, och hittills har över 6 000 debattinlägg publicerats. Han insåg tidigt nätdiskussionens möjligheter och har gjort en pionjärinsats på området.

”Hans största insats är hans medverkan i den läkemedelspolitiska debatten där kompetens, vetenskaplighet och skärpa har varit betydande.”

Så här sammanfattade professor Bengt Mattsson och Cecilia Björkelun på Allmänmedicinska institutionen i Göteborg motiveringen till hedersdoktoratet:

”Det är således på många områden som Anders Hernborg varit aktiv. Han har varit verksam både internationellt, nationellt och lokalt och hans insatser har betytt mycket för den nationella utvecklingen av primärvården och allmänmedicinen. Hans största insats är hans medverkan i den läkemedelspolitiska debatten där kompetens, vetenskaplighet och skärpa har varit betydande. Med stor saklighet och mod har han tillsammans med andra kollegor i allmänläkarföreningens Läkemedelsråd talat med en hög



Anders Hernborg

och kraftfull röst och betonat principerna för den evidensbaserade medicinen. Han är också en föregångsman i skapandet av nätdiskussionsgruppen Ordbyte som är en daglig inspirationskälla för många av landets allmänläkare. Att föra en vetenskapligt baserad kunskap till allmänheten i hälso- och sjukvård sägs vara universitetets tredje uppgift. Anders Hernborg har genom sitt omsorgsfulla och breda

arbete i *Infomedica* utfört denna typ av uppgift i flera år. Han har även betydande internationella kvalifikationer.

Vi anser att Anders Hernborg i flera avseenden kvalificerat sig för en högre akademisk utmärkelse och anser att han skulle vara en värdig och passande innehavare av ett medicinskt hedersdoktorat vid Göteborgs universitet.”

Det känns extra roligt att skapandet av Ordbyte nämns i motiveringen tycker vi i redaktionen. Det här är en stor framgång för såväl Anders som allmänmedicinen i stort. Må fanfarerna ljuda i Göteborg!

Anders Lundqvist

ANNONS



Akademisk allmänmedicin i Tyskland

Med stort intresse följde jag den presentation av den tyska allmänmedicinen, som Eva Hummers-Pradier gav under EGPRN-mötet i Göttingen i början på maj i år. Förkortningen står för European General Practice Research Network, forskningsnätverket inom europeiska WONCA, och jag är sedan många år SFAMs representant där. Denna artikel bygger i stort på Evas föredragning och mot en bakgrund av hur den praktiska primärvården fungerar diskuterar jag förutsättningarna för akademisk allmänmedicin i Tyskland.

Allmän praxis

Om du vill öppna allmänmedicinsk praktik i Tyskland måste du ha rätt utbildning och officiellt tillstånd. Sedan köper eller hyr du en lämplig lokal och anställer ett par medarbetare. Vanligen kommer du att arbeta ensam, eller möjligen i en liten grupp av kollegor. Du måste tycka om att tackla det komplicerade ersättnings-systemet.

På landsbygden är det brist på allmänläkare och du har lätt för att få etableringstillstånd. Dock kommer du att få jobba hårt och ta hand om 40–80 patienter varje dag. I den stora staden sitter du nära såväl sjukhus som universitet. Där finns redan alltför många allmänläkare och du tvingas köpa ditt etableringstillstånd för dyra pengar.

Patienterna har fri tillgång till alla läkare, såväl allmänläkare som specialister, och något listsystem finns inte. De betalar 10 Euro för konsultationen och behöver sedan inte betala på nytt förrän efter tre månader.

Akademisk allmänmedicin

Endast en tredjedel av universitetet har en allmänmedicinsk institution, som vanligen är liten med en professor, 1–4

forskare och en sekreterare. Övriga två tredjedelar har bara en heltidsanställd lektor, som har stora läraråtaganden utan egentlig infrastruktur.

Den vanlige allmänläkaren måste forska helt på sin fritid, utan ekonomisk ersättning och utan rimliga möjligheter till handledning. Eftersom forskning inte är meriterande, så är det bättre att hålla sig till patientarbetet. De få yngre forskarna på universitetsavdelningarna har det förmånligare, med tid avsatt för forskning och nära tillgång till handledning. Däremot har de svårt att samtidigt komma ut

”Av tradition är avståndet stort mellan de akademiska företrädarna och de vanliga praktikerna och intresset för forskning är litet bland allmänläkarna.”

i praxis. De allmänmedicinska lektorerna hinner knappast forska alls, på grund av sin stora undervisningsbörda.

För den som vill bli professor är karriärmöjligheterna goda, förutsatt att man är 53 år eller yngre och söker sig utanför sitt eget universitet. Om man sedan får goda arbetsförhållanden är en annan sak. Den akademiska miljön är strikt hierarkisk och utnämningsproceduren är långdragen och svärgenomskådig. Dock förefaller de formella kraven beskedliga. Man skall ha försvarat en avhandling, ha 6–12 publikationer och dessutom lärarfarehet.

Att få stöd från de stora forskningsfinansierarna verkar tämligen omöjligt, även för de vetenskapligt meriterade allmänmedicinerna. Däremot finns särskilda medel avsatta för utveckling av



Anders Håkansson

framgångsrika allmänmedicinska forskningsmiljöer och hittills har institutionerna i Göttingen, Heidelberg, Frankfurt och Marburg fått sådana resurser. Det finns också sex årliga stipendier, motsvarande två års heltidstjänstgöring, att söka för yngre allmänmedicinska forskare.

Den vetenskapliga föreningen heter DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), och den ger månatligen ut tidskriften ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin). Dock är ännu så länge bara 1500 av totalt 50 000 allmänläkare medlemmar.

Problem och möjligheter

I primärvården finns inget listsystem och ingen grindvaktsfunktion. Man kan således inte göra några populationsbaserade studier. Dokumentationen är dessutom väsentligen ostrukturerad. Av tradition är avståndet stort mellan de akademiska företrädarna och de vanliga praktikerna och intresset för forskning är litet bland allmänläkarna. Dessutom är det svårt att kombinera forskning med praktik, antingen man är vanlig allmänläkare med intresse för forskning, eller yngre forskare med ambitionen att öppna en egen läkarmottagning. ►►

Dock har man en livaktig vetenskaplig förening, om än liten, och en månatligt utkommande referentgranskad tidskrift. Det finns också en del särskilda forskningsanslag tillgängliga. Dessutom ökar kraven på undervisning i allmänmedicin under läkarnas grundutbildning, och förhoppningen är att detta skall ge en tillväxt av de akademiska miljöerna samt ett ökat akademiskt engagemang bland allmänläkarna.

Jämförande reflektioner

Jämfört med Tyskland är det uppenbart att den svenska akademiska allmänmedicinen kommit en bra bit på vägen, även om man många gånger önskar att vi kommit ännu längre. Vi har fungerande allmänmedicinska miljöer vid samtliga universitet med läkarutbildning och våra insatser i läkarnas grundutbildning är vanligen ganska omfattande. Vi har pro-

fessorer och lektorer i allmänmedicin vid varje universitet och många allmänmedicinare genomför forskarutbildning. Vi har också en välfungerande vetenskaplig förening, där medlemskapet ger prenumeration på en svenskspråkig och en engelskspråkig tidskrift.

Däremot skulle det behövas betydligt fler medel specialdestinerade till den allmänmedicinska forskningen, för finansiering av både de som just genomför sin forskarutbildning och de som nyligen disputerat. Allmänt sett skulle vi också behöva en bättre ordning i vårt primärvårdssystem. Som det nu är, så har man svårt att förklara för sina utländska kollegor hur den svenska primärvården egentligen fungerar, dels på grund av de många gånger stora olikheterna mellan landstingen, dels på grund av den ryckighet som kännetecknar primärvårdspleneringen i många landsting.

Kommande EGPRN-möten

Höstens EGPRN-möte (20–23 oktober) äger rum i Tartu, där Estlands enda läkarutbildning finns. Temat är ”*Research on diabetes in general practice*”. Vårens möte är ett samarrangemang mellan Danmark och Sverige. Det preliminära temat är ”*Research on medical education in general practice*”. Sannolikt kommer huvudmötet att äga rum i Köpenhamn (11–14 maj), medan förmötet förläggs till Malmö. Du som är intresserad av något av dessa möten, eller av att bli medlem i EGPRN för åren 2005–07, får gärna ta kontakt med mig.

Anders Håkansson

Professor i allmänmedicin vid Lunds universitet
Universitetssjukhuset MAS i Malmö
anders.hakansson@med.lu.se

Alkohol – Hur upptäcka högkonsumenter i primärvården?

Svenska folket dricker mer alkohol än någonsin tidigare under de senaste hundra åren, vilket borde motivera ökade preventiva insatser. Vilka strategier är bäst på en vårdcentral för att identifiera högkonsumenter?

Vid Socialmedicinska institutionen i Östergötland studeras olika möjligheter att förebygga alkoholskador. Bland annat genomförs inom primärvård och vid Försäkringskassan kartläggning av kunskaper före och efter utbildning, uppföljning av patienter med alkoholrelaterade olycksfall vid lasarett, screening vid örönklinik, datorbaserad screening samt samtal om alkoholvanor med ungdomar som söker på akutmottagning eller studerar på högskola.

Kjell Johansson har med enkäter och fokusintervjuer inventerat i vilken utsträckning patienterna kan erbjudas livsstilsrådgivning inom primärvården. Av de patienter som besvarat enkäten hade

16,3% fått råd om motion, 13,3% om kost, 8,8% om tobak men endast 4,7% om sin alkoholkonsumtion. De preventiva insatserna begränsas i praktiken av att sjukvårdsarbetet behöver prioriteras. Istället för en allmän screening föreslås att man skall försöka identifiera patientgrupper med högre risk för överkonsumtion av alkohol, så att rådgivningen kan begränsas till dem. Denna modell prövades vid två vårdcentraler i Linköping, men det visade sig vara svårt att identifiera rätt patienter. Möjligen tyckte man sig se att patienter som sökte för lungbesvär och psykiska problem hade något högre alkoholkonsumtion, men det var inte statistiskt säkerställt.

I avhandlingen ställs förhoppningen till att framtida studier skulle kunna identifiera dessa patientgrupper. Tanken att försöka identifiera riskgrupper, så att man kan fokusera insatserna är god, men såsom framgår av avhandlingen är detta är lättare sagt än gjort. Visserligen har Socialstyrelsens epidemiologiska en-

het beskrivit vilka slutenvårdsdiagnoser som ofta är associerade med alkoholmissbruk, men dessa diagnoser kanske inte är relevanta för att i primärvården hitta överkonsumenter i ett tidigare skede. I andra studier har man utvecklat enkla screeningfrågor som kan användas t.ex. i väntrummet. Kanske detta skulle kunna vara en bättre strategi? Nästa steg blir sedan att hitta metoder att motivera patienterna till nödvändiga livsstilsförändringar. Men detta berörs inte i denna avhandling.

Holger Theobald

Stockholm
holger.theobald@klinvet.ki.se

Datum: 1 april 2005

Avhandling: Towards a new strategy for systematic screening for hazardous and harmful alcohol consumption in primary health care.

Författare: Kjell Johansson

Institution: Socialmedicinska institutionen i Linköping

ANNONS

ANNONS

Kontakt med 222 individer under en vecka som distriktsläkare

Som distriktsläkare är man personlig doktor för ett antal individer. Kontakterna varierar till art och intensitet över tiden. När vi försöker presentera vårt arbete räknar vi ofta antal besök eller liknande. Jag har funderat över hur många individer jag på något sätt har kontakt med under en vecka? Hur många "världar" går jag in i och ut ur under tre och en halv arbetsdag? Vi har ju med oss vår kännedom om patientens värld även när vi bara ordinerar patientens fortsatta Waranbehandling för nästa period.

Metodik och förutsättningar:

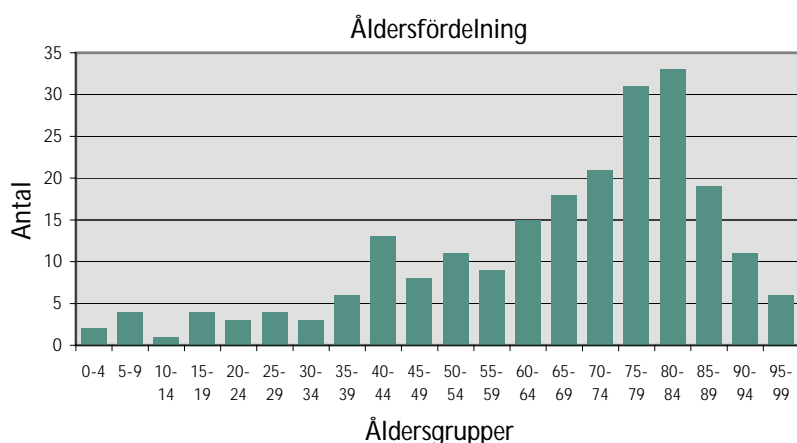
Under en vecka i mars 2005 skrev jag löpande upp de individer som passerade revy under arbetets gång. Jag noterade patienten vid det första tillfället som han/hon aktualiserades. Vid slutet av de två veckorna närmast före studieveckan hade jag nollställt mitt arbete, så att det inte skulle vara uppdämda arbetsuppgifter som kom flödande. Jag arbetar nu 3,5 arbetsdagar per vecka motsvarande 30 timmar/vecka och har varit distriktsläkare sedan 1978 inom i princip samma område. Vi har ingen listning.

Resultat:

222 individer aktualiserades under denna vecka, därav 91 män och 131 kvinnor. Åldersspannet omfattade åtta månader till 98 år med en median på 72 år och medelålder på 65,7 år (se diagram). I tabell 1 har jag detaljerat beskrivit i vilket sammanhang patienten först aktualiserades denna vecka. Ungefär 30 procent av personerna aktualiserades i samband med direkt patientarbete såsom besök och telefontid. Till detta räknar jag även vårdplanering vid besök på ålderdomshem. 70 procent av min arbetstid är schemalagd för detta arbete. För resterande kontakter/åtgärder, som berör ca 70 procent av individerna, finns "patient-administrativ" tid avsatt och den motsvarar 15 procent (4,5 timmar) av den schemalagda veckoarbetstiden. Åtminstone en femtedel av individerna aktualiserades mer än en gång under veckan vilket gav ytterligare cirka 45 kontakter. I praktiken åtgick drygt 39 arbetstimmar. ▶▶

Tabell 1. De sammanhang då patienter aktualiserades (n=222)

Direkt patientarbete: (S:a 67 st=30,2%)	Besök akut	17
	Besök planerat	10
	Hembesök ålderdomshem	7
	Vårdplanering ålderdomshem	8
	Telefontid	10
	Rökavänjn.grupp	10
	Affektskola (grupp)	5
Undersökningssvar: (S:a 27 st=12,2%)	Provsvär	17
	Röntgensvar	8
	Fys.lab.svar	2
Frågor: (S:a 8 st=3,6%)	Samtal sjuksköterska kommun	4
	Fråga fr sjukgymnast	1
	Fråga fr diabetessköt.	1
	Förfrågan fr försäkr.bolag	1
	Fråga fr tandläkare	1
Ordinationer: (S:a 30 st=13,5%)	Ord. prov inför återbesök	1
	Skriva recept	19
	Waran-ordinationer	8
	Sjukskrivn. via indir. kontakt	1
	Träffat pat. på gatan	1
Besked: (S:a 29 st=13,1%)	Bltr-mätn.besked fr distriktssköt.	2
	Meddel. om återbud till besök	2
	Remissbekräftelse	1
	Meddel.fr FK	1
	Epikriser/ant. fr klin.	8
	Journal fr korttidsboende	1
	Efterskickade papper fr klin.	2
	Ant. fr Jourläkarcentral	5
	Remissvar	7
Signera journal: (S:a 61 st=27,5%)	Signera journalanteckningar	61



ANNONS

Diskussion:

Att vara distriktsläkare är att delta i dramer, nästan såsom i "Tusen och en natt", där man går in i och ut ur olika världar i en kaleidoskopiskt skimrande verksamhet. Att gå in och ut alla dessa världar är ju också jobbigt och ibland kan man känna att rubriken på en beskrivning av arbetet kanske istället skulle vara "Rapport från en distriktsläka-

res skurhink". Ett råslit med en mängd splittrande och ansvarsfulla arbetsuppgifter som berör många personer och där en stor del av arbetet får göras på mycket komprimerad tid. Ofta deltar vi i spännande händelser och ibland fungerar vi mer som "hälsokamrater". Med åren knyter man kontakt med fler och fler personer om man arbetar kvar på samma ställe. Var och en dyker kanske

inte upp så ofta men på en vecka blir det ändå många individer som aktualiseras. Sammantaget är det en stor tillgång när patient och doktor lär känna varandra och lösningen av patientens problem blir genom den ömsesidiga kännedomen lättare.

Per Andrén, Växjö
per.andren@ltkronoberg

✱ Vetenskap & Utveckling

Medicinskt oförklarade symtom

I sjukvården stöter vi ofta på patienter med somatiska symtom utan påtaglig organisk orsak. Undersökningar som utesluter somatisk sjukdom och lugnande besked från läkaren befriar inte patienterna från deras besvär. Läkarna känner ofta frustrering och vanmakt inför problemens ogripbarhet. Allmänläkare har en nyckelroll i handläggningen av dessa patienters problem.

Aarhusläkarna Marianne Rosendal, Frede Olesen och Per Fink har sedan flera år studerat vad de kallar *Medically Unexplained Symptoms* (MUS) ur ett allmänläkarperspektiv. Rosendal och Fink gav en intressant genomgång av dessa tillstånd vid ett seminarium på den allmänmedicinska kongressen i Stockholm. De har även skrivit om detta i en BMJ-ledare¹ och andra artiklar, och fler är att vänta. Forskning visar att förbättringar behövs inom diagnostik, behandling och kommunikation. Läkare behöver bättre teoretisk kunskap om medicinskt oförklarade symtom samt praktisk träning i handläggning och behandling, då både grundutbildning och specialistutbildning för allmänläkare fortfarande försummar dessa områden.

Det finns stabil evidens för att specifika behandlingsprogram är effektiva. "The reattribution model" är en kognitiv orienterad strategi för behandlingen som kan tillämpas av allmänläkare efter kort utbildning (attribution: ett beteende förstås genom att en orsak anges i den yttre situationen eller hos personen). De

grundläggande stegen i modellen är att först få patienten att känna sig förstådd, sedan bredda synen på symtomen och att slutligen förhandla fram en ny förståelse av symtomen och de problem som är förknippade med dem. Modellen har testats relativt framgångsrikt^{2,3}.

Kommunikationen mellan patient och läkare är avgörande när symtomen inte kan förklaras medicinskt. Läkares vanliga metod, att försäkra patienterna att symtomen hör till normalt liv, visar sig otillräcklig. Om inte läkarens lugnande försäkran när den enskilda patientens specifika oro, blir effekten ofta en förstärkning av symtomen och en risk för konflikt. Studier pekar på att en förbättrad dialog mellan läkare och patient kan utveckla en konkret och djupgående förklaring som grundas i patientens problem. Men god kommunikation är inte nog i sig utan den måste inlemmas i specifika behandlingsprogram. Patienterna brukar förvänta sig ett både biologisk och psykologisk betraktelsesätt.

Författarna presenterade i våras en översikt av den klassifikation och begreppsbyggnad som förekommer i klinik och forskning om medicinskt oförklarade symtom⁴. I diagnosystemet ICD-10 finns dels biomedicinska diagnoser listade som syndromdiagnoser utifrån de organiska symtomen antas härröra (irritabelt tarm syndrom, spänningshuvudvärk, osv.), dels psykiatriska diagnoser (somatoform störning, dissociativ störning, osv.). När det nu växer fram ökade möjligheter för behandling av somatiserande patienter

blir det svårt att jämföra behandlingsprogram och resultat på grund av att vi ännu inte har överenskomna definitioner inom området. McWhinney har påtalat en annan aspekt, den att många problem skulle undvikas om läkare och patienter koncentrerade sig mindre på orsaker och mer på behandling⁵.

Patienter med medicinskt oförklarade symtom borde erbjudas en handläggning av samma kvalitet som patienter med definierade sjukdomar. Så sker inte i dag, men det finns nu tillräcklig evidens för att en förnyelse av handläggning och behandling kan starta.

Stig Andersson

Referenser

1. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms includes diagnosis, specific treatments, and appropriate communication. (Editorial). *BMJ* 2005; 330 (1 Jan.): 4-5.
2. Blankenstein A H. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. (Doktorsavhandling). Amsterdam: Vrije Universitet, 2001:1-129.
3. Morris R et al. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 263-67.
4. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23: 3-10.
5. McWhinney IR, Epstein RM, Freeman TR. Rethinking somatization. *Ann Intern Med* 1997; 126: 747-50.

ANNONS

Självstyre och inflytande

ST-forum i Stockholm har fått sina första färdiga specialister i allmänmedicin

”Vi jobbar för oss själva, men vi gör det tillsammans.” Så sammanfattar Jonas Westergren, nyfärdig specialist i allmänmedicin, det s.k. ST-forum. Han är en av de läkare som är först ut i den nydanande utbildningsmodellen ST-forum i Stockholm.

Självstyre, inflytande och nätverksbyggande tycker han varit de främsta fördelarna.

”Att vara allmänläkare är ett självständigt yrke. Vi är inte kandidater längre utan vuxna människor i främsta arbetsför ålder. Vi kan ta ansvar för vår utbildning och behöver även lära oss att tidigt förhandla med olika instanser.”

Eget ansvar

Att ta ansvaret har inneburit att själv ordna och hålla kontakt med sidoutbildningsplatser, att söka kurser, ordna föreläsningar och utbildningstillfällen. Gruppen av ST-läkare i södra Stockholm har varit mellan 45–50 stycken och gruppen har verkat gemensamt i det som kallats ST-forum. Det var egentligen resultatet av att hela primärvården i södra Storstockholm privatiserades under 2001. I samband med detta decentraliserades utbildningen för ST-läkarna. En betydligt större roll lades därmed också hos handledarna. Tillsammans med handledaren har en utbildningsplan upprättats av varje ST-läkare. För merparten har den reviderats vartefter. Varje år skickas skriftligen en rapport från varje ST-läkare till den s.k. beställarstudierektorn: en slags verksamhetsberättelse med redovisning av genomgångna kurser, placeringar osv. Den skrivs under av ST-läkaren, handledaren, verksamhetschefen och studierektorn. Efter varje rapport revideras så utbildningsplanen. Beställarstudierektorn är en husläkare i området som, på uppdrag från beställarkontoret ser till att såväl vårdcentralen följer ST-avtalet och att ST-läkaren uppfyller uppdraget.

Att förhandla en styrka

Suzanne Åhman är beställarstudierektor för ST-forum och tycker att det har varit roligt och spännande.

”Min roll har främst varit att smörja hjulen när det varit lite knepigt. Och så har jag varit med och utvecklat idéer och metoder. Studierektorn är en slags kvalitetsgarant. Jag har försökt att utveckla den genom att ha ständiga kontakter med handledare, verksamhetschefer och ST-forum”

ST-läkarna i ST-forum är alla fast anställda på respektive vårdcentral/husläkarmottagning. Det innebär att de alltså har ett vanligt anställningsförhållande, precis som vilket annat som helst på arbetsmarknaden. Utbildningen regleras genom två avtal. Ett mellan beställare och vårdenhet där det finns justerat de kvalitetskrav som ställs på vårdgivaren för att ersättning för ST-läkaren ska utbetalas. Det andra avtalet är mellan beställare och ST-läkaren och reglerar ST-läkarens rättigheter och skyldigheter.

Kontakt med andra kliniker

”Ett argument som ibland anförs emot vårt sätt att arbeta skulle vara att detta försvårat för ST-läkarna att få komma till andra kliniker. Men jag tror att motparterna i vårt sjukvårdsområde vänjer sig vid att det ringer doktorer som vill komma och jobba”, säger Suzanne Åhman.

En annan ST-läkare, Carina Widlund, menar istället att just detta faktum varit en styrka för ST-forum.

”Ofta har vi allmänmedicinare fått fylla en rad på storsjukhuset. Men när den rad inte automatiskt fyllts har vi kunnat ställa krav på ett helt annat sätt”, säger hon och berättar:

”Under mer än ett års tid var det ingen ST-läkare som ville komma och jobba på Södersjukhusets medicinklinik. Deras bemanning påverkades och till slut kunde vi förhandla oss fram till en bättre utbildningsmiljö för oss.”



Jonas Westergren

Själv bytte hon ett år på medicinkliniken på Södersjukhuset mot att arbeta i sjukhusets akutläkarprojekt. Det kompletterade hon sedan genom att jobba på Rosenlunds geriatriska klinik och på mag-tarmcentrum på Ersta sjukhus.

På ett liknande sätt gjorde Jonas Westergren sin sidoutbildning inom medicin. Han förlade en längre del till akutläkarprojektet där han även lärde sig akut ortopedi och kirurgi och sedan var han bland annat en längre tid på lungkliniken på Huddinge sjukhus.

”Jag ville vara på allergologen. Det kändes viktigt för mig”, kommenterar han.

Egen hemsida

Gruppen av doktorer, eller nätverket, har haft stor betydelse även på andra sätt, menar Jonas Westergren. Doktorerna träffas varje torsdag eftermiddag, antingen allesamman eller i mindre så kallade basgrupper. Gemenskapen är stor och olika typer av erfarenheter utbyts. Via hemsidan brukar kollegorna också tipsa varandra om det varit på en bra kurs eller välfungerande sidoarbetsplats.

Gruppen har också själva ordnat egna kurser. En studieresa har gått till Capri då man vandrade i Axel Munthes fotspår och övade konsultationsteknik. Inför resan hade ST-läkarna videofilmatiserat sig själva tillsammans med patienter. Materialet bearbetades och diskuterades. En uppföljning där även äldre erfarna kollegor bjöds in avslutade kursen. En annan kurs handlade om medicinsk etik och förlades till Kos. ST-läkarna organiserade allting själva, från planering till genomförande.

Anna Barnéus

ANNONS

Studierektorskonferensen Lilla Vik 19-20 maj



På spaning efter allmänmedicinens mål (Foto: Anders Lundqvist).

Ett femtiotal studierektorer i allmänmedicin samlades på Lilla Vik på naturfagra Österlen. Våren var sen även här och äppelträden skulle just slå ut i blom. Rapsfälten lyste i gult och bokskogen på Stenshuvud tog andan ur oss. Mesta tiden tillbringade vi inomhus emellertid.

Vi tog tjuren vid hornen direkt så att säga och startade med den nya målbeskrivningen. En förtrupp hade samlats innan och presenterade en del tankar kring det komplement som handlar om färdigheter. Helt klart finns det mycket åsikter, och det är svårt att skapa konsensus. Flertalet förespråkade en ganska hög detaljeringsgrad, inte minst de två ST-läkare som deltog

som gäster. Vi gjorde en SWOT-analys av det förslag till målbeskrivning som nu finns utifrån olika intressen – ST-läkare, handledare studierektor och även ämnesområdet allmänmedicin. Det blev ganska spretigt men tydlighet i direktiv vad gäller uppföljning är en genomgående styrka och avsaknad av detaljerade kompetenskrav enligt många en svaghet. Här finns en del kvar att göra för att uppnå enighet.

Det framkom att hälften av årets examinatorer gjort mitt-i ST. Nya ST-läkare kommer att ha gjort alla examensmomenten utom skrivningen fortlöpande under 5 års ST. Betydelsefullt med extern värdering ansåg många. Bra grund till

fortsatt livslångt lärande och eventuell framtida recertifiering.

Några skånska kollegor redogjorde från ömsesidiga utbildningsinspektioner mellan närliggande studierektorsområden – en slags SPUR i något mindre format. Det var vårdcentralerna som utbildningsmiljö som blev granskade. Erfarenheterna var uteslutande positiva och hade till effekt att man bättre kunde ange kravspecifikationer för vårdcentralerna när det gällde omhändertagandet av utbildningsläkare. Kanske lokala utbildningsinspektioner är ett sätt att uppnå samma mål som en SPUR-inspektion till en väsentligt lägre kostnad? Helt kan de säkerligen inte ersätta SPUR. ►►

ANNONS



ST-läkarna Maria Wolf, Stockholm och Pontus Stange, Jönköping. (Foto: Anders Lundqvist)

AT-studierektor är en relativt ny företeelse som presenterades. Vi diskuterade också erfarenheter av att börja AT med en månads introduktion i primärvården, resterande fem månader görs på slutet. Kopplat till detta finns ett huvudhandledarskap som utgår från vårdcentralen där de är placerade. Många har fått positiva reaktioner men någon utvärdering har ännu inte gjorts trots att en del hållit på i två-tre år.

Claes Tollin från Socialstyrelsen var speciellt inbjuden för temat utländska läkare.

När det gäller legitimationsfrågor pratar man grovt sett om nordiska länder, EU-länder respektive "tredje land", men specialfall från Ryssland och Kina blir föremål för extra noggrann granskning eftersom Socialstyrelsen har dåliga erfarenheter därifrån. I princip finns ingen väntetid vad gäller legitimationsfrågor som berör de nordiska länderna. Mellan EU-länder finns enligt EES-avtalet en praxis att man litar på varandras "papper". Har man legitimation från ett sådant land är behovet av pappersexercis inte så värst stort. Förutom intyg från en 6-årig läkarutbildning behöver man ett "certificate of good standing", som bevisar att man inte varit prickad i ansvarsnämnd eller figurerat i "malpractice-sammanhang". Intyg från genomgången

utbildning från tidigare öststatsland före 1993 synas extra i sömmarna. Språkrav är otillåtet enligt EU-fördraget, istället bestämmer de enskilda arbetsgivarna helt och hållet kraven.

Från tredje land blir det genast svårare. WHO har en lista på godkända medicinska fakulteter från hela världen. Arbetsförmedlingen kan bistå med äktetsgranskning. De som inte kan bevisa legitimation skickar alla papper till Socialstyrelsen. Språkrav Svenska B på KomVux (=gymnasiesvenska för de som inte har det som modersmål).

a) de som har tjänstgjort mindre än 5 år efter legitimation i hemlandet (dvs. saknar det som motsvarar svensk specialistutbildning) ska genomgå kunskapsprovet TULE som ges två gånger per år i Malmö, Göteborg och Stockholm. Snittet är mer än 2 provtillfällen per individ. Många har problem med patientbemötande. Dessutom behövs prov i samhälls- och författningskunskap. Det finns 3 möjligheter att skriva provet, därefter muntlig tentamen. Efter godkänt prov görs AT på samma sätt som läkare med svensk examen.

b) de som har tjänstgjort 5 år efter legitimation gör provtjänstgöring + kurs i samhälls- och författningskunskap. Under provtjänstgöringen är det AT-

läkarnas målbeskrivning som gäller. Detta innebär bland annat att de ska delta i jourverksamhet. Provtjänstgöringen innefattar 6 månader som inleds med 2 månaders auskultation. Det är den medicinskt ledningsansvarige som avgör om tjänstgöringen ska godkännas. Fortlöpande utvärdering är synnerligen viktig. En bra fråga att ställa är: om ni haft löneutrymme skulle ni ha anställt vederbörande? Viktigt att vara tydlig med anställningskontrakt som reglerar vad som gäller vid olika utfall av tjänstgöringen. I praktiken avbryts eller underkänns 1/3 av alla provtjänstgöringar.

Konklusionen var att viktigast för en utländsk läkare som vill verka i den svenska hälso- och sjukvården är att kunna behärska språket och dess olika nyanser. AT är en bra introduktion till vårt sjukvårdssystem och det är synd att regelverket inte föreskriver detta i högre utsträckning.

Läkarförbundet håller på med en översyn av studierektorsfunktionen, som ur ett nationellt perspektiv i nuläget är ganska spretig. Ett nationellt nätverk (specialitetsövergripande) är på väg att bildas. Kursdoktorn som drivs av Västra Götalandregionen har ett utbud på 24 olika kurser och 50% av deltagarna är ST-läkare. Kurserna är kvalitetsgranskade enligt SFAMs kriterier, ingen sponsring förekommer, men de är av kostnadsskäl inte granskade genom IPULS. Deras granskning är inte alls lika omfattande som SFAMs egen och det finns ingen egentlig vits att låta IPULS också granska. Risken är att det blir färre deltagare då kurspriserna går upp.

De sociala kontakterna är viktiga på dessa möten och Skånekollegorna såg till att vi trivdes. Utflykten till Stenshuvud var en höjdpunkt. Nästa års studierektorskonferens äger rum i Varberg och där blir det nya spännande diskussioner.

Vid pennan,
Anders Lundqvist

ANNONS

Alkohol – en svår fråga i konsultationen

En man i den tidiga medelåldern har fått en tid bokad av sin fru. Inte helt ovanligt med tanke på att männen i bygden sällan själva söker för vad de tycker är småsaker. Dessutom arbetar många i staden ett par mil bort och det är krångligt att ta ledigt för läkarbesök, framförallt om man inte är så sjuk så att man måste vara hemma. Han berättar snart att han besvärats av en del problem från sitt vänstra knä. Flera gånger om dagen läser det sig och han kan inte längre gå ner på knä på arbetsplatsen eftersom det då smärta för mycket efteråt.

Under tiden som jag undersöker knäet, som för övrigt krepiterar vid rörelse och ömmar över ledspringorna berättar han att han känt alltmer oro i bröstet den senaste tiden. Grabbarna har blivit stora och flyttat hemifrån, och dottern som är 20 reser runt i Asien sen några veckor tillbaka. Han säger sig ha en god relation med hustrun som han mycket riktigt påpekar att jag känner sedan en lång tid tillbaka. Han blir stel och besvärad då han pratar om sin oro som han inte riktigt kan sätta fingret på den. Tiden för detta ”knä” är med råge ute men en snabb riktad anamnes utesluter med stor sannolikhet en akut kardiell orsak till besvären. Vi bokar ett snart återbesök för att prata mer om oron i bröstet...

Fredagen efteråt träffas vi igen. Mer tid är avsatt och sedvanlig anamnes och status genomförs. En relativt god kontakt etableras. I journalen går bland annat att läsa ”Bröstor, ingen smärta vid ansträngning. Ingen palpationssmärta. Labprover väs. u.a. Blodtryck gränsvärde 175/85 får göra nya mätningar hos distriktssköterska. Psykiskt stabil och ger en god formell och emotionell kontakt. Röker inte. Dricker vin till helgerna, mer sällan i veckorna. Patienten vill återkomma för nytt samtal då han känner lättnad av att prata om obehaget”.

Fammis riskbruksprojekt – aktiviteter för ST-läkare

Riskbruksprojektet är inne på sitt tredje kalenderår och äntligen finns det ekonomiska medel att bedriva någon form av kvalificerad verksamhet. Det syftar till att skapa en diskussion kring alkoholen som en medicinsk faktor att ta hänsyn till. Detta utan att på något sätt fara fram med det stora moraliserande pekfingret. Riskbruksprojektet försöker skapa arenor för diskussion kring alkoholens fröjder och skadeverkningar samt hur vi på bästa sätt kan hjälpa våra patienter. Mannen i fallstudien ovan var en så kallad riskbrukare. Han hade absolut inget missbruk. Han skötte sitt arbete exemplariskt, hade goda familjerelationer och mycket liten heriditet för överkonsumtion av alkohol (en farbror drack lite friskt enligt en av sekreterarna...). Ändå visade det sig att han hade negativa medicinska effekter av sitt alkoholbruk. Hans oro accentuerades och blev stundom panikartad framförallt i samband med alkoholförtäring. Han var helt enkelt ”lite känslig” mot alkohol, han hade också svårt att låta bli tetrapacken på köksbänken. Vi träffades vid flera tillfällen, och han fick mediciner för sitt förhöjda blodtryck samt flera samtal med behandlingsmålet att minska hans oro.

Den här mannen är en av dem som jag har kunnat se på ett annat sätt genom de färdigheter som riskbruksprojektet har inneburit. Hans alkoholkonsumtion var inte så farlig tyckte jag... – han drack ju inte mer än doktorn! Med det lilla enkla tricket att halvera alkoholkonsumtionen blev patienten i detta fall märkbart förbättrad. Hans konsumtion minskade. Hur mycket vet jag inte riktigt, men det viktiga var att han själv upplevde en förbättring.

Att arbeta med hjälpsökande medmänniskor inom primärvården är både spännande och utmanande. De grupper som



innebär att man får lägga pannan i djupa veck tycker jag stundom utgör en speciell utmaning gränsande till att man ibland kan bli irriterad, dels för att de är så jobbiga och dels för att man själv inte riktigt räcker till. Riskbruksprojektet går till stor del ut på att läkare skall få kunskaper om alkohol, och tränas i konsultationsteknik med fokus på alkoholfrågor.

Vad krävs för att ST-läkare skall engagera sig i fortbildningsfrågor?

Får ST-läkare möjlighet att driva fortbildningsfrågor? Hur ser ST-läkares engagemang ut i inom svensk allmänmedicin? Vi vet av erfarenhet att läkarna måste beredas en plattform i form av tid och kunskap, inom sin ST-utbildning, för att driva sjukvårdsutvecklande verksamhet. Det måste även finnas ett kontinuerligt stöd från ST-studierektor, handledare, fortbildningssamordnare samt ST-läkarens verksamhetschef. Just i detta fall kan vi från Fammi stödja fortbildning på riskbruksområdet. Vi kan även samordna aktiviteter. Det vi inte kan göra är att finna de ST-läkare som har ett lokalt förtroende att delta i fortbildningsverksamhet samt även är intresserade därav. Vi kan inte heller kontakta varje verksamhetschef och handledare.

Vad är på gång?

Vi planerar en specifik ST-aktivitet, ett gemensamt seminarium för utbyte och ”regelrätt stöld” av idéer. Fokus är på fortbildning inom primärvården, synen på allmänmedicinsk kunskap och riskbruksaktiviteter i lika delar. Vi kommer även att erbjuda stöd i processtänkande och projektledning om det finns behov ►►

ANNONS

av det. Seminariet är förlagt till England, preliminärt i november/december, för program se www.fammi.se under fliken riskbruk. Genom riskbruksprojektet har vi nu en möjlighet och resurser att samla de ST-läkare som är intresserade av att driva fortbildning eller samordning av densamma lokalt i sitt sjukvårdsområde. Grundtanken är att fortbildning till stor del drivs lokalt, men att Fammi i detta fall kan stödja med kunskap och stundom ekonomiska medel. Kostnaden för seminariet inklusive resa bokas för ST-läkare via Fammi och täcks av projektet. Deltagarantalet är begränsat. Hotellkostnad tillkommer. Vid intresse eller frågor skriv till robert.kristiansson@fammi.se senast den 31 oktober.

Tvårprofessionell konferens

Det finns i dagsläget åtta-tio landsting som söker nationella pengar och även åtar sig att driva ett utbildningsarbete inom primärvården inom området riskbruk. Fler kommer att ha inkommit med ansökan till regeringen innan slutet av september som är deadline. Det finns således en bas för att starta ett erfarenhetsutbyte mellan både erfarna specialister och ST-läkare. Den 25 oktober kommer företrädare för de olika yrkesgrupperna inom primärvården att inbjudas till en konferens kring riskbruk. Denna syftar till att diskutera begreppet, skapa ytterligare motivation samt klargöra samordningsvinster för att begränsa den egna arbetsinsatsen till det nödvändiga.



Robert Kristiansson
ST-samordnare Riskbruk
Fammi
robert.kristiansson@fammi.se

Metaanalys visar tveksam effekt av kolinesterashämmare

Den farmakologiska behandlingen av Alzheimers sjukdom har på senare år varit inriktad på att korrigera patienternas brist på acetylcholin i CNS genom att tillföra kolinesterashämmare. Tre substanser har använts, donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) och galantamin (Reminyl). De har fått stor spridning, inte minst i Sverige, men ändå har allmänläkare kritiserats för bristande användning av dessa läkemedel både från patientorganisationer och geriatriska specialister.

I BMJ den 6 augusti 2005 publicerade primärvårdsforskaren Hanna Kaduszkiewicz och medarbetare vid University Medical Center i Hamburg en systematisk genomgång av alla tillgängliga RCT (randomiserade kliniska studier) på dessa substanser. Författarna fann 22 studier och var och en av dem bedömdes enligt en antagen checklista för att testa den metodologiska kvaliteten.

19 av studierna visade gynnsamma effekter av behandling med kolinesterashämmare men skillnaderna mot placebo var små. Avsevärda frekvenser av biverkningar noterades. Det viktiga med genomgången är att den kunde påvisa allvarliga metodologiska brister i flertalet studier, vilket gör att deras validitet och reproducerbarhet är mycket begränsad. Författarna drar slutsatsen att den vetenskapliga grunden för att rekommendera behandling av Alzheimers sjukdom med kolinesterashämmare är tveksam.

Vilka skäl allmänläkarna än haft för att begränsa förskrivningen av kolinesterashämmare så har de handlat rätt. Än en gång visar det sig att läkare gör klokt i att hålla huvudet kallt och avvakta breda och pålitliga studier innan de börjar använda en behandlingsmetod på breda indikationer. Farmakologisk försiktighet är en dygd.

Stig Andersson

Referens:

Kaduszkiewicz, H et al. Cholinesteras inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005;321 (6 Aug.): 321-27.

Kan läkemedel förebygga ohälsa?

Ibland bota, ofta lindra, alltid trösta men framförallt aldrig skada, det är läkarnas uppgift. Till detta kommer en ökande förväntan att förebygga. Att inte bli sjuk är naturligtvis bättre än att bli dålig och sedan få behandling. Vi använder nu allt fler olika läkemedel mot ett ökande antal tillstånd och med allt lägre gränsvärden för intervention. Vad har vi då för underlag för att föreslå våra patienter att regelbundet ta läkemedel trots att de känner sig fullt friska? Dessutom med risk att behandlingen gör att de börjar känna sig sjuka eller upplever att sjukvården övertagit det egna ansvaret för hälsan. Läkare som ordinerar kontinuerlig läkemedelsbehandling tar på sig ett stort ansvar.

Den rapport som stiftelsen NEPI nu givit ut är därför mycket välkommen. Trots att häftet endast är 40 sidor får man både en generell beskrivning av problematiken, kunskap om olika mått för att beskriva läkemedels förebyggande effektivitet samt konkreta exempel på vinsten med behandling av blodfetter, blodtryck eller diabetes. Vi vet att behandling kan ha förebyggande effekt, men vår kunskap är bristfällig om hur stor är den och för vilka individer och vid vilka nivåer den gäller.

NEPI föreslår att man i varje område för de vanligaste och viktigaste preventiva långtidsbehandlingarna själv beräknar förväntade effekter. Hur man gör detta, det kan man läsa i skriften som varmt rekommenderas.

Svaret på rubrikens fråga blir alltså: Läkemedel kan förebygga ohälsa hos enskilda individer, men användning måste ske efter noggrant övervägande. För mätbara effekter på befolkningsnivå krävs livsstilsförändringar med rökstopp, ökad fysisk aktivitet och bättre kostvanor.

*NEPI rapport:
Kan läkemedel förebygga ohälsa?
Pris: 80 kr. www.swepharm.se*

Roland Morgell

ANNONS

”Stockholm i mitt hjärta ...”

CeFAM bjöd till kongress i huvudstaden

Sverige var värdland för den 14:e nordiska kongressen i allmänmedicin, och CeFAM i Huddinge stod för arrangemanget. Stockholm visade sig från sin bästa sida dessa junidagar med härligt sommarväder.

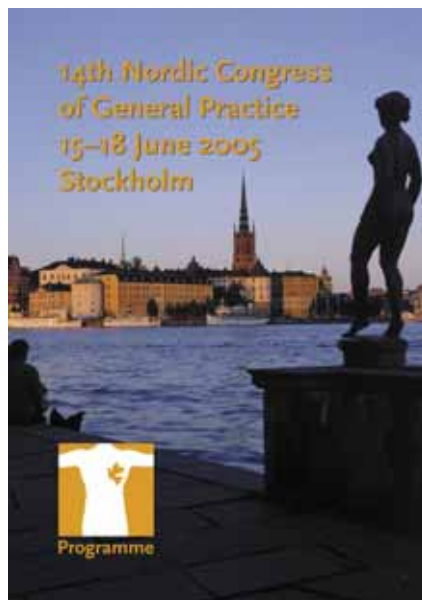
Monica Löfvander och Lars Agréus i egenskap av Congress presidents guidade oss genom det engelskspråkiga programmet. Temat var *General Practice in a Changing World* samt för avslutningsdagen *Democracy & Health*. Närmare 600 deltagare slöt upp på Karolinska Institutets ”southern campus” i Flemingsberg. Mer än 80 vetenskapliga arbeten presenterades i form av posters eller seminarier.

Bland de nordiska länderna kom flest deltagare i vanlig ordning från Danmark. Sverige hade närmare 200 deltagare och låg en bra bit före Norge. Från Finland och Island kom huvudsakligen deltagare som hade uppgifter som föreläsare i någon form. Här fanns också utomnordisk representation i viss omfattning (20 deltagare), vilket delvis motiverade att kongressen var engelskspråkig.

Ett annat motiv för engelskan som kongressspråk, låt vara av mer inofficiell karaktär, är att de finska kollegorna har svårt med danskan. Det är en styrka för nordisk allmänmedicin att kongressen har en internationell attraktionskraft, men något går tveklöst förlorat när vi ska kommunicera med varandra på ett språk där vi inte får fram rätt nyanser i formuleringar. Debatterna blir lätt lite kantiga. Inte minst märktes detta i det avslutande symposiet.

Här kommer några guldkorn som jag bevistade:

Gastric motility – does it matter in clinical practice var ett bra föredrag av Henrik Sjövall gastroenterolog på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg med en viss allmänmedicinsk erfarenhet i bagaget.



From teaching to learning – continuing professional development handlade om den nordiska fortbildningens villkor och bjöd på spännande diskussioner.

How shall we tackle "the risk epidemic" in preventive medicine – med professor Johann A Sigurdsson från Island berörde ett brännhett ämne.

Själv medverkade jag i en workshop om framtiden för de allmänmedicinska tidskrifterna i Norden och var värd för ett nordiskt redaktionsmöte som var spännande. Vi har mycket att lära av varandra samtidigt som våra villkor är helt olika.

Utposten i Norge är lite speciell eftersom den står helt och hållet fri från läkarorganisationerna. Den startade en gång som en slags reaktion mot ”centraliseringen” till Oslo och rekryterar en ny redaktion vart 5:e år i huvudsakligen genom personliga kontakter. Man är i hög grad beroende av annonsintäkter och här finns ett litet orosmoln i framtiden.

En reflektion jag gjorde nu och vid de två tidigare nordiska kongresserna jag varit på (Reykjavik 1987 respektive Trondheim 2002) var att de danska och norska kollegorna som regel har en be-

tydligt mer allmänmedicinskt utmejslad profil än de svenska, finska, och isländska kollegorna. På i stort sett samtliga områden, må det vara allmänmedicinsk praktik, vetenskap, fortbildning, ideologi, ligger man några steg före. Det känns inte heller som att gapet mellan praktisk och akademisk allmänmedicin är lika stort som här. Det är verkligen inspirerande att få stifta bekantskap med dessa kollegor. Höjdpunkten i det sociala programmet tycker jag var en sagolikt vacker sommarkväll på Stadshuset inkluderande buffé och rundvandring.

Att CeFAM, som är en av Europas största allmänmedicinska institutioner, var arrangör märktes tydligt i programmets utformning. Introduktionen tycker jag präglades lite väl mycket av CeFAMs behov av marknadsföring och för lite av känsla för vad det nordiska allmänmedicinska utbytet egentligen ska syfta till, nämligen att stärka den nordiska allmänmedicinen. Dominansen från CeFAM vad gäller svenska inslag var påfallande och ibland undrade man var de andra svenska institutionerna höll hus. Norrmännen talar ofta om utveckling av ”faget” och det saknas tyvärr ett bra svenskt uttryck för detta, men att stärka vår yrkesidentitet ligger ganska nära. Det är för mig och mina kollegor ett viktigt skäl för deltagande i dessa sammanhang.

Det senaste SFAM-mötet i Lund lyckades frambringa en känsla av att svensk allmänmedicin befann sig på rätt kurs. I sin helhet blev denna kongress ett tillfälle för CeFAM att visa framfötterna vilket man tog väl vara på, men något styrkebesked för svensk allmänmedicin i stort blev det inte. Allsången uteblev trots titeln ovan.

På nästa kongress som äger rum i Reykjavik på Island 13–16 juni 2007 hoppas jag att svensk allmänmedicin manifesterar sig bredare.

Anders Lundqvist

ANNONS

I Markus fotspår

Markus Beland, distriktsläkare från Jokkmokk, förmedlar här en del guldkorn från årets kongress. Följ med i hans fotspår.

Viviann Stenman introducerade om *Sami, Indigenous Minority in Nordic Countries*. Den egna vårdcentralens ST-kollega fick man förstås inte missa och det blev en lyckad presentation. Gick tyvärr inte på det intressanta symposiet om *Urbanisation and Mental Illness* där man bl.a. diskuterade konceptet "social capital" och brist på denna som sjukdomsalstrande faktor. Social kapital som "interpersonal trust between citizens, group membership that facilitates collective action and cooperation for mutual benefit." (Undrar i det sammanhanget om det inte finns ett samband mellan Sverige som kollektivistiskt och kulturellt mycket sammanhållet samhälle och det faktum man här har en av världens längst levande och friskaste befolkningar (visserligen sjukskriven i alltför hög grad men ändå...)

I symposiet om *Our stomach – the road to health* hann jag istället med Henrik Sjöwalls varning för de kommande motilitetsstimulerarna som förmenlig bot mot folksjukdomen "dyspepsi". "Be conservative, be paranoid! Don't prescribe them when they come, they will kill the public healthcare system!" – för de kommer att vara dyra och läkemedelsindustrin är mästare på att sälja.

How to tackle the risk epidemic, där Göran Sjönell, Johann Sigurdsson och Irene Hetlevik borgade för ett känt men inte desto mindre viktigt budskap som man inte kan höra ofta nog.

Johan Brodersen, Köpenhamn, visade den minimala vinsten gravida drar av screening för Down syndrom mot den stora osäkerheten den orsakar, den helt normala graviditeten blivit en riskdiagnos. Samma sak med screening för cervixcancer. Cellförändringar är ett continuum mellan normalt och invasiv

cancer. Alla kvinnor blir osäkra. Screening gör friska kvinnor mer otrygga än trygga.

Johan Sigurdsson, Reykjavik, visade än en gång den groteska riskepidemin som pågår, att ingen är frisk längre om man använder gällande riktlinjer som mått. Citerar Polonius i Shakespeares Hamlet: "Though this be madness, yet there is a method in it." Härligt!

Irene Hetlevik, Trondheim, associate professor i allmänmedicin, självkritiskt om hur hon i början av sin allmänläkarkarriär kände yrkesstolthet när hon tog många prover på friska patienter och hur hon fick dem att bli tacksamma för det fina "omhändertagandet" när hon förklarade avvikande provsvar för dem "in the most humane way". Fast, de var ju friska...

Hon drar en kort historik om blodtrycksbehandlingen, att den började för 50 år sedan för behandling av malign hypertoni, ett ofta letat tillstånd, men som idag har utvecklats till att sjukförklara/riskbehäfta större delen av den friska befolkningen. Hon hänvisar till Iona Heaths artikel sist i BMJ ("Who needs health care—the well or the sick?") och till ledaren i senaste Scandinavian Journal of Primary Health Care ("Individually based preventive medical recommendations – are they sustainable and responsible?").

Specialistmedicinen ser inte problemen med riskinflationen för de ser bara sin lilla facett medan allmänmedicinen ser vansinnet i sin helhet, blir min reflektion.

Lotte Hvas, Danmark, visade osteoporosreklam i nordn och reflekterade över motsatserna mellan bilderna som reklamen försöker att förmedla och verkligheten (ynklig, i riskzonen att smulas sönder inbördes med sina osteoporotiska ben mot den självständiga, trygga, allra oftast friska nordiska kvinnan).

En av de mest intressanta presentationerna gav Peder Halvorsen, distriktsläkare i Alta, tillika doktorand vid Universitetet i Odense. Han studerade bedömningen som patienter gör när de får presenterad en medikaments effektivitet i NNT respektive tidsfördröjningen med vilken en händelse ("adverse event") inträffar. Hade som exempel 4S-studien med NNT 13 för Simvastatin och hjärtinfarkt. Säger man till patienten att 13 patienter måste ta tabletten i fem år för att förhindra hjärtinfarkten hos en av dem, bestämmer sig de flesta för att ta tabletten ändå. Säger man istället att hjärtinfarkten genomsnittligen blir fördröjd med två månader om man tar tabletten i fem år, blir bedömningen en helt annan (inte bara för patienten skulle jag tro...?). Motsvarigheten för profylaktisk osteoporosbehandling blir 16 dagars genomsnittlig fördröjning av höftfrakturen efter fem års behandling...! Värden tar man fram genom att beräkna ytan mellan behandlings- och placebokurvan. Man vart faktiskt lite häpen. Han föreslår "ytmåttet" som standard för bedömningen av en medicins effektivitet.

Gå in på http://www.allmanmedicin.nu/congress/scientific_programme, där hittar ni alla sammanfattningar, Powerpointpresentationer m.m. som gavs på kongressen.



Foto: Ake Ohman

Markus Beland, Jokkmokk
markus.beland@nll.se

ANNONS

Nordiskt Kvalitetsmöte



Mingel utanför Stadshuset.

I anslutning till kongressen träffade SFAMs råd för kvalitet och informatik på Fammi nordiska kollegor för en dags diskussion om kvalitetsarbete i de nordiska länderna. DSAM (Dansk förening för almenmedicin) och NSAM (Norsk förening för almenmedicin) och SFAM har etablerade nätverk för kvalitetsutveckling medan Finland och Island ännu inte kommit lika långt.

Alla nordiska länder använder datoriserade journalsystem, vilket ger möjligheter till jämförbara uppföljningar om relevanta data registreras enhetligt. För viktiga diagnoser har både Danmark och Norge elektroniska blanketter för att lämna uppgifter till centrala kvalitetsregister. I Norge ersätter dessa registreringar delvis "den vanliga journalen", medan danska läkare än så länge måste registrera samma data både i journalen och till registret, varför många avstår trots att särskild ersättning utgår. Även i Sverige krävs dubbelregistrering vid inrapportering till exempelvis *Nationella Diabetesregistret*. Eller är det någon som löst detta? Skriv i så fall till *AllmänMedicin* och berätta!

Danmark

Via Internet kan läkarna lätt få fram lokala och nationella kliniska riktlinjer genom att klicka på en diagnos i patientjournalen. Något som vi i Sverige borde

ta efter, när olika landsting nu lägger ut egna lokala och regionala riktlinjer (se föregående nummer av *AllmänMedicin*). Primärvården använder olika journalsystem men har gemensam kodning av diagnoser, läkemedel, åtgärder (del av debiteringssystemet) och lab. Man har därför goda möjligheter att sammanställa jämförbara data. DSAM betonar att data endast skall insamlas om de används för allmänmedicinsk utveckling. Man strävar efter bättre samordning av forskning, kvalitetsutveckling och efterutbildning, varför man bland annat samlokalisat avdelningar för kvalitetsutveckling med allmänmedicinska institutioner (liksom skett i Stockholm).

Norge

För att behålla specialistbehörighet krävs recertifiering vart femte år, vilket förutsätter både fortbildning och granskning av egen verksamhet. NSAM får en viktig roll då antalet medlemmar fyrdubblats (sic) sedan medlemskap blivit obligatorisk för allmänläkare som är medlemmar i norska läkarföreningen. Man satsar starkt på fortbildningsaktiviteter i smågrupper (motsvarande FQ-grupper).

NOKLUS klinikk var från början uppföljning av lab-kvalitet men är numera utvidgat till klinisk uppföljning. *TRINNVIS* (stegvis) är ett projekt som

från början omfattade enbart datasäkerhet men har utvidgats till att omfatta hela praktiken genom att olika kvalitetsindikatorer har tagits fram för utvärdering av läkarmottagningarnas organisation, tillgänglighet, samverkan, patientsäkerhet, "rättvis vård" och patient-läkarrelation. Tanken är att detta inte bara skall stimulera till kvalitetsutveckling utan även synliggöra allmänmedicinen samt underlätta för patienterna att välja läkare.

Island

Man har inte någon tradition av egen uppföljning eller individuella fortbildningsplaner. Ledningen gör uppföljning av ekonomi och resultat (framförallt antal besök) men bland läkarna själva är intresset för kvalitetsutveckling svagt. Man har inte heller någon tradition av egen uppföljning eller individuella fortbildningsplaner. Det finns numera en handbok som stöd för kvalitetsutveckling på vårdcentraler och jämförelser kan underlättas av att alla använder samma datajournalsystem. Via *Allmänläkarförningens* forskningsfond erbjuds utbildning och man hoppas kunna visa att allmänläkarna själva kan göra bra saker, och på så sätt få anslag i fortsättningen.

Finland

Det finns inget kvalitetsråd utan det är intresserade läkare som på skilda håll ►►

ANNONS



Buffet i Blå Hallen.



Posterutställning inbjöd till kollegiala samtal.

arbetar med detta utan att träffas regelbundet. Brist på allmänläkare och tung arbetssituation gör att få har tid och ork till kvalitetsarbete. *Gångse vård* är en uppställning vårdprogram som främst utgår från sjukhusens behov. *OHTA* (motsvarar SBU) ger ut en medicinsk tidskrift. Några mottagningar är anslutna till *företagsponsade nätverk* som erbjuder sammanställningar av kvalitetsdata om diabetes, koronarkärlssjukdom, osteoporos, rökning, depression och alkohol.

Sverige

SFAMs kvalitetsråd redovisade sitt arbete med tio kvalitetsindikatorer som beskrivs i *Mål & Mått*. Än så länge har det gått trögt med att få in data. Det finns ett sextiotal kvalitetsregister inom olika specialiteter, dock ännu inget allmänmedicinskt. Gösta Eliasson berättade om Fammis prioriterade utvecklingsområden kvalitetsuppföljning, hemsjukvård och kompetensutveckling och att de dessutom arbetar med stöd till praksiskonsulter, tillgänglighetsfrågor och förebyggande verksamhet.

Nordiskt samarbete

Det är tydligt att vi alla vinner på att utnyttja varandras erfarenheter, där det är viktigt att identifiera både framgångsfaktorer och hinder. Kvalitet och utbild-

ning bör ses i ett sammanhang, så att fortbildning sker inom de områden där det gör mest nytta. En erfarenhet som återkom från alla de nordiska länderna var att man upplever det svårt att inom allmänläkarkåren få ett brett intresse för systematisk kvalitetsutveckling. Kanske det är vi själva som är det största problemet? Kanske det är en relativt ny tanke att systematisk och fortlöpande uppföljning av den egna verksamheten är en självklar del av vårt arbete och inte något som kan väljas bort? Eller är det så att allmänläkare är individualister och inte vill följa direktiv, och därför motsätter sig uppföljningar som man är rädd skall kunna missbrukas?

De nordiska kvalitetsrådsmötena har hittills varit informella. Formaliserat samarbetet skulle kunna ge ökad tyngd åt våra synpunkter vid kontakter med nationella och internationella myndigheter. Det finns många frågor där vi skulle kunna samarbeta. Vi beslöt att i första hand börja samarbeta om kvaliteten ur ett patientperspektiv. I Danmark har man funnit att tre frågor kan räcka för att täcka in patienternas viktigaste synpunkter på praktiken. Vi planerar att försöka samla in material för att studera skillnader i hur våra patienter betygsätter sina allmänläkare.

Roland Morgell

Utökat nordiskt samarbete

SFAM och de allmänmedicinska föreningarna i Danmark, Norge, Finland och Island har tidigare bildat en gemensam stiftelse – *Nordic Federation of General Practice /ApS* – med uppgift att ge ut vår vetenskapliga tidskrift *Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJP-HC)*. För att ytterligare stärka det nordiska samarbetet beslöt föreningarna att stiftelsen skall få utvidgat uppdrag, som bland annat innebär att fortsättningsvis stå bakom de nordiska kongresserna i allmänmedicin. Stiftelsens styrelse utgörs av föreningarnas respektive ordförande. Norska Anna Stavdal blir den ombildade stiftelsens första ordförande.

Sven Ferry prisad

Vid den nordiska kongressen fick Sven Ferry, distriktsläkare Umeå vårdcentral, pris för bästa vetenskapliga presentation, där han redogjorde för en studie av behandling av okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor. Åran är desto större eftersom flera bidrag höll hög klass.



ANNONS

Bok belyser läkares försvarsmekanismer

Denna intressanta och tankeväckande bok redogör för ett projekt, där man under fem år följt en engelsk balintgrupp, för att se om det skett några varaktiga förändringar av läkarnas försvarsmekanismer och deras sätt att arbeta och förhålla sig till sina patienter.

Boken består till största delen av fallbeskrivningar som diskuteras i gruppen och reflektioner kring hur dessa illustrerar olika försvarsreaktioner hos läkaren. Man analyserar hur försvarsreaktioner kan sätta käppar i hjulet för konsultationen. Det är en intressant infallsvinkel att fokusera på läkarens psykologiska mekanismer och försvar i förhållande till konsultationen, istället för att enbart diskutera patientens. Den dimensionen lyser ofta med sin frånvaro i våra vardagliga falldiskussioner kollegor emellan. Det blir lätt så att man "felsöker" patienten om konsultationen går snett och glömmer att det är en tvåvägskommunikation.

Det framkommer att denna aspekt, hur läkarens personlighet och egna försvar inverkar på konsultationen, traditionellt varit bannlyst som diskussionsämne i engelska balintgrupper. För mig kommer det som en överraskning, eftersom läkaren trots allt utgör relationens ena hälft. Vad denna forskningsgrupp velat göra, är att inkludera även *läkarens* inre och hur vi kan utvecklas. Jag kan inte undgå att reflektera över varför detta är ett så känsligt ämne för oss läkare. Är vi så rädda för att syna oss själva?

Huvudtemat är att vi som läkare, och i synnerhet familjeläkare, måste använda både vårt "*professionella jag*" och vårt "*personliga jag*" i konsultationen. Eftersom vi kommer mycket nära patientens personlighet och innersta känslor kan vi inte upprätthålla illusionen att det per-



Hur känns det, doktorn?
Salinsky, John och Sackin, Paul
Studentlitteratur 2004
ISBN 9144 033 850

sonliga jaget kan hållas utanför. Tricket är att hitta balansen. Man tillstår i boken att *något* slags försvarssystem måste finnas för att vi inte ska överväldigas av patienternas lidande. "*Det personliga jaget utsätts för stora faror om man för det med sig in på mottagningsrummet*", varför läkaren måste avväga när det ska släppas fram för att kunna känna empati, och när det ska dras tillbaka för att värna om objektiviteten och effektiviteten. Författarna gör en rolig liknelse mellan det personliga jaget och protoplasman i en amöba som flyter ut i pseudopodiet (det professionella jaget) när den senare fått kontakt med någon lämplig föda (patient). Det personliga jaget dras sedan snabbt in om det är fara på färde, dvs. när det personliga jaget hotas. De menar i boken att försvar ibland är adekvata, men bara när de står i proportion till hotet. När försvaren kopplas in är det dock ofta "mer sken än verklighet" och försvaren blir till hinder i konsultationen.

Beskrivningarna av de enskilda fallen var inte alltid lätta att följa med i då man försökte återge olika deltagares kommentarer. Ibland kändes det lite rörigt. Slutsatserna av studien var desto intressantare. Man utkristalliserade vanliga försvarsstrategier, som jag tror vi alla känner igen: *flytta fokus från själen till kroppen*; "det är ju trots allt det vi är utbildade för", (varför inte kalla det läkarens "somatisering?"); *hälsoföredrag istället för att lyssna på patienten*, det som Balint kallade den "apostoliska funktionen" eller *tillgripa "vårdcentralens rutiner" som argument*.

Vissa "varningsklockor" kan göra läkaren uppmärksam på att försvar mot känslomässigt engagemang börjar träda in. Exempelvis när läkaren är orolig, irriterad, bekymrad för att tiden är knapp, tillbakadragen och reserverad, kylig och föraktfull, arg eller rädd att förolämpa. Tanken är att man kan träna sig i stanna upp när man blir medveten om dessa känslor och fundera över om det egna personliga jaget står inför ett hot och om försvaret som tornas upp är adekvat.

Boken innehåller många tankeväckande fall, men den stora behållningen är den syntes där man sammanfattar vad som kommit fram och försöker ge konkreta råd kring konsultationen. En slutsats är att denna typ av diskussioner bör förekomma oftare i det dagliga arbetet och att det krävs en god handledning för att kunna arbeta med sina egna försvar. Förslaget att inrätta ett mer formellt mentorskap/handledning för läkare såsom för psykologer tycker jag är mycket relevant och bör föras upp på dagordningen.

Elisabet Jädersten
ST-läkare, Stuvsta vårdcentral
elisabet.jadersten@slpo.sll.se

ANNONS

Jämställd vård

– viktig rapport att diskutera

”Om sjukvården ska kunna använda sina resurser på ett effektivt sätt måste skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, sjuklighet, vårdtillgänglighet, omhändertagande samt resultat och kvalitet tas på allvar.”

Så skriver Socialstyrelsen, som med avstamp i en tidigare rapport (SOU 1996:133) nu följt upp med rapporten *Jämställd vård? – könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Denna rapport är ett synnerligen lättläst, läsvärt, digert och genomarbetat dokument på 140 sidor som kan laddas ner från www.socialstyrelsen.se. Utredarna har noga satt sig in i de senaste decenniernas forskning och presenterar sammanfattningar och referenser till kunskapsläget. Här finns mycket tänkvärt för allmänläkaren att ha med sig i sitt vardagsarbete. För forskningsintresserade belyses kvarvarande kunskapsluckor och prioriterade fält.

Rapporten tar avstamp i att kostnaderna för all sjuklighet år 2002 beräknades till 550 miljarder – 300 för kvinnors vård och 250 för män. Kvinnor går oftare till läkare. Tydligast märks det i primärvården i gruppen muskuloskeletala sjukdomar. Män i åldrar 0–24 och 64+ kostar mer i den slutna somatiska vården. Kvinnor kostar mer i ”medelåldern”, bland annat beroende på vård kring graviditet och förlossning. Kvinnor förskrivs fler mediciner, män får dyrare och nyare läkemedel.

Vad är då jämställd vård?

Män och kvinnor ska ha lika goda möjligheter att uppnå bästa möjliga hälsa genom likvärdig tillgång till bästa möjliga evidensbaserade sjukvård.

Könsskillnader förklaras ofta utifrån biologi eller sociokulturella villkor. Det finns anledning att vara försiktig med denna typ av teoretiska uppdelningar, eftersom kultur och biologi inte är åtskilda storheter. Våra kroppar är snarare

”inbäddade” i kulturen (1). Våra föreställningar och kunskaper om biologi, symtom och sjukdom är färgade av tidsandan (2). Minns hur vi för ett tjugotal år sedan mässade livsstilens betydelse för magsårspatienter; inte röka, stressa eller äta stekt mat. Under en kort period ertappades vi som falska moralister när *Helicobakterien* ”uppdagades” som orsak. Men så svängde åter pendeln och sanningarna till större helhetssyn.

Genus är kön med helhetssyn (3). Det handlar om att förstå kroppsliga besvär utifrån såväl biologiska som sociala, strukturella och kulturella aspekter. Genus innebär inte en kategorisering i fastlåsta ”könsroller”, utan kan snarare ses som en ”tyst dirigent” som organiserar det dagliga talet om manlighet och kvinnlighet; vad som anses socialt acceptabelt och naturligt (4). Därmed är genus något föränderligt vi alla medverkar till att skapa och upprätthålla. Föreställningar om biologins och kulturens betydelse förhandlas ständigt i media, i mänskliga möten och i konsultationen, vi ”gör kön”. Hur vi resonerar, vad vi gör och säger har betydelse! Vår uppgift blir att se vårt eget förhållningssätt och att väga in maktstrukturer i mötet med den enskilda patienten! Vilka tolkningsramar och förutfattade meningar bär vi med oss, som läkare och som patient?

Vissa fynd i utredningen har vi allmänläkare anledning att begrunda och ta med oss i dagliga möten.

Skillnaden i livslängd minskar

Könsskillnaderna i medellivslängd har minskat. Män levde år 2001 i genomsnitt 77,5 år och kvinnor 82,1 år, d.v.s. 4,6 år längre än män. En del av utjämnningen beror på förbättrade sociala villkor och medicinska insatser. För sjukdomar som tidigare drabbade män hårdare, som astma, emfysem, gallsten, gallblåseinflammation, har skillnaderna utjämnats. Vid andra orsaker som har sin grund i lev-



Eva E. Johansson, allmänläkare samt docent vid institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå Universitet

nadsvillkor, som våldsam död, motorfordonsolyckor, alkoholrelaterad dödlighet och suicid har män fortfarande klart högre dödstal. En negativ trend är att kvinnors dödstal i lungcancer ökat kraftigt! Det är alltså främst inom den förebyggande och folkhälsoinriktade sektorn som stora skillnader mellan män och kvinnor kvarstår – en utmaning för primärvården!

Psykisk ohälsa ökar, speciellt bland kvinnor

En annan kraftigt negativ trend är ökad förekomst av psykisk ohälsa. I samtliga åldrar rapporterar kvinnor mer ångslan, oro och ångest än män. Självrapporterad psykisk ohälsa är inte bara en benägenhet att ”uttrycka sig” och söka hjälp, utan innebär en ökad risk för död inom fem år. Det finns ingen enkel förklaring till dessa könsskillnader. Skillnader i incidens och prevalens kan inte förklaras av genetiskt arv eller könshormoner, utan handlar om sociala villkor och hur genus ”sätter sig i kroppen” (5,6). Psykosociala stressfaktorer – ekonomiska svårigheter, liten beslutskontroll, våld och övergrepp, inlärd förhållningssätt som relaterande till andra, påtagande av skuld och skam, lågt självförtroende – står för den övergripande förklaringen. Så visar det sig också att kvinnor med utlandsfödda föräldrar och ensamstående kvinnor med barn har störst risk för depression.

Psykisk ohälsa går ner i åldrarna. Unga flickor rapporterar i ökad utsträckning symtom som huvudvärk, ont i magen, ångslan, oro och självska debeteende samt förskrivs oftare sömnmedel och ►►

ANNONS

antidepressiva. (Se figur). Självmoder bland unga har minskat (mest bland unga män) medan självmordsförsöken ökar (mest bland flickor 15–18 år). Det finns en uppenbar risk för medikalisering av ungdomars existentiella problem, speciellt unga kvinnors. Förskrivningen av antidepressiva till kvinnor, även i de yngre åldergrupperna, är dubbelt så hög som till män. Flera undersökningar visar på bristande beredskap för att bemöta barns och ungdomars psykisk ohälsa.

Sjukfrånvaro och socioekonomiska strukturer

Det är framför allt bland landstings- och kommunanställda kvinnor som sjukfrånvaron fortfarande ökar. I denna sektor arbetar 46% av alla kvinnor i åldern 20–64 år! Av kostnaderna för sjukpenning, förtidspension och sjukbidrag, år 2002 på 89 miljarder, gick cirka 55% till kvinnor och 45% till män. Den socioekonomiska strukturen förklarar mycket av skillnaderna – fler arbetare än tjänstemän har långvarig värkproblematik.

Arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad. Kvinnodominerade yrken har lägre status, lägre lön, kräver kortare utbildning, mindre utvecklings- och karriärmöjligheter, är mer monotona och erbjuder mindre beslutsutrymme. Sjukligheten är lägst i könsintegrerade yrken och högst i extremt könssegregerade yrken.

Värdutnyttjande och tillfredsställelse

Utredningen lyfter fram att svårtillgänglig och högteknologisk vård uppvisar könsskillnader. Kvinnor får färre bypassoperationer och löper större risk att dö efter operation. Inte bara kön utan ålder och socioekonomisk status påverkar behandlingstillgänglighet, vilket därmed "slår" till kvinnors nackdel. Kvinnor har t.ex. sämre tillgång till kataraktoperationer, delvis pga. att de är äldre.

Kvinnor är mer missnöjda med vården. De rapporterar oftare biverkningar av läkemedel, kanske pga. interaktioner av olämpliga kombinationer. De förskrivs mer psykmedicin, laxermedel och sömnmedel. 60% av alla ärenden i olika klagomålsinstanser berör vård av kvinnor.

Ofta handlar det om bemötande. Om vi utgår från att vården ger hjälp och håller god kvalitet borde kvinnors större värdutnyttjande leda till ökad tillfredsställelse? En alternativ förklaring är att kvinnor söker oftare för att de får mindre effektiv vård eller ett bristande omhändertagande. Ett exempel på detta kan vara den frustration kvinnor med kroniska smärttillstånd känner när det "vandrar runt" i den öppna sjukvården (7).

Områden att utforska

Rapporten riktar in sig på att efterlysa klinisk forskning som kan öka förståelsen av könsskillnader och brister i jämställdhet och framhåller följande områden som särskilt angelägna utforska med könsperspektiv:

- Bemötande och omvårdnad med könsspecifika aspekter av kommunikationsstrategier och kliniskt beslutsfattande.
- Effekten av interventioner som ökar kunskap om könsrelaterade faktorer och siktar mot att förbättra jämställdhet, t.ex. utbildningsinsatser om hur våldsutsatta kvinnor bemöts och hur ungdomars psykiska ohälsa omhändertas.
- Värkproblematik och psykisk ohälsa.
- Konsekvensanalyser av reformer och strukturella förändringar.

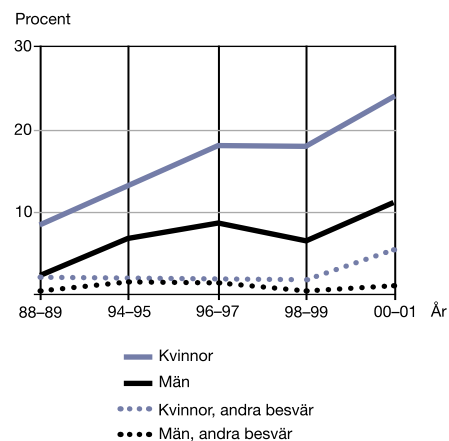
Sammanfattningsvis: det är inom det förebyggande och hälsoinriktade området som de verkligt stora genuskillnaderna finns. En bredare syn på vår läkargärning med samarbete med andra sektorer i samhället utmanas – frågor som är välkända för oss i primärvården.

Läs rapporten och begrunda genus betydelse i olika vårdssammanhang och sociala strukturer, i frågor om makt och i det enskilda patient-läkarmötet. Får du aptit på att läsa mer och diskutera så rekommenderas vår lärobok för studenter (8). Låt dig stimuleras till nya aspekter på ditt vardagsarbete och till forskning som gynnar utveckling mot en jämställd vård och hälsa för kvinnor och män.

Eva E Johansson, Umeå
eva.johansson@famned.umu.se

Psykisk ohälsa.

Figur hämtad från Socialstyrelsens rapport.



Figur. Besvär av ångslan, ångest eller oro. Åldersgrupp 16–19 år. Källa: ULF-undersökningen.

Referenser

1. Magnusson, E. (2005). Könets deprimerade betydelser: hur olika föreställningar om var "kvinnligt" och "manligt" kommer ifrån påverkar bemötande och behandling. Presentation vid Vetenskapsrådet konferens "Depressionens genusansikte-biologi och genus i samspel" dec 2004.
2. Johannisson, K., (2004). Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar. Stockholm, Norstedt.
3. Hamberger, K (2003). "Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. Viktigt att beakta män och kvinnor med helhetssyn." Läkartidningen 100 (49): 4078-4083.
4. Keller, E. F. (1995). Changing the subject of science and psychoanalysis: Problems of agency and authority in a post-modern world. Department of Science, Technology and Society, Massachusetts institute of technology, Cambridge.
5. Piccinelli, M. and G. Wilkinson (2000). "Gender differences in depression. Critical review." British Journal of Psychiatry 177: 486-92.
6. Kuehner, C (2003). "Gender differences in unipolar depression. an update of epidemiological findings and possible explanations. /erratum appears in Acta Psych Scand. 2003 Dec, 108(6):406/". Acta Psych Scand 108(3): 163-74.
7. Johansson, E. E., K. Hamberg, et al. (1996). "I've been crying my way" – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences." Family Practice 13(6): 498-503.
8. Hovelius, B. and E. E. Johansson, Eds. (2004). Kropp och genus i medicinen. Lund, Studentlitteratur.

ANNONS



Kurs i konsultation och video-supervision, Kalymnos, Grekland

På vår kurs 19–26 Maj 2006 finns fortfarande enstaka platser – se mera på www.fammi.se

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

Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, adjunkt, allmänläkare Charlotte Hedberg.

Deltagarantal: 24, som fördelas på 3 grupper med 8.

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



SFAM Stockholm informerar Medlemsmöten hösten 2005:

☞ Torsdag 1/9

**Hur hanterar sjukvården
läkemedlens miljöeffekter?**

☞ Onsdag 5/10

Mitt i ST; ST-dagen

☞ Torsdag 3/11

Medicinskt programarbete

☞ Onsdag 7/12

**LUT; allmänmedicinens roll i
grundutbildningen**

Läkarsällskapet, Klara Östra Kyrkog. 10, Klubbvåningen, klockan 18.00. Anmäl om du vill komma till samling med förtäring 17.30. Gamla och nya medlemmar välkomna!

Av ekonomiska skäl kommer vi fortsättningsvis göra utskick via e-post, anmäl din adress till sophy.rath@nlpo.sll.se

Information kommer också att finnas på vår hemsida www.sfamstockholm.se som är under konstruktion.



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

2005-08-09

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2005

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Linköping den 19–21 oktober 2005.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: helene.sward@sfam.a.se

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAM:s stadgar:

§7. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Plats: Konsert & Kongress, Linköping

Tid: Kl 16.00–18.00, onsdagen den 19 oktober 2005.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.nu) från den 19 september.

Välkommen!

Johan Berglund

Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin
Skeppsbron 34, 3 tr
111 30 Stockholm
Hemsida: www.sfam.se

Telefon kansli 08-23 24 05
Telefax 08-20 03 35
E-post kansli helene.sward@sfam.a.se

Postgiro 65 59 74-4
Bankgiro 5459-4866
Org nr 802009-5397

ANNONS

SFAMs nya hemsida – www.sfam.se

Nu finns SFAMs hemsida på nätet i ny skepnad. Du kommer dit med samma adress som tidigare.

Det går bra både med www.sfam.se och med www.sfam.nu

Ska man vara riktigt noga, vilket kan behövas på en del äldre datorer, så är adresserna <http://www.sfam.se> respektive <http://www.sfam.nu>

Vi hoppas att vi har fått med det viktigaste, och att det ska vara lätt att hitta. Den nya hemsidan är naturligtvis långt ifrån färdig. En del material har vi inte hunnit få med, men det ligger och väntar på att läggas ut under hösten. Ett och annat fel som vi själva vet om har vi inte hunnit rätta till. Och så är det allt det som vi själva inte har tänkt på ...

Vi vill ha en levande hemsida, med spännande, intressant, viktig och aktuell information, men samtidigt hålla en ganska stram ram så den inte flyter ut och blir oöverskådlig.

Lista över behövliga ändringar förs dels av Heléne Swärd, dels av Karin Lindhagen. Skriv en rad och skicka med e-post! Du hittar våra e-postadresser på hemsidan, eller här i tidningen.

Vi tackar Marie och Jamie på Solgården i Ljungaverk, som har hjälpt oss med teknik och layout. Vi tackar de SFAM-medlemmar som har bidragit med texter om sina delar av föreningen. Vi tackar Tommy Jönsson, som var redaktör för den tidigare hemsidan tills han avgick

ur styrelsen för snart ett år sedan, men som ändå har tagit sig tid att lägga in en del viktig information på den gamla hemsidan i väntan på att den nya skulle bli klar.

Läs – tyck – hör av dig!

Eva Jaktlund
eva.jaktlund@telia.com

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

PS. Om du får upp den gamla hemsidan så beror det troligen på att den ligger kvar i cache-minnet. Uppdatera med F5 eller Ctrl+F5, och se till att du inte har markerat "arbete offline".

Fördjupningskurs om KOL för allmänläkare 24–25 november 2005

SFAM:s nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare i samarbete med Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) genomför i höst ytterligare en fördjupningskurs om KOL för allmänläkare. Kursen omfattar två dagar med interaktiv fortbildning. Första dagen handlar om KOL med fokus på riskfaktorer, mortalitet och diagnostik. Andra dagen ägnas åt behandling vid KOL. Utbildningen genomförs med ekonomiskt stöd av Boehringer Ingelheim AB och Pfizer AB.

Plats: Kursen är förlagd till Tammsviks konferens, Bro
Kursavgift: 2 500 kr (inkl kost, logi och kursavgift). Om resa ej krävs är avgiften 1 250 kr.
Anmälan: Anmälan görs till Christina Mide, 08-721 21 26.
Sista anmälningsdag 14 oktober. Först till kvarn gäller.

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (nr 20050220)

Med vänliga hälsningar

Programkommittén

SFAM:s astma och allerginätverk:

Dr Björn Ställberg, Trosa VC
Doc. Gunnar Johansson, VC Nyby, Uppsala
Dr Per Olsson, Sjöbo VC

SLMF, Svensk Lungmedicinsk Förening:

Prof Kjell Larsson, KI, Stockholm

Boehringer Ingelheim AB:

Produktchef Peter Josefsson, 0708-582 134
Kurssekreterare Christina Mide, 08-721 21 26

Pfizer AB

Utbildningsansvarig
Kristina Sandberg, 0703-273 586

ANNONS



SFAMs höstmöte den 19–21 oktober 2005 Konsert & Kongress Linköping

Spaning

Vårt tema syftar på vår önskan att mötas i diskussioner om vart allmänmedicinen är på väg. Vad blir det av den personliga läkaren när Närsjukvården i planerarnas visioner konkretiseras i omorganisationer? Vilken riktning tar läkarmötet när den evidensbase-rade medicinen präglar läkarens och patientens förväntningar?

Programkommittén har en ST-grupp som utformat innehåll i flera seminarier. Vi vill också skapa en mötesplats för framtidens allmänläkare på vårt ST-café.

Välkomna till Linköping!
Gunnar Carlgren och Göran Sommansson
SFAM-Östergötland

ONSDAGEN 19 OKT 2005

10.30-12.00	Studierektorsmöte Ordförandemöte SFAM-NU Examinandmöte
12.30-13.45	Institutionsmöte Examinatorsmöte AKO-möte I (ansv. Sten Tyrberg) Skrivningsgenomgång
13.00-13.45	Läkemedelsreklam – hur påverkas vi? Kjell Gunnarsson, ST-läkare Josabeth Hultberg
14.00-15.30	Att utbilda sig till personlig läkare Göran Sommansson, Lena Svedin SFAM-IQ databasgrupp AKO-möte II
16.00-18.00	SFAMs årsmöte
19.00	Buffé, musik Kandels kapell



TORS DAGEN 20 OKT 2005

08.00-09.00 Registrering
Musik med Linköpings musikgymnasium

9.00-10.30 **Invigning**
Värd: Östergötlands läns landsting
Göran Rosenberg om konsten att vara människa.

11.00-12.30 **Finns närsjukvård utomlands?**
Quentin Shaw (England), Jesper Lund (Danmark), Kjell Martmann-Moe (Norge), Gunnar Carlgren och Martin Strömstedt
Kan komplementärmedicin och alternativ medicin (KAM) integreras i skolmedicinen?
Torkel Falkenberg, Anna Cullberg, Lena Lundgren, Anders Niklasson
Årets avhandlingar
Lars Borgquist

13.30-15.00 **Redovisning examensuppsatser
Protos i internationell belysning**
Benny Stålberg, Quentin Shaw, Jesper Lund, Kjell Martmann-Moe
Vad håller de på med? Praktisk introduktion till komplementärmedicin
Abdé Aldemir, Wolfgang Doerfler, Jan Arvidsson, ST-läkare Jacqueline Mudra
Utveckling genom uppföljning
Malin André, Sven Engström

15.30-17.00 **Redovisning examensuppsatser
Så här tar vi ansvar för kvalitén!**
Kjell Lindström, Johan Berglund, Per Stenström, Sven Engström
FAS-UT – konsten att sätta ut läkemedel
Claes Lundgren

Strimma live – kommunikationsundervisning vid Hälsouniversitetet
Mats Foldevi, Gunnar Mårdén, Christina Littke, Ulla Ahlström

18.30-19.30 **Diplomering av examinander**
Med Östergötlands allmänläkarkör

19.30 Bankett. Musik: Goodtimers

FREDAGEN 21 OKT 2005

08.30-10.00 **Medikalisering – doktorn, patienten och den farmakologiska revolutionen.**
Kirsti Malterud (Norge), Motzi Eklöf, Magnus Nord

10.30-12.00 **Hjärtkärlsjukdom och riskbegreppet: studierna bakom – en historisk resa**
Anders Hernborg, Jan Håkansson, ST-läkare Anna-Carin Lundin
Naturläkemedel i framtida vård

Eva Vegfors, Birgitta Lorentzson
Sårbarhet som styrka
Kirsti Malterud

Ryggont! Hur gör ortopederna?
Hans Tropp, ST-läkare Peter Lindstedt
Årets avhandlingar II
Lars Borgquist
Hemsjukvård/palliativ vård
Gunnar Carlgren

13.00-14.30 **Avslutningssymposium Inblick – Utblick**
Inblick står för reflexioner och tankar som väckts under mötet. Utblick handlar om framtidsperspektivet. Reflekterande samtal med företrädare för allmänmedicinen i regionen. Medverkande: Per Mattsson, Kjell Örtöft, Bengt Järhult, Carl Edvard Rudebeck, Marsa Berge, Lizabeth Bellander

Posterutställning

Deltagarna inbjuds att bidra till posterutställning.
Posteranmälan och förfrågningar ställs till goran.sommansson@lio.se

Organisationskommitté

Gunnar Carlgren, Göran Sommansson, Cim Elgeborg-Bengtsson, Per Mattsson, Anna-Carin Lundin, Marsa Berge, Kjell Gunnarsson, Mats Foldevi, Sven Engström, Christina Littke, Gunnar Mårdén, Ursula Kallstenius, Magnus Nord.

Förfrågningar

Gunnar Carlgren, gunnar.carlgren@lio.se
Göran Sommansson, goran.sommansson@lio.se
Cim Elgeborg-Bengtsson, cim.elgeborg-bengtsson@lio.se tel 013-224019

Anmälan via hemsidan www.sfam.se före 30 september.

ANNONS

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@slpo.sll.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@vgregation.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

Ansvarig: Ylva Johansson
ylva.johansson@lvn.se
Skr.: Marianne Ledström
marianne.ledstrom@lvn.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

Ordförande: Annika Eklund-Grönberg
08-524 887 39
annika eklund-gronberg@slpo.sll.se
och Ulf Måwe
0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Ordförande: Lars Borgquist
013-22 40 55
larbo@ihs.liu.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

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
0587-843 37, 070-374 91 31
bostad 019-29 10 82
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
021-15 03 80
jonas.jogreen@wineasy.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

NORRTÄLJE

Bengt Stegemo
0176-156 57
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
0480-819 63

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
0371-842 10
bostad 0370-971 10

KRONOBERG

Birger Ossiansson
0470-825 41
asa.ossiansson@telia.com

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

LUNDATRAKTEN

Ingrid Gustafsson
046-17 55 00, fax 046-13 76 74,
ingrid.gustafsson@telia.com

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 08-718 73 00
tomas.fritz@klinvet.ki.se
tomas.fritz@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@dfc.se

SFAM post.doc

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

Studierektorskollegiet

Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.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
Claes Hegen
claus.hegen@vgregion.se
Benny Lorentzon
benny.lorentzon@vgregion.se

SÖDRA ÄLVSBORG

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

SKARABORG

Trygve Lövoll
trygve.lovoll@vgregion.se
Per Angesjö
per.angesjo@vgregion.se

SFAMs kansli

Helene Sward
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"

Pris: 50 kr (inklusive moms) + porto/supplement

Antal

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@lblekinge.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör

Säffle

gits.joel@tele2.se

Anna Barnéus, adjungerad redaktör

ST-läkare, Hersby läkarmottagning,

Lidingö

barneus@hotmail.com

Katarina Liliequist, illustratör

Herrestads vårdcentral, Uddevalla

katarina.liliequist@gotanet.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB

Gunnar Brink

Box 29, 450 71 Fjällbacka

0525-323 52

fax 0525-329 29

gunnar@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Dan Johansson

415 02 Göteborg

031-707 19 30

dan@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB

www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör under tillsättning

Utgivningsplan för 2005

Nr	Manusstopp	Utgivning
5	18/9	2/11
6	31/10	15/12

Ny Tändning

I uppkommen villrådighet konsulterar adepten Andersson, här kallad AA, en av erfarenhet beprövad allmänläkare, mentor Nilsson, här kallad MN. Mötet äger rum på MN:s expedition.

MN: Välkommen, slå dej ner! Du har bekymmer?

AA: Tack, ja, verkligen! Jag har blivit mer och mer osäker över min framtid. Jag var ju stenhårt inriktad på dermatologin, hela AT blev ett utslag (!) av detta. Du vet, "största organet", "kroppens spegel". Alla tydliga morfologier, Björnbergs böcker, allt...

MN: ...och nu...?

AA: Under AT i allmän medicin fick jag upp ögonen, vaknade... förstod att det fanns nåt under huden, under skalet, jag ville in därunder...

MN: Du lutade åt kirurgin?

AA: Skojar du? Nej, jag ville djupare, kunna allt...kunna svara på alla frågor, förstå, ställa diagnoser...

MN: Du ville behärska... öh... läkekonsten?

AA: Jag brinner ju för det! Att kunna känna igen...förklara...behandla... allt!

MN: Och nu tvivlar du?

AA: Ja – och nej! Det är för mycket! Jag är för korkad, det blir kortslutning...

MN: ...Öh...du borde kunna mer?

AA: Exakt! Minnesbanken plundrad! Där allt låg på plats när man hört föreläsningarna. Ordning och reda. Systematik!

MN: Kan du inte repetera kurserna? Ta fram pärmar och böcker?

AA: Det gör jag jämnt! Men mina patienter står inte där! Utom förra veckan, en solklar angina Vincenti... men killen blev rätt nervös när jag informerade om spirocheterna, syfilis och det där... Men det var kull!

MN: All right, vi har ont om tid... Nu gör du så här:

1. Glöm att du är korkad. Du har börjat vakna, ett gott tecken.

2. Hoppa ner från omnipotestronen. Det blåser där uppe, t.o.m. patienten ser att du svajar.

3. Se med nyfikna ögon på mänskan framför dej. Nåt liv vid sidan om har han väl?

4. Du begriper inte hans problem. Du vet ej hantera dem. Bra. Bli inte rädd.

5. En lärosituation har uppstått. Tacka och ta emot. Fråga patienten vad han tror.

6. Försök begrip vad han säger. Avbryt inte. Låt honom berätta.

7. Nu börjar patienten tycka att han mött en jädra trevlig doktor, ung och intresserad.

8. Du slappnar av. Vågar säga till patienten att du vill försöka hjälpa honom.

9. Patienten tror dej. Särskilt när du så konkret meddelar hur du vill följa upp.

10. Efteråt: berätta för handledaren. Ta fram dina pärmar. Erfarenhet först – systematik sedan!

AA: Det ser ut som ett recept...

MN: Följ det! Men kom ihåg, det är bara vi gamla rävar som får vara så auktoritära i konsultationerna.

AA: Det känns lättare igen, jag vill tacka...

MN: Genom att skicka mej några utskrifter... Som visar en nytändning. Bifoga några Trisslotter. I vårt jobb ska vi älska överraskningar, de kommer stundligen. Står inget om i böckerna för övrigt.



Foto: Emelie Carlsson

Inge Carlsson
VC Tåbelund, Eslöv
inge.karin@telia.com

2005

September

Att vara personlig läkare – att använda sin egen person i allmänläkarrollen

27–30 september, Stiftsgården Vårdsnäs, Brokind, Östergötland, se www.vardsnas.com
Intresseanmälan: cim.eljeborg-bengtsson@lio.se

Nationell termkonferens

29–30 september, Kalmar

September-oktober

AAFP Annual Scientific Assembly i San Francisco

28 sep–2 oktober, San Francisco, USA

Royal Australian College of GPs i Darwin

29 sep–2 oktober, Darwin, Australien

Oktober

Nidaroskongressen i Trondheim. Norsk allmänmedicins kraftsamling.

17–21 oktober. Program finns på www.nidaroskongressen.no

SFAMs höstmöte i Linköping

19–21 oktober

November

Berzeliussymposium 64

Atrial Fibrillation - Scientific Evidence and Clinical practice
2–3 november, Uppsala.
För mer information se www.svls.se

Euract Council meeting i Wien

2–6 nov, Wien. I anslutning till detta arrangeras 5 nov ett symposium "Medical Education in Mental health care". Kontaktperson: monica.lindh@telia.com

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 november–2 december, i Stockholm

2006

Januari

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

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 värden

15–17 mars, Göteborg www.vitalis.nu

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



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