

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2005 ÅRGÅNG 26



Riskbruksprojektet – lyfter fram lokal fortbildning/sid 3

KBT-behandling i grupp vid vårdcentral/sid 9 • Protos – ett svenskt familjeläkarsystem/sid 39

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 korrigering, innan materialet skickas till Gunnar Brink på Mediahuset för layout. Skicka helst också bildmaterial.

Välkommen!
Redaktionen



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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Eva Johansson skriver om Socialstyrelsens rapport *Jämställd vård? – könsperspektiv på hälso- och sjukvården*.

John Salinskis bok *Hur känns det doktorn?* recenserar av Elisabeth Jädersten.

ST-forum i Stockholm med självstyre, inflytande, och nätverksbyggande som viktiga hörnpelare presenteras av Anna Barnéus.

Omslagsillustration:
Katarina Liliequist

3 Ledare

Riskbruksprojektet – lyfter fram lokal fortbildning
Anders Lundqvist

5 Avhandlingar

Uppföljning av egna data påverkar läkemedelsförskrivningen
Björn Wettermark
Kulturell förståelse av somatisering
Sofie Bäärnhielm

7 Vetenskap/Notis

Ångest och depressioner ökande problem i USA
Stig Andersson
Läkardagar – 1400 deltagare kan inte ha fel
Anne Weimar

9 Praktik

KBT-behandling i grupp vid vårdcentral
Sandra af Winklerfelt Hammarberg
Fahlgrens syndrom – en bortglömd diagnos
Elisabet Finné
Vad gör man av sina funderingar efter en dag på jobbet?
Kristian Svenberg

17 Notis/Avhandling

Barns miljö och hälsa
Äldres depressioner annorlunda än yngres
Karin Fröjd

19 Praktik

Legitimerad lindrare
Per Andrén

21 Konferens

Psykisk ohälsa – brukarnas och primärvårdens perspektiv
Stig Andersson

26 Recensioner

Tecknen – läkaren och konsten att läsa kroppar
Eva de Fine Licht
Medicinska ord på elva europeiska språk
Roland Morgell
FAS-UT – utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling
Anders Lundqvist
Famijemedicinens grundsatser
Jan Stålhammar
Ny upplaga av Kliniska färdigheter för grundutbildningen
Roland Morgell
Allmänmedicinens juridik – användbar klinisk handledning
Roland Morgell

35 Lokalföreningar

SFAM-Halland firar 10-årsjubileum
Pierre Carlsson
Diverse notiser

39 SFAM informerar

Protos – ett svenskt familjeläkarsystem
Protos – vad händer just nu?
Eva Jaktlund & Johan Berglund
SFAMs höstmöte
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Reflektion över ett möte i möbelaffären en söndag i mars
Karin Ranstad



Sandra af Winklerfelt Hammarberg skriver om arbetet med KBT-behandling i grupp vid vårdcentral. Sidan 9

”Ensam doktor, svåra patientmöten. Hur gör vi för att hantera känslor och situationer som griper tag i oss? Ett sätt är att skriva om upplevelsen.”

Kristian Svenberg har skapat en alternativ, litterär journal. Sidan 16



Eva de Fine Licht recenserar *Tecknen - läkaren och konsten att läsa kroppar* av Karin Johannisson på sidan 26.



Eva Jaktlund och Johan Berglund rapporterar om arbetet med Protos – förslaget till ett nationellt familjeläkarsystem. Sidan 41

ANNONS

Foto: Helene Friberg



Anders Lundqvist

Alkoholkonsumtionen i Sverige ökar oroväckande. Även antalet storkonsumenter ökar, både bland män och ännu mer bland kvinnor. Dessa ökningarna kommer vi inom loppet av några år att märka av i form av alkoholrelaterad ohälsa. Än så länge släpar sjukligheten efter.

Alkoholrådgivning i sjukvården är en av de tio mest effektiva alkoholpolitiska åtgärderna enligt SOU 2005:25 *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i en ny tid*. Som familjeläkare har vi stora möjligheter att bedriva individanpassad sekundärprevention i vardagssjukvården, även om betydelsen av detta arbete kanske inte alltid varit känt eller synliggjort. *Riskbruksverkstäder* och *motiverande samtal* har blivit populära fortbildningsaktiviteter för familjeläkare och våra metoder att förebygga livsstilsrelaterad ohälsa har finslipats.

Från regeringshåll knyts stora förhoppningar till en landsomfattande fortbildningssatsning på lokal nivå i syfte att ytterligare stärka vår kompetens att förebygga alkoholskador. På sikt är målet att ihop med andra åtgärder sänka totalkonsumtionen av alkohol och minska antalet storkonsumenter. Fammis *Riskbruksprojekt* erbjuder möjligheter till kompetensutveckling och som en positiv spin-offeffekt kan den lokala fortbildningen få en välbehövlig vitamininjektion.

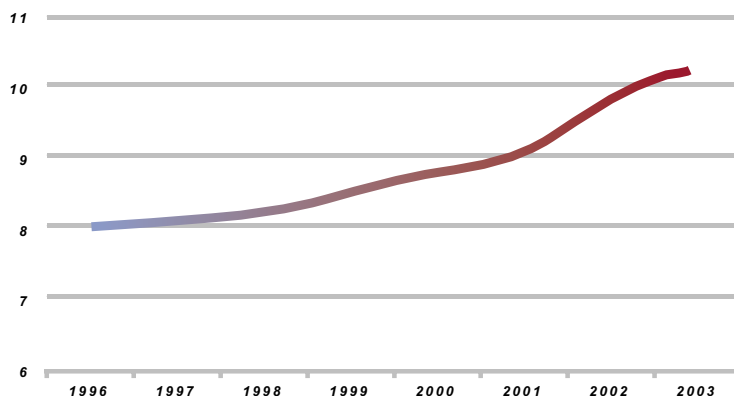
Projektets utgångspunkt är att samtal om alkohol ska utvecklas utifrån de problem som ges i den kliniska vardagen. Frågor om alkohol ska få

Riskbruksprojektet

– lyfter fram lokal fortbildning

Drickandet ökar

Liter alkohol 100% per svensk > 15 år och år



en självklar plats i den vardagliga hälso- och sjukvården, och resurser ska tillföras som motsvarar dess betydelse för uppkomsten av sjukdomar och skador. Arbetet ska syfta till att stärka individens förmåga att själv fatta beslut om hälsosamma alkoholvanor. Det ska utgå från och vidareutvecklas inom professionerna, och ske i samverkan med huvudmän och uppdragsgivare. Två komplementära ansatser gäller, dels en professionsinriktad och dels en arbetsplatsinriktad uppläggning. Statligt stöd kan ansökas för att bland annat genomföra fortbildningsaktiviteter, finansiera utvärderingar m.m. under en femårsperiod.

Detta ger oss ett gyllene tillfälle att stärka den lokala fortbildningen. Riskbruksverkstäder och motiverande samtal är genuint allmänmedicinska fortbildningsaktiviteter som lämpar sig utmärkt i det lokala sammanhanget. De kan fungera som modeller för andra interaktiva fortbildningsaktiviteter och få familjeläkare och ST-läkare att inse betydelsen av att vi själva tar ett samlat grepp om fortbildningen, istället för att som ofta varit fallet tidigare överlåta

initiativet till andra. Det kan stimulera aktivitet i lokala SFAM-föreningar, hos fortbildningssamordnare och studierektorer. FQ-grupper har möjlighet att arbeta med studiebrevet om Riskbruk och även genomföra audits.

I en tid då det allt som ofta talas om det gap av fortbildningsaktiviteter som uppstått i och med att förutsättningarna för läkemedelsindustrins medverkan i vår fortbildning förändrats, känns det uppfriskande med en satsning som bygger så mycket på det egna engagemanget inom professionen som denna. Tillsammans kan vi bidra till att skapa en bra lokal fortbildning.

Anders Lundqvist
Chefredaktör

Fakta

Mats Weström från Luleå företräder SFAM i Rådet för Riskbruksprojektet. Projektledare för delprojektet Motiverande samtal är Astri Brandell Eklund medan Charlotte Hedberg, Hans Hallberg och Renee Vickhoff tillsammans leder satsningen på Riskbruksverkstäder för familjeläkare. Robert Kristiansson håller på att etablera ett nätverk av intresserade ST-läkare.

ANNONS

Uppföljning med egna data påverkar läkemedelsförskrivningen

Apotekare Björn Wettermark studier visar stora variationer i läkemedelsförskrivning mellan olika vårdcentraler i Stockholm. Återkoppling med egna förskrivarmönster medförde ökad följsamhet till rekommendationer.

ett nationellt receptregister skapades 1997 för att erbjuda förskrivarna återkoppling i syfte att stimulera lokalt kvalitetsarbete. Björn har visat att återkoppling med förskrivningsprofiler på klinik/vårdcentralsnivå och för individuella läkare medförde diskussioner som ledde till ökad andel förskrivning av väldokumenterade och kostnadseffektiva läkemedel. Läkarna ansåg att återkopplingen var värdefull och var intresserade av sina egna profiler. Antal läkemedel som utgör 90 procent av för-



Björn Wettermark, glad doktorand, omgiven av opponent och hustru.

skrivningsvolymen (DU 90%) samt följsamhet till rekommendationer föreslås som kvalitetsmått. Metoden har visats vara användbar både för internationella jämförelser och för återkoppling av förskrivningsmönster till allmänläkare.

Roland Morgell

Datum: 17 september 2004

Avhandling: Drug utilization 90% – using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing.

Doktorand: Björn Wettermark, bjorn.wettermark@apoteket.se

Institution: Institutionen för laboratoriemedicin, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Institutet.

Handledare: Ulf Bergman, avd för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Opponent: Keith Beard, Glasgow

Kulturell förståelse av somatisering

Den nya vården i den nya världen. Så mycket har ändrats i Sverige idag och så mycket har vården förändrats. Inte minst mötet med människor med icke-svensk bakgrund. Den stora invandringsvågen kom redan för femtio år sedan med arbetskraftinvandrare, idag kommer flyktingar från mellanöstern och andra oroshärdar i världen.

Vi läkare måste lära oss tolka nya sätt som patienter uttrycker smärta, sorg, förtvivlan och psykosocial stress. Sofie Bäärnhielm, öppenvårdspsykiatriker i västra Stockholm, har studerat turkisk-svenska kvinnor som enligt remiss från primärvården "somatiserade" sina besvär. Som jämförelse gjordes intervjuer med svenska kvinnor. Vårdgivarnas erfarenheter utforskades genom fokusgruppsintervjuer. I avhandlingen finns ett intressant resonemang kring begreppet "somatisering" och de presentationssätt som individer använder i kulturella sammanhang.

De turkiska patienterna gav en form av prototyptänkande som skiljde sig mycket från den västerländska medicinska världens förklaringsmodell. För de turkiska kvinnorna var familjen den viktiga sociala enhet som de såg sammanhang i, medan de svenska kvinnorna hade vidare sociala utblickar, och de använde också i högre grad psykologiserande som aktiv coping. De turkiska kvinnorna använde "sjukdomen" – oftast smärta – som en kommunikation, men med tiden användes mer psykologiska modeller. Att kunna uppleva känsla av sammanhang i förändringsprocessen tolkades ha betydelse för patientens förmåga till återhämtning.

Avhandlingen koncentrerar sig på turkiska kvinnor. Eftersom en så stor del handlar om metoder och principiella diskussioner kring tolkningar i transkulturell vård, så är den läsvärd även för andra än dem med intresse för just denna invandrargrupp.

Sofie Bäärnhielm: Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm. Karolinska institutet 2003.

För klinisk vård visar avhandlingen att det är viktigt att behandlare tar del av patients sjukdomsförståelse. I mångkulturella områden måste primärvården ha stöd av organisatoriska och kliniska modeller för att anpassa arbetet till befolkningen, när det gäller att bemöta och behandla psykiska ohälsa (där den oftast har sitt ursprung i sociala missförhållanden).

Monica Löfvander
Monica.lofvander@klinvet.ki.se

ANNONS

Ångest och depressioner ökande problem i USA

Tidskriften The Economist rapporterar om amerikanernas mentala hälsa. Enligt ett flertal studier ökar antalet amerikaner med psykiska problem. Var femte vuxen amerikan lider nu av en diagnostiserbar psykisk störning. Ångesttillstånd är vanligast, 13 procent av befolkningen mellan 18 och 54 år, medan depressiv störning drabbar 9,5 procent. Kvinnor är mer drabbade än män, men den psykiska sjukligheten överskrider gränser för genus, klass och ras. En grupp som väckt uppmärksamhet är soldater som tjänstgjort i Afghanistan och Irak. Bland de hemkomna har fem procent sökt hjälp mot traumatiskt stressyndrom.

I USA är inte sjukskrivningar problemet, men de psykiska störningarna har stor påverkan på samhället. Psykisk sjuklighet

leder till frånvaro på arbetsplatser, individuella inkomstförluster och arbetslöshet. Ångest tycks spela större roll i USA än i andra länder. Bland tänkbara orsaker till detta nämns barndomstrauman och tidig drogkonsumtion.

Enligt the MacArthur Foundation, en stor stiftelse för forskning om mental hälsa, har de mentalsjuka tre stora problem: Gapet mellan forskningsresultat och aktuell behandling, gapet mellan psykiskt tillstånd och tillgång till behandling samt den fortgående stigmatiseringen av de mentalt sjuka. Betalningsförmågan styr till stor del tillgång till behandling. Folk med små inkomster får inte behandling. Har man haft en mental sjukdom är det nästan omöjligt att få en sjukförsäkring och försäkringsbolagens ersättningsregler stimulerar inte läkare till behandling av

psykiska problem. Men primärvårdens läkare spelar ändå en avgörande roll för hur de enskilda patienterna behandlas. De senare årens trend från psykoterapi mot medikamentell behandling oroar många. Debatten om de antidepressiva läkemedlens potentiella bieffekter är livlig, särskilt när det gäller behandling av tonåringar. Psykoterapeuterna lokaliserar sin verksamhet huvudsakligen till större och framgångsrika städer med många patienter som har tid och råd att åka till psykologen mellan golfgrundarna. Folk i de många små städerna, där så många oroliga och plågade amerikaner kämpar med sin tillvaro, letar däremot förgäves efter psykiatrer och psykologer som skulle kunna hjälpa dem.

Referens:

The Economist 2005, March 5th.

Stig Andersson

Läkardagar – 1 400 deltagare kan inte ta fel!

De danska praktiserande läkares kongress i november i Köpenhamn.

Ord, ord och flera ord! De faller som tunga regndroppar över tunga, nickande huvuden. Känslan av att det aldrig tar slut.

Den känslan har många, när man frågar, om de känner för att bli intensivt "mentalt vaccinerade" över en vecka – och så till på köpet på danska! Ord – alldeles för många ord. Men ord är inte bara ord. Orden som kommer fram på de praktiserande läkares årliga kongress, är oftast välvalda, sorterade efter ny vetenskap och serverade i "extrakt" under vänliga, ambitiösa och fackliga former. PowerPoint-presentationer gör det lätt att följa med i språket.

Korta kurser, långa kurser, hands-on-övningar – efterutbildning på många olika sätt, vilket gör att deltagarna tydligen törstar efter mera och kommer tillbaka år efter år. 1400 deltagare kan nog inte ta fel!

Läkardagar är de danska praktiserande läkares årliga efterutbildningsvecka. Lä-

kardagar hålls i år från den 14–18 november i Bella Center i Köpenhamn, och skandinaviska deltagare är mer än välkomna till att delta. Arrangemanget bjuder på nästan 100 kurser under veckan, och det är helt upp till en själv om man vill delta 1–2–3–4 dagar eller hela veckan. Du sammansätter ditt eget kursprogram, så som det passar dig bäst.

Kurserna varar från 1½ timme till en hel dag och fokuserar på allt från akupunktur, den alternativa medicinen, injektionstekniker, ledundersökning, sorg och kris, telefonen – "vad hör du", ögat sett från allmän praxis, till våld och våldtäkt. Det hålls kurser från 9.00–17.00.

Kurserna arrangeras av läkare för läkare. Det finns redan nu möjlighet att se listan över de planerade kurserna på www.laegedage.dk

Kurskatalogen kommer på nätet i augusti, och då kan man även anmäla sig.

Läkardagar öppnas på måndagen med prisutdelningar, kulturella inslag och ett



debattmöte om ett aktuellt ämne. Dagen avslutas med en buffé och lite underhållning.

Om du har frågor angående arrangementet, är du välkommen att kontakta Läkardagars sekretariat på lbp.plo@dadl.dk telefon +45 35 44 84 86. Vi skickar gärna en kurskatalog, när den ligger klar.

På återseende på Läkardagar 2005.

Anne Weimar
Kommunikationskoordinator,
Praktiserende Lægers Organisation, Danmark

ANNONS

KBT-behandling i grupp vid vårdcentral

Psykiatricentrum vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna har utvecklat en metod för KBT-behandling i grupp för patienter med ångesttillstånd. Vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg har man provat en modifierad modell, varvid man fick god effekt även för samtidigt förekommande somatiska symptom.

Patienter med olika psykiska eller stressrelaterade besvär, värkproblem eller diffusa kroppsliga symptom utgör en stor grupp med hög sökfrekvens, där vi inte har så mycket att erbjuda med somatiskt inriktade arbets sätt. Ångest med höjd stressnivå eller depression med nedreglering av kroppsliga och kognitiva funktioner kan bland annat medföra sämre immunförsvar, metabola förändringar, smärtnproblem, sömnrörning och ökad dödlighet [1, 2].

Många av dessa patienter upplevs som besvärliga. Trots ökad sjuklighet och dödlighet upplevs de dessutom ofta sätta prioriteringen ur spel genom sjukskrivning på tveksamma grunder och genom att ta resurser från patienter med "riktiga sjukdomar". Patienterna får ofta en uteslutningsdiagnos, vilket av många upplevs kränkande och liktydigt med simulering.

Medvetenheten att sekundär sjukdomsvinst påverkar sjukskrivning försvårar patient-läkarrelationen och kan försämra patientens symptom. Även i utbildning och forskning är denna grupp underprioriterad.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat god effekt vid ångestsyndrom, lätt till måttlig depression, smärta i rörelseapparaten, fibromyalgi och IBS [3, 4]. KBT inriktar sig på ökad förståelse för samspelet mellan kropp, tankar och beteende, t.ex. vid ökad uppmärksamhet på kroppsliga symptom samt livsstilsförändringar. KBT påverkar även fysio-

logiska funktioner som blodtryck och neuroendokrina stressfaktorer [3].

Att KBT är kostnadseffektiv [4] beror sannolikt på att behandlingen sker strukturerat under en avgränsad tid och med konkreta hemuppgifter i vardagsmiljö. Störst arbete görs av patienten själv med stöd av terapeut och grupp, vilket ökar patientens ansvar för tillfrisknande. För att öka tillgängligheten till behandling sker utveckling av metoden bland annat med behandling av panikångest via Internet [5]. För patienter utan klar psykiatrisk diagnos som söker primärvård finns ofta ingenting att erbjuda.

Försök på vårdcentral

Vi ville utveckla en för primärvården anpassad metod att arbeta med KBT och samtidigt prova ut former för samarbete med psykiatrin. Vi ville erbjuda behandling för patienter med lättare ångest eller depression som inte kan tas om hand inom psykiatrin och samtidigt möjliggöra tidig intervention för att förebygga svårare sjukdom. Vi har på vårdcentralen behandlat två konsekutiva grupper med stöd av en manual som tagits fram på Ångestcentrum, Karolinska sjukhuset, som även bistod med handledning. Behandlingarna leddes av mig tillsammans med en psykolog.

Vårdcentralens läkare erbjöds remittera patienter med panikångest. En patient hoppade av efter första träffen. Åtta patienter fullgjorde med en veckas mellanrum nio sessioner om vardera två timmar. Det visade sig att gruppen även kom att bestå av patienter med annan ångestproblematik och att de hade en hel del somatiska besvär, varför det i den andra gruppen även inkluderades patienter med ångest i vidare mening, depression eller stressrelaterade besvär. Efter bedömning av psykolog ansågs sex av tio remitterade patienter lämpliga för behandlingen. Bortfallen berodde på dålig motivation, rädsla att delta, djup



Foto: Björn Nilsson

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

kris och depression eller mera oklar problematik. Av de sammanlagt 19 patienter som remitterades till behandlingen i de två grupperna kom därför 15 till första behandlingen och 14 att fullfölja denna.

Behandling

Med tankar, fysiologi och beteende som tema gjordes teoretiska beskrivningar, övningar i grupp och hemuppgifter. Vi gick igenom samband med livsstilsfaktorer, hantering av stress, "konsten att säga nej" och hjälp till beteendeförändringar. Patienterna fick erfara hur ångestliknande symptom kan utlösas av hyperventilation, kaffeintag med mera samt uppleva effekterna av avspänningsövningar. Negativa automatiska tankar med snabba tolkningar av inre kroppsliga eller yttre händelser registrerades i vardagssituationer. Hemuppgifter var även att systematiskt successivt exponera sig för olika situationer. Till den andra gruppen utvecklade manualen till ett bredare perspektiv om ångest, stress och depression. Vi ägnade i den andra gruppen också mer tid åt genomgång av hemuppgifter och individuell utveckling.

Uppföljning

Före behandlingen samt två månader efteråt gjordes bedömningar avseende ►►

ANNONS

patientens upplevelse, klinisk bedömning, genomgång av journaldata samt skattningar med formulär (MADRS, BAI och PDSS. I den andra gruppen gjordes även diagnostiska intervjuer baserad på SCID IV).

Resultat

Samtliga patienter upplevde förbättring av sina symptom, minskat undvikande samt bättre kunskap och strategier för att hantera sin problematik. Se fallbeskrivningar! Alla patienter var mycket nöjda med behandlingen och över att kunna bli erbjudna behandling på vårdcentralen. Några upplevde initialt rädsla för att lämna ut sig, men sedan upplevde samtliga patienter trygghet och gemenskap i gruppen, vilket bidrog till insikt i relation till andras problem och till att "coacha" varandra.

Patienterna förbättrades även enligt klinisk bedömning. Skattningsformulär visade påtaglig förbättring av depression hos en tredjedel av patienterna och påtagligt minskade ångestsymptom hos en tredjedel. Samtliga patienter förbättrades avseende funktionsnivå, hälften blev till och med avsevärt förbättrade, vilket i många fall medfört betydligt minskad invaliditet i vardagssituationer, avspeglad i minskad medicinering, påbörjad arbetsrehabilitering och minskad sökfrequens.

Flera hade före behandlingen hög vårdkonsumtion med stort antal kontakter och olika utförliga utredningar som genomförts utan patologiska fynd. Efter behandlingen har sökfrequens minskat, även om det är för tidigt att säga om effekterna kvarstår på sikt. Två patienter, som på grund av oro för kroppsliga symptom tidigare sökt olika vårdinrättningar minst en gång i veckan, minskade dramatiskt sin sökfrequens till en gång per månad respektive en gång per kvartal.

De fyra patienter som behandlades med SSRI-preparat kunde avsluta denna behandling. Flera patienter använde PPI utan rekommenderad indikation, men upplevde inte längre behov av detta efter gruppterapin.

Några var långtidssjukskrivna eller pensionerade. För dessa har förloppet ännu inte ändrats påtagligt, även om de anger förbättrad funktionsförmåga och två kom i gång med yrkesrehabilitering. En patient som påbörjat hel sjukskrivning före behandlingen hade på kort tid återfått hel arbetsförmåga. Flera patienter

uppgav att de efter behandlingen klarade sitt arbete bättre genom förbättrad stresshantering och ökad förmåga att påverka arbetssituationen.

Slutsatser

Vi måste skaffa oss bättre kunskaper och arbetsmetoder för denna patientgrupp ►►

Patient	Före behandling	Efter behandling
Kvinna -46	Stressreaktion, paniksyndrom, agorafobi, undviker gå ut ensam, säkerhetsbeteende, värk nacke-axlar, dyspepsi, normal skopi, beh Losec, sjukskriven två år, samtal kurator sedan ett år, sökt vc 1-2 ggr/mån.	Arbetssträvar, fullföljt tandläk-beh, åker hiss, går ut ensam. Avslutat kuratorssamtal, kontakt vc var tredje mån. Inga panikattacker eller akutbesök. Bättre strategi hantera motgångar, mindre buksmärtor, avslutat Losec.
Man -78	Illamående, buksmärtor. Beh PPI och helicobacter utan effekt. Ångestproblem, bättre med SSRI. Sökt KBT men ej haft råd. Paniksyndrom, agorafobi, undviker varuhus, restauranger, folksamlingar, tunnelbana.	Tydligt bättre. Mindre oro, inga panikattacker. Mindre undvikande, klarar gå i varuhus utan säkerhetsbeteende. Avslutat SSRI.
Kvinna -81	Stressrelaterade besvär, illamående, andnöd, spänningshuvudvärk, ledvärk, tilltagande yrsel. Helt sjukskriven nio mån pga yrsel UNS. Omfattande utredning u a. Panikångest, rädsla för yrselattacker, uttalat undvikande av att gå ute ensam, varuhus mm. Säkerhetsbeteenden, håller hårt i bordskanten för att inte ramla av stolen. Agorafobi. Spänningssmärk nacke-huvud, kontakt med sjukgymnast.	Bättre men forts oro och rädsla. Mindre undvikande, åker tunnelbana, går ensam på varuhus. Forts sjukskriven, genomgått yrkesrehab, väntar på arbetssträvar. Forts individuell beh via psykmott.
Kvinna -70	Generaliserad ångest, tvångstankar, panikångest, tilltagande nedstämdhet, sömn- och koncentrationssvårigheter. SSRI. Sökt flera ggr för långvarig hosta, buksmärtor, förstoppning. Undviker öppna brev, gå på café. Säkerhetsbeteende, exv springa upp i rulltrappa för att undkomma ev förföljare eller när någon tittar på henne.	Bättre, mindre undvikande, går på café, öppnar brev, kan stå still i rulltrappan. Upplever bättre strategi hantera stress, oro, nedstämdhet och tvångstankar. Avslutat SSRI.
Man -61	Dyspepsi, sökt ofta, beh H2-blockare, PPI i omgångar, helicobacter, ej skoperad. Stressigt arb, utvecklat panikångestattacker och svimning i sociala sammanhang. Undviker frisör, tandläk, restaurang mm. Säkerhetsbeteende. Insatt SSRI.	Bättre, mindre undvikande, går till frisör, restaurang, tandläk. Haft ny attack samt undvikande av sociala situationer men arb med materialet. Avslutat SSRI.
Kvinna -74	Panikångest, utmattningsreaktion. Tidigare deltidssjukskriven. Arbetslös. Trötthet, utredning u a. Nedstämd, oro inför framtiden, "att inte duga eller orka". Tendens till social isolering. Stresskänslig.	Bättre, arb heltid. Socialt mer aktiv. Bättre självkänsla och strategi hantera stress och krav.
Kvinna -63	Stressrelaterad migrän, spänningshuvudvärk. SSRI p g a ångest och nedstämdhet. Sökt psykmott, bedömdes ha för lindriga besvär för att få hjälp.	Bättre hantering stress och oro. Mindre migrän och spänningssmärk. Mindre nedstämdhet. Avslutat SSRI.

ANNONS

Patient	Före behandling	Efter behandling
Kvinna -53	Övervikt, diabetes, hypertoni. Huvudvärk, illamående, episoder av neurol bortfall, sökt ofta. Utredd u a. Smärta muskler-leader, trötthet. Utredd reumatolog, ortoped, rehab. Analgetika. Hel sjukpension mitten 90-talet susp fibromyalgi. Mångåriga ångestbesvär, social fobi. Undviker sociala kontakter, trånga utrymmen, bio. Inte kunnat berätta om problem för anhöriga. Säkerhetsbeteende.	Bättre sinnestämning, mer initiativ till sociala kontakter. Mindre ångest och nedstämdhet. Börjat berätta om problem. Forts kontakt för diabetes och hypertoni, ej sökt för oförklarade symptom. Forts sjukpension.
Man -60	Generell oro, perioder nedstämdhet, sämre vid stress, tendens undvika arb-uppgifter med ökad ångest som följd. Nattnliga panikattacker. Epigastralgi, refluxesofagit, sämre vid stress, Lanzo vb. Smärta skuldror, axlar, spänningshuvudvärk. Oro för smärta i bröstet.	Bättre stresshantering, mindre oro och nedstämdhet. Bättre avgränsa krav och säga nej. Bättre livsstil, regelbunden träning. Forts svårt ta för sig. Inte behövt Lanzo.
Kvinna -83	Efter stress koncentrationssvårigheter, trött, nedstämd, mardrömmar, nattlig ångest, aldrig utvilad. Svårt vara ensam, rädd något ska hända, rädd bli galen. Undviker att vara ensam, vissa TV-program. Kraftig dyspepsi, Novalucol, skopi ua. Helt sjukskrivnen en månad.	Initialt sämre under beh. Klart bättre vid och efter beh. Nytt arb, ej längre sjukskrivnen. Mindre undvikande, kan vara ensam hemma och ute. Tryggare med ökad kunskap. Bättre sömn, inga mardrömmar. Mindre epigastralgi, slutat med beh.
Kvinna -68	Panikångest, agorafobi. Sjukskrivnen flera månader efter posttraumatiskt stressyndrom. Sedan föräldraledig. Sökt x flera bröstsmärta, hjärklappning, epigastralgi, somatisk utredn arbets-EKG, skopi ua. Losec. Kraftig oro kring egen och barnets hälsa, dokumenterad kontakt med bvc minst 1 g/vecka sedan barnets födelse, även sökt akutmott vid två tillfällen. Undvek gå ute ensam, tåg, bio, handla om mycket folk.	Bättre, mindre undvikande, handlar varuhus, går ut ensam, springer i trappor trots hjärklappning. Sökande mindre vc och bvc pga oro. Slutat Losec.
Kvinna -48	Social fobi under ungdomsåren. Depression, beh SSRI och samtalskontakt. Trött, orkeslös, hopplöshetskänsla. Stress av arbetslöshet, svårt söka arb. Sökt för hjärklappning, epigastralgi, led- muskelvärk, utredning ua.	Bättre sinnesstämning, fokuserar på annat trots svårt få arb. Strukturerar vardagen, ökad aktivering och positiva upplevelser. Fortf trött.
Kvinna -64	Panikångestattacker många år, försökt leva normalt. Undviker stora varuhus samt åka till stan efter panikattack. T-bana kräver säkerhetsbeteende. Sämre vid stress. Sökt x flera: sömn, oro, hjärklappning, smärta nacke-axlar. Epigastralgi, beh Lanzo, avböjt skopi.	Bättre stresshantering, mindre oro. Tagit upp problem på arb med chef. Inga panikattacker efter beh. Mindre undvikande, åker till varuhus och till stan. Mindre "oro i magen". Ej längre rädd för kroppsliga reaktioner.
Kvinna -67	Stressutlöst urticaria många år, mer vid stress. Panikattacker, rädd åka bil mm. Oro för sjukdom, katastrofkänsla. Sökt x flera diffusa kroppsliga symptom, utredning ua.	Mindre oro för sjukdom, inga panikattacker. Mindre urticaria. Bättre stresshantering. Mindre undvikande, åker bil.

som idag konsumerar mycket sjukvård. Dessa patienter behöver allmänmedicinens kompetens med helhetssyn och kontinuitet, men vi behöver tillägna oss ny metodik som KBT. Bättre omhändertagande och tidig intervention kan sannolikt medföra bättre resursutnyttjande i vården.

Även om materialet är litet och patienterna utgjorde en selekterad grupp, så tyder våra erfarenheter för att man med hjälp av en manual och små resurser kan bedriva kostnadseffektiv gruppbehandling enligt KBT i primärvård. Modell med allmänläkare och psykolog från psykiatrin kan stödja samarbete. Med adekvat utbildning och tillgång till manual kan sannolikt intresserad läkare/ sjuksköterska självständigt leda behandling. Det pågår ett sådant projekt i Norrbotten, ännu utan publicerade resultat [6].

Artikeln är en sammanfattning av ett ST-projektet som genomförts med handledning av psykolog Andreas Karlsson, Psykiatricentrum Karolinska och i samarbete med PTP-psykologerna Pontus Björner och Annelie Holmström. Uppsats med fullständig referenslista kan rekvideras från författaren.

Sandra af Winklerfelt Hammarberg
ST-läkare, vårcentralen Kronan, Sundbyberg
Sandra.af.winklerfelt@mail.com

Referenser:

1. Ljung T, Friberg P, Stressreaktionernas biologi. Läkartidningen 2004;12:1089
2. Rosmond R, Stress bidrar till uppkomsten av det metabola syndromet. Läkartidningen 2004;15-16: 1371
3. Faccinetti F et al, Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. Psychoneuroendocrinology 2004;29:162
4. SBU-rapport 2004 Behandling av depressions-sjukdomar
5. Mårtensson S, Patienter med paniksyndrom får vård via Internet. Livskraft 2003;3 Norra Länets Produktionsområde, Stockholms läns landsting 2003.
6. Mårtensson F, Gruppterapi vid utmattningssyndrom – nytt projekt på vårdcentraler i Norrbotten. Läkartidningen 2003;48:3946

ANNONS

Fahlgrens syndrom – en bortglömd diagnos

Fahlgrens syndrom (retrofaryngeal tendinit) är ett ovanligt kliniskt tillstånd som lätt förbises. Det är en smärtsam men godartad muskelinflammation lokaliserad till nacken men som ofta även ger sväljningssmärter. Smärtorna förvärras av huvudrörelser. Temperaturstegring och förhöjd sänka ingår i bilden. Vid undersökning konstateras maximal ömhet vid palpation på halsens sidor framför tvärsnittet till första och andra halskotorna. Röntgenundersökning visar ofta förkalkningar strax framför och nedanför översta halskotan på platsen för långa halsmuskeln (m. longus colli). De radiologiska fynden försvinner efter ett par veckor [1,2].

Orsaken är okänd och behandlingen enbart symtomlindrande. Den svåra smärtan släpper oftast efter ett par dagars behandling med antiinflammatoriska preparat (NSAID) och inom ett par veckor är patienterna helt återställda [3]. Återfall är mycket ovanliga.

Det finns anledning att uppmärksamma diagnosen som lätt missas även av erfarna läkare. De alarmerande symtomen gör att patienten kan dyka upp på en vårdcentral eller på en akutmottagning hos jourhavande medicinläkare, ortoped, öronläkare eller infektionsläkare. Patienterna blir ofta inlagda. Diagnosen ställs genom kliniska fynd och röntgenundersökning. Differentialdiagnoser att tänka på är bakre svalgböld (retrofaryngeal abscess) och kotinflammation (spondylit).

Fall 1

En man söker på en vårdcentral i mellannorrland för halsont, sjukdomskänsla och feber sedan två dagar. Han är 67 år gammal och tidigare frisk fränsett knäledsartros. Vid tidigare besök har man inte noterat förhöjd sänka eller CRP (C-reaktivt protein). Nu visar det sig att han har kraftigt förhöjd CRP och sänka (130 respektive 56) och att han är allmänpåverkad. Distriktsläkaren, tillika specialist i infektionssjukdomar, misstänker bakre



Elisabet Finné

svalgböld och remitterar mannen till infektionskliniken.

Vid ankomsten till sjukhuset noteras feber med 39,1°, grötigt tal samt svåra smärtor vid bakåsträckning och vridning av nacken och vid sväljning. Infektionsläkarna misstänkte en kristallutlöst inflammation med pyrofosfatkristaller. Undersökning med magnetkamera av hals och halsrygg visade dock en bild som vid mjukdelinfektion i svalget med svullnad i tungspenen och liten böld just framför halskotorna.

Patienten fick diagnosen Fahlgrens syndrom och behandlades med diklofenak samt V-penicillin eftersom svalgodling visade växt av streptokocker grupp G. Han vårdades fyra dagar på infektionskliniken och mårde bra då han for hem. Vid återbesök en månad senare var patienten helt återställd och SR och CRP normala. Inget recidiv inträffade.

Fall 2

Tidigare under året hade en 54-årig kvinna sökt på samma sjukhus på grund av nackstelhet och ett par veckors svår värk i nacken. Hon visade sig ha sänka 50 mm, positiv test för reumatoid faktor

och lätt förhöjd temperatur. Vid tidigare läkarkontakter hade sänkan varit helt normal.

Eftersom kvinnan besökt Gotland, där borreliainfektioner är vanligt förekommande, misstänktes hjärnhinneinflammation eller hjärninflammation orsakad av Borrelia. Prov på ryggmärgsvätska var dock normal. Datorröntgen visade diffus förtjockade mjukdelar omedelbart framför halsryggens kotor. När man då frågade kvinnan om hon haft ont i halsen bekräftade hon detta. Hon hade känt sig sjuk, febrig och trött.

Ingen av de inblandade jourläkarna kände till Fahlgrens syndrom, men då kvinnan remitterades till infektionskliniken misstänkte en överläkare där detta tillstånd och beställde en magnetkameraundersökning av nacken. Bilden visade inflammation och kalkutfällningar i longus colli-muskeln och kvinnan fick diagnosen Fahlgrens syndrom.

På grund av den svåra smärtan ordinerades hon diklofenac i hög dos. Hon hade tidigare inte haft några magbesvär men nu utlöstes ett blödande magsår efter tre veckors medicinering. Patienten upphörde då med diklofenac och efter ytterligare ►►

ett par veckor var hon helt smärtfri och opåverkad. Sänkan hade normaliserats.

Mannen bakom syndromet

Holger Fahlgren är numera pensionerad från sin tjänst som överläkare på neurologavdelningen på Södersjukhuset. Vid telefonkontakt bekräftade han att Fahlgrens syndrom är en ofta förbisedd diagnos. På en medelstor akutmottagning bör patienter med denna sjukdom dock dyka upp ett par gånger per år.

I en artikel i Cephalgia från 1986 skriver Fahlgren att 35 fall blivit publicerade sedan 1950. Patienternas ålder varierade mellan 26 och 81 år och där fanns ingen betydande könsskillnad. Fahlgren känner bara till en patient som fått ett recidiv. Han uppger också att röntgen

ofta visar kalkutfällningar och svullnad i mjukdelarna framför de fyra översta halskotkropparna. Muskulär spasm i nacken kan förekomma [4].

I Läkartidningen 1988 finns en artikel av Holger Fahlgren och Olle Marions som rekommenderar datortomografi för att lättare ställa diagnosen. Vid datortomografering kan man ofta se att mjukdelarna framför kotkropparna är förtjockade och avlagringar av millimeterstora förkalkningar [5].

Orsaken till detta smärtsamma men godartade tillstånd är inte känd. Man kan ju jämföra med kalkaxel, inte heller där hittar man ju någon förklaring till tendiniten, säger Fahlgren.

Elisabet Finné
Företagsläkare, Sundsvall

Referenser:

1. Fahlgren H, Jansa S, Löfstedt S. Nytt kliniskt syndrom med svåra nacksmärtor, retrofaryngeal tendinit. Läkartidningen 1966; 63(40):169-70.
2. Fahlgren H, Jansa S, Löfstedt S. Retropharyngeal Tendinitis. Acta Neurol. Scand. 1967;43: supplement 31.
3. Fahlgren H. Retropharyngeal tendinitis: Three probable cases with an unusually low epicenter. Cephalgia 1988;8:105-10.
4. Fahlgren H. Retropharyngeal tendinitis. Cephalgia 1986;6: 169-70.
5. Fahlgren H, Marions O. Datortomografi ger förbättrad röntgenologisk diagnostik av akut retrofaryngeal tendinit. Läkartidningen 1988;85(22):2002-03.

Vad gör man av sina funderingar efter en dag på jobbet?

Ensam doktor, svåra patientmöten. Hur gör vi för att hantera känslor och situationer som griper tag i oss? Ett sätt är att skriva om upplevelsen. Kristian Svenberg har skapat en alternativ, litterär journal. Här delar han med sig några brottstycken.

Då dagen är slut kan det ha hänt en hel del. Människor passerar revy. Om man frågar, får man svar. Ibland. Detta väcker känslor. Eller borde i alla fall göra det. På vårdcentralen är vi ju oftast ensamma med patienten. Förutom eventuella anhängiga, medhjälpare och tolkar finns det få vittnen. Vad sker egentligen därinne på rummet?

När patienten gått sitter vi där. Tids-schemat är pressat, vi måste vidare. Men ibland har det varit ett möte utöver det vanliga. Patienten har kanske sagt något speciellt, berättat något som gripit tag i dig.

Hur hanterar vi detta? Talar vi med anhängiga på kvällen? Pratar vi med kollegor? Tränger vi bort det och går vidare?

En väg kan vara att skriva ner en liten berättelse. Den behöver inte vara lång.

Olika funktioner

Att skriva kan fylla olika funktioner:

Det kan fungera som ventil efter svåra eller lättsamma patientmöten.

Det kan vara ett sätt att samla kunskap – både medicinskt och mänskligt.

Det kan belysa känslomässiga aspekter på mötet och något minska den biomedicinska dominansen.

Det kan fungera som en dagbok och alternativ, "litterär" journal.

Här följer några av mina berättelser från det senaste halvåret.

Kroppsspråk

Som en blixst står hon i dörröppningen i sina färggranna kläder. Lång och reslig, kanske i sextioårsåldern. Bakom henne skymtar en man, klädd i kostym och slips. Den somaliska tolken är förse-nad. Kvinnan talar inte svenska. Hon ser ganska frisk ut, verkar kanske litet trött. Hon sätter sig på stolen, fixerar



Kristian Svenberg

mig med blicken som för att fånga min uppmärksamhet. Maken håller sig i bakgrunden.

Först pekar hon på huvudet, på höger sida ovanför örat. Sedan knäpper hon flera gånger med pekfingeret mot tummen, så att pekfingeret snabbt sträcks ut och fingerspetsen slår framåt. Och så, snabbt, knäpper hon med långfingeret mot tummen. Fingeret slår med en smäll in mot handflatan som knäppte hon takten.



Tolken kommer inte men jag kan ändå dra vissa slutsatser. Den första gesten, den med pekfinger, betyder ONT. Man riktigt känner hur ont det gör om man knäpper fram pekfinger mot det onda området. Den andra gesten, med långfinger, betyder LÄNGE. Kanske en månad för varje knäpp. Ett år? Hon har alltså haft ont i huvudet mycket länge. Jag vet i alla fall så mycket. En enkel kroppslig undersökning är helt utan anmärkning. Jag pekar på mitt huvud och säger "HANOUN" (det betyder ont på somaliska) och hon skrattar till och nickar.

Hon får en ny tid om tre veckor. Hop-pas tolken kommer. Men en liten bit på vägen kom vi.

EKG:t var normalt

Han är storvuxen, ger ett atletiskt intryck. Lätt grånad, i sextioårsåldern. Bröstmärtorna kom i förrgår, tryckande, i vågor. Aldrig hade han känt något liknande. Hans fru hade sagt till honom att söka. "Så där kan du ju inte ha det."

Hjärtat låter bra, blodtrycket är fint, EKG:t likaså. Han verkar lättad men ändå bekymrad. Lysrören skiner starkt i rummet.

– Hur har du det annars?

Han tvekar litet och säger:

– Vad menar du?

– Jag bara undrar om det är nåt speciellt som hänt på sistone, frågar jag.

Han är tyst en stund. Så kommer gråten.

– Vi har en tvist i familjen, säger han efter en stund. En arvstvist. Jag kan inte prata med mina bröder längre.

Så får jag veta en del om hans liv just nu. "Ont i bröstet" stod det på lappen som sköterskan skrivit. Kanske hade han

en infarkt trots allt? Men när vi efter vårt samtal skiljs åt och han går hem är hans handslag fastare och mycket längre än i början.

Parfym

Ahmed har svår astma och kärlekskramp. Han har ofta kommit akut med svåra anfall. Han är 65 år, från Beirut. Han har 23 olika mediciner.

Nu är hans fru i sällskap med honom. Dessutom tolken som är en ung kvinna, minst sagt extravagant klädd med ett tjugotal olika smycken på sig.

Parfymdoften slår ner som en bomb i mitt lilla rum då de kommer in. Jag känner huvudvärken komma. Får nästan kippa efter andan och öppnar fönstret. Efter fem minuters samtal står jag inte längre ut. Jag ber tolken följa med ut i korridoren.

– Med all respekt, men den här parfymen...

Hon avbryter mig direkt.

– Du, jag har verkligen ingen parfym, jag är professionell tolk. Vi har våra regler. Jag tror det är hans fru...

Jag ber vänligt men bestämt hustrun lämna rummet och vänta utanför. Ahmed förstår vad det gäller och säger:

– Jag ska slänga all hennes parfym om den så kostar tusen kronor!

Efter en stund står det dock klart. Det är Ahmeds eget rakvatten. Då jag sätter mig närmre för att ta hans blodtryck kan jag nästan inte andas.

Han förstår och stryker sig funder-samt över hakan. Tolkens mobil ringer. Hustrun öppnar dörren och vill komma in...

Kristian Svenberg, Hjällbo
kristian.svenberg@vgregion.se

Barns miljö och hälsa



Det finns många rapporter som handlar om de hälsorisker som vuxna utsätts inom arbetslivet. Eftersom barn är mer känsliga för de flesta hälsorisker som finns i miljön, så är det därför välkommet att Sverige nu fått sin första nationella rapport om barns miljö och hälsa. *Miljöhälsorapport 2005* ger på drygt 250 sidor på ett översiktligt sätt sammanfattande beskrivningar av barnens hälsa i dagens samhälle, effekterna av olika typer av föroreningar, buller, elektromagnetiska fält, med mera. Rapporten kan användas både som uppslagsbok och som lärobok. Den kan beställas från Socialstyrelsen.

Roland Morgell

Äldres depressioner annorlunda än yngres

Avhandlingen visar att depressioner hos äldre ofta missas i primärvården, förmodligen därför att den kliniska bilden inte liknar depressioner hos yngre. Hos äldre var trötthet ett mycket mer framträdande symptom än nedstämdhet.

Prognosen för äldre med depression är dålig. Dödligheten är dubbelt så hög som hos äldre utan depression.

Datum: 27 maj 2004

Avhandling: Late-life depression from a primary care perspective

Doktorand: Karin Fröjd

Institution: Institutionen för samhällsmedicin, Malmö.

Handledare: Staffan Janson, Anders Håkansson och Ingvar Karlsson

Opponent: Anders Wimo

ANNONS

Legitimerad lindrare

En läkare skall göra att en sjukdom läker och att patienten blir botad. Själva ordet läkare beskriver ju uppdraget. Jag har ibland tänkt att det skulle vara roligt att ta reda på hur ofta jag är läkare och hur ofta jag är något annat. När den FQ-grupp jag deltar i skulle diskutera "tröst" utifrån en artikel i Läkartidningen (1.) blev jag inspirerad och gjorde slag i saken.



Foto: Anna Andrén

Per Andrén

Metodik

Jag delade in arbetsuppgifterna i fem kategorier: läkare, tröstare, rådgivare, förebyggare och lindrare. Därefter satte jag upp regler för hur jag skulle kategorisera (se ruta 1). Indelningen bygger både på problemets art och på de åtgärder jag vidtog. Under 14 arbetsdagar satte jag mig en stund på slutet av dagen och kategoriserade de besök jag haft. Vilket hade mitt huvuduppdrag varit?

och det är ju sant ibland men inte alltid. Diabetesbehandling är ett exempel där vi både lindrar och förebygger. Jag kategoriserade till lindrar. Det var också ibland svårt att avgöra om jag varit "lindrare" eller "tröstare". Det avgjordes av om jag vidtagit någon ytterligare åtgärd utöver att lyssna och hur jag bedömde att det mottagits av patienten. Att skilja "rådgivare" från "tröstare" var också svårt ibland. Tröstebegreppet kan ju definie-

Tabell 1. Hur uppdragen kategoriserades.

	Antal	Andel i %
Läkare:	37	26
Tröstare:	5	4
Rådgivare:	34	24
Förebyggare:	18	13
Lindrare:	48	34
S:a	142 st	101%

"När patienter ibland är missnöjda med oss kanske det beror på att vi relativt sällan är 'läkare'."

Resultat

De flesta uppdragen hamnade i kategorin "lindrare" och i bara 26% var jag "läkare". Nio patienter gav mig "dubbla uppdrag", dvs. jag uppfattade att de olika huvuduppdragen skulle hänföras till två olika kategorier. Merparten av dessa var patienter med både diabetes och hypertoni där jag behandlade diabetes som "lindrare" och hypertoni som "förebyggare". För en patient förde jag uppdragen till tre olika kategorier. Jag träffade 131 patienter och kategoriserade 142 uppdrag. I bara fem fall uppfattade jag mitt huvuduppdrag som att vara "tröstare" (tabell 1).

ras ganska brett. Ofta använder man ju de olika rollerna i en varierad väv där t.ex. "tröst" – att ingjuta mod och hopp – nästan alltid finns med så att patienten lämnar mottagningen med tillförd kraft. Jag har kategoriserat efter hur jag uppfattat huvuduppdraget. Det skulle vara intressant att försöka mäta hur patienten uppfattat karaktären på mötet. När patienter ibland är missnöjda med oss kanske det beror på att vi relativt sällan är "läkare".

Referens:

1. Allmänläkaren och det dagliga tröstandet. B. Mattsson, S-O Andersson, M. Jagiello Läkartidningen nr 49, 2004, sid. 4016–4021.

Per Andrén
Växjö

per.andren@ltkronoberg.se

Diskussion

Mallen för kategoriindelning var inte lätt att göra och kan diskuteras. Depression förde jag till kategorin som vi läker/botar

Kategoriindelning

Läkare: botare, gör att något läker – t.ex. tonsillit m.fl. infektioner, depression (?), peritendinit, excision av hudförändring, fraktur.

Tröstare: lyssnare, när någon har det svårt – försöker väcka hopp, ingjuta mod, ge ny inriktning.

Rådgivare: analys följt av råd/utredning/remiss – ett problem/symptom analyseras, kunskapskonsult, råd vid självläkande processer utan annan åtgärd än just råd.

Förebyggare: behandla risker för att de skall minska – t.ex. hypertoni, fetma, blodfetter, rökning, förmaksflimmer (anti-koagulantia).

Lindrare: minska symptomen/besvären av en åkomma – t.ex. smärtstillning vid ryggskott, lugnande åtgärder vid oro (läkemedel, avslappning), diabetesbehandling (?), hostmedicin vid viros, sjuk-skrivning för att ge vila/återhämtning, hjärtsviktsbehandling.

ANNONS

Psykisk ohälsa

- brukarnas och primärvårdens perspektiv

Föreningen Socialpsykiatrisk Forum bildades 1992 för utbyte av kunskap och erfarenheter utifrån ett brett synsätt på psykiska sjukdomar och funktionsstörningar.

Föreningen ordnar varje år en nationell konferens samt olika lokala seminarier som vänder sig till professionella, dem som själva drabbats och närstående. Förutom att främja forskning om psykiatrins sociala och beteendevetenskapliga delar vill man även verka för brukarnas inflytande. Av de 140 deltagarna i årets konferens i Borås var endast några få allmänläkare, trots att temat var "Att möta psykisk ohälsa – brukar- och primärvårdsperspektiv".

Psykiatri i Borås arbetar målmedvetet för brukarinflytande och samarbetar med ortens avdelning av *Riksförbundet för social och mental hälsa* (RSMH). RSMH är representerat i klinikledningen och deltar bland annat vid anställningsintervjuer och planering av arbetsrutiner. När brukarna är med i planeringen måste verksamheten ha goda skäl och formulera sig tydligt när det gäller att motivera åtgärder och förändringar. Brukarrepresentationen ger möjlighet till fortlöpande kontakt och ömsesidig påverkan. Psykiatri sätter även samarbete med primärvården högt och resurser har förts över dit i form av psykologer och psykoterapeuter. Ett problem är brist på distriktsläkare.

Borås är föregångare när det gäller brukarinflytande. På de flesta orter råder andra förhållanden. Brukarnas organisationer har att kämpa mot allmänhetens fördomar, tröghet hos vårdens representanter och mot den osäkerhet och rädsla som de egna medlemmarna ofta känner. Organisationerna har svårt att rekrytera representanter. De som varit patienter tror sig ofta inte våga, inte kunna, inte orka. De behöver utbildning, stöd och

positivt bemötande. Ofta blir det få representanter som har många uppdrag, med risk att de börjar se verksamheter och deras problem med de professionellas ögon.

RSMH beskrev sitt projektet "vardagsmakt", som syftar till att stötta brukarna i deras försök att ta sin plats bland samhällets medborgare. En del är att verka för att personal skall bestämma så litet som möjligt över brukarnas liv. Andra delar är stöd till sammanslutningar och föreningar samt utbildning för brukare och personal. RSMH har genomfört en mängd studiecirkelar med temat vardagsmakt, vilka resulterat i konkreta aktiviteter och förbättringar.

Psykologen Alain Topor, vid Stockholms universitet och FoU-enheten vid Psykiatri i södra Stockholm, talade om de sociala villkorens betydelse för förbättring, vilket han även utvecklat i sin nyligen utgivna bok *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem* (Natur och Kultur, 2004). Institutionalisering och medikalisering har hämmat många patienter och att studier visar att långtidsbehandling vid schizofreni har ringa botande effekt. Däremot är det visat att en stor andel av schizofrent sjuka människor återhämtar sig till friskt liv. Vid återhämtning är det – till skillnad från behandling och rehabilitering – brukaren själv som är aktiv i ett socialt sammanhang.

Topor protesterar mot den hopplöshetsstämpel som ofta finns vid svåra psykiska störningar. Det är viktigt att hoppet om ett bättre liv vårdas. Ibland hittar en psykiskt sjuk människa mening i sin tillvaro

och har då kommit till en vändpunkt. Vägen mot återhämtning är vanligen både slingrande och lång. Längs den vägen är relationer med anhöriga och vårdpersonal betydelsefulla. Närhet och spontanitet kan vara läkande krafter. Likaså att någon i omgivningen är beredd att satsa mer än vad han eller hon egentligen behöver göra. Alltför ofta betonas vikten av planering och yrkesmässig distans. En god behandling innehåller allmänmänniskliga företeelser som närhet, trofasthet och ömsesidighet. Föredraget var intressant och fascinerande. Den respekt Topor visade för människor med svåra psykiska störningar innehöll en etisk utmaning som gick ut över ämnets gränser.

Distriktsläkaren Jan Carlsson från Borås tog upp många allmänläkares tendens att skjuta ifrån sig psykiatriska problem, bland annat med förevändning att så många nya uppgifter på senare år lagts på allmänläkarna. Han betonade att de psykiska problemen inte är nya arbetsuppgifter för allmänläkare. De har alltid funnits där. Förändringen består i nya metoder att ta itu med problemen. Jan Carlsson är starkt engagerad i utvecklingsarbete för behandling av ångest, depressioner och missbruk inom allmänmedicinen.

Sjukgymnasten och psykoterapeuten Bertil Markusson visade den stora variationen av psykiatriska diagnoser mellan olika vårdcentraler i Boråsområdet. Problembilden för enskilda patienter ofta är komplex och kan följaktligen beskrivas och tolkas på olika sätt. Han betonade språkets betydelse. Läkarna ser den del av patienterna de har ett användbart ►►

ANNONS



språk för och kan beskriva. Eftersom läkarnas språk och erfarenhet varierar blir också bedömningarna olika. Markusson tryckte också på behovet av samarbete, både mellan behandlare och mellan organisationer. Psykolog *Ulla Westerlund* beskrev hur intresset och kompetensen för handläggning av psykiska problem har ökat bland personalen på en vårdcentral, sedan hon började arbeta som psykolog där. Hennes arbete har därmed även indirekta patienteffekter.

På seminarier fick man ta del av hur man kan arbeta med grupper inom primärvården. Från Borås gavs exempel på psykoterapi i grupp för patienter med ångest och kurs om depression för deprimerade patienter. Andra seminarier beskrev stöd till barn, kvinnor och män i samband med mäns våld mot kvinnor, krismottagning, brukarsamordnare samt personliga ombud.

Allmänläkare har stora möjligheter att få kännedom om de sociala villkoren

för individer och grupper. För den som utnyttjar dessa möjligheter blir det socialpsykiatriska synsättet en självklar del av allmänmedicinen. Mellan föredrag och seminarier funderade jag på om Boråsmodellen med psykolog och andra psykoterapeuter ute på vårdcentralerna är det bästa sättet att hjälpa patienter med psykiska och sociala problem. Modellen ger primärvården en bred kompetens och stort utbud av behandlingar. Nära samarbete med psykoterapeuter kan ge läkare och sköterskor ökat engagemang och bättre kompetens. En tänkbar nackdel är att tillgången till psykiatrisk personal får allmänläkarna att skjuta ifrån sig patienter med psykiska problem. Jag vill ändå förordna en resursförstärkning av det slag Borås har genomfört.

I arbetet med Protos är det viktigt att hålla det socialpsykiatriska perspektivet aktuellt. Både tillgänglighet och evidensbaserad behandling är viktiga. Det finns inget som hindrar primärvården från att

införa brukarperspektivet. Regelbundna träffar med representanter för olika patientgrupper kan ge värdefulla synpunkter. Mycket talar för att det skulle höja kvaliteten på arbetet och ge ett gynnsammare arbetsklimat för all personal.



Stig Andersson
gits.joel@tele2.se

Mer information om Socialpsykiatriskt forum finns på www.socialpsykiatrisktforum.nu



Kompetens, kvalitet och kapacitet

Medicinsk Röntgen är ett kunskapsföretag som ingår i Praktiktjänst. Vi är landets största privatdrivna röntgenföretag i öppen vård med fristående avdelningar i Stockholm, Malmö och Västerås. Vi granskar också mammografiscreeningbilder i Lund och Malmö.

Vi erbjuder diagnostik av hög kvalitet, specialistkompetenta läkare, välutrustade digitala avdelningar, drop in/korta väntetider och snabba svar. Våra undersökningar: allmän röntgen, ultraljud, mammografi, magnetkamera (MR), datortomografi (DT), bentäthetsmätning (DEXA) och endoskopi. Inom vårt företag finns 33 radiologer med ca 200 medarbetare som årligen utför mer än 340 000 undersökningar. Våra röntgenläkare kan inte bara utföra rätt undersökning utan också svara på frågor om utredningsgång samt hjälpa till med att lotsa patienten rätt i sjukvården.



Som remittent kan du alltid nå en radiolog med specialkompetens hos oss. Genom att utnyttja våra MeR-tjänster kan du också läsa svar och se röntgenbilder på dina patienter via internet. Mer information finns på www.medicinskrontgen.se.

Bilden t.v. är ett exempel på en funktionell MR-undersökning av hjärtat, utförd inom Medicinsk Röntgen. Det vita området visar en hjärtinfarkts utbredning. Genom denna typ av undersökning kan man exakt avgöra om en patient haft tysta infarkter som gett vävnadsdöd, samt hur mycket levande hjärtmuskel som finns kvar efter infarkter.

STOCKHOLM:

Hötorget	08-412 29 32
Jakobsbergs sjukhus	08-587 321 75
Liljeholmens Centrum	08-556 303 70
Läkarhuset Farsta	08-683 42 50
Läkarhuset Fruängen	08-97 72 42
Läkarhuset Odenplan	08-587 101 26
Läkarhuset Skärholmen	08-449 57 82
Läkarhuset Vällingby	08-687 77 20
Löwenströmska sjukhuset	08-587 332 75

MALMÖ:

Läkarhuset Ellenbogen	040-20 80 85
Slottstadens Läkarhus	040-98 50 14

VÄSTERÅS:

Eriksborg	021-15 71 60
-----------	--------------

MER INFORMATION PÅ NÄTET:

www.medicinskrontgen.se

Medicinsk Röntgen

PRAKTIKTJÄNST
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

ANNONS

ANNONS

Tecknen - läkaren och konsten att läsa kroppar

”Det medicinska mötet är ett exempel på en kulturellt laddad zon där två kroppar kopplas samman i ett gemensamt spänningsfält. Redan med läkarens allra första blick på patienten har tolkningen inletts. I den blir hennes kropp en värld av tecken som han läser genom sin egen”.

Det pågår just nu en utställning på Akvarellmuseet i Skärhamn av Michael Kviums akvareller. Hans bilder föreställer nakna, blottade män och kvinnor med trötta, slitna, åldrade kroppar och ansikten präglade av galenskap eller dumhet. De ser på oss utan att anklaga, utan ilska eller aggressivitet men också utan förlåtelse och utan att glömma. Strålkastarcirklar naglar dem fast vid golvet och tvångströjornas långa ärmar ritar cirklar runt deras fötter. De bjuder sina bröst och kön i ersättning för vad...? Det har de glömt.

Bilderna påminner mig om min tid på Lillhagens Mentalsjukhus i Göteborg. Som mycket ung läkare ansvarade jag för två s.k. kronikeravdelningar där patienterna hade vistats under större delen av sitt liv. Journalerna var vansköta. Det var flera år mellan anteckningarna. Jag tog som min uppgift att skriva åtminstone något om var och en den sommaren. Deras journaler beskrev psykiatris 1900-talshistoria med varma och kalla växelbad, insulinchocker, lobotomier och till slut psykofarmakas intåg, som måste ha varit en befrielse från tvångströjor och våld när ångesten tog sig våldsamma uttryck. På varje journal fanns ett fastsatt fotografi från intagningsstillfället. Det är dessa bilder jag nu ser hänga på Akvarellmuseets väggar.

Karin Johannissons bok ”Tecknen” som kom ut förra året beskriver läkarvetenskapens försök att medelst yttre tecken förstå människans inre.

Under 16- och 1700-talet hade den medicinska diagnostiken helt koncen-



Tecknen - läkaren och konsten att läsa kroppar
Karin Johannisson
Nordstedts 2004
ISBN: 91-1-301283-5

traterat sig på individens upplevelse och berättelse. Symptomen var många och påtagligt olika dagens, berättelserna långdragna och livliga. Patienterna var få och mycket välbärgade. Konsultationerna ägde rum i patientens hem, på hennes villkor och i närvaro av hela familjen. Kroppslig kontakt bestod uteslutande av ett par elegant applicerade fingrar över pulsen som noggrant analyserades.

I samband med Franska revolutionen ändrades även läkarutbildningen. Man insåg att individens hälsa inte enbart var en enskild angelägenhet utan även av vikt för staten. Statliga kliniker inrättades där patienterna sågs av läkaren på hans revir, på hans villkor och i närvaro av andra experter. De långa berättelserna ersattes av frågor och korta svar. Patienten förvandlades från ett talande subjekt till ett vetandets objekt som läkaren kan granska, mäta, klä av, knacka på, lyssna på och beröra. Läkaren har blivit kliniker. Koncentrationen på individen har övergått i ett passionerat intresse för

sjukdomen i sig. Den döda kroppen blir en modell – ett facit. Läkaren är den aktiva upptäcktsresanden, patienten vilar väntande på att avsökas och förklaras. 1800-talsläkaren förvandlas från en verbalt orienterad teoretiker till en sinnligt orienterad praktiker. Ofta slutar intresset dock när diagnosen är fastställd. Ovanstående gäller framför allt klinikens fattigare patienter. De förmögna får fortfarande mer patientcenterade kvällsbesök av klinikens läkare på privat basis.

1816 kom stetoskopet. Distans till kroppen, mental och fysisk, var ett villkor för att kunna beröra den. Den medicinska beröringen professionaliseras. Relationen mellan läkare och patient ändras drastiskt. Från 1700-talsläkarens närmast svärmiska känslomässiga relation till 1800-talsläkarens manligt återhållsamma empati; den ständigt tillgänglige familjeläkaren som hanterade sitt yrke med modest stilla allvar. Vid 1800-talets slut har kåren erhållit den auktoritet man strävat efter, och en än mer rationell läkartyp framträder formad av kritisk distans och klinisk effektivitet. Man anser det bättre ju mer läkarens känsla stiger tillbaka också med tanke den sjuke som ju faktiskt inte botas av medlidande. Den vita rocken uppstår som en symbol för läkarens renhet och handskarna för att skydda läkaren från den orene patienten.

Under 1800-talet utvecklades sensualismen som ett uttryck för att sanningen om sjukdomen placerades i läkarens kropp och inte i patientens. Man hävdade att objektivitet kunde uppnås på detta sätt. Man använde alla sinnen; smaken, lukten, man iakttar, knackar, lyssnar, palperar och toucherar (intimundersöker). Teoretikern blir praktiker, observatören blir aktör, tal övergår i beröring, och avstånd i professionell närhet.

I sin strävan att professionellt skärmasig från patienterna, att iaktta dessa som ”typiska” för sin sort eller sin sjukdom,

uppstår avarter där man exponerar patienterna i närmast teatrala sammanhang. Hysterikorna på Salpêtière domteras av Charcot under publikens jubel.

Läkarnas strävan att generalisera, sortera, strukturera, etikettera, åtskilja och slutligen avskilja med hjälp av måttstockar, färgskalor, skalpmätning och fotografering i olika vinklar och i alla livens skeden intill döden går långt utöver respekten för människans integritet. Man lägger grunden för raslära och segregation beträffande klass, kön och kultur. Läkarna hade bland annat makten att tvångsterilisera, och att tvångsinföra på mentalsjukhus. Fokus kommer alltmer att ligga

på ett statistiskt genomsnitt mot vilken individen jämföres. Individen försvinner ur en sådan blick; hon är inte den hon är utan den hon ser ut att vara.

Johannisson tar oss med på hisnande resa i ord och bild i vår egen värld som läkare i vars ändpunkt vi själva verkar. Många komponenter i teckentydandet känner vi igen från vår egen vardag. Är vårt öga renare, vårt syfte mer patientcentrerat, vår empati djupare, le couple medicin (det terapeutiska paret – läkaren och hans patient) mer jämlika än för 50 år sen? Vi får hoppas det. Bilderna från den offentliga osteoporosutställning som just nu pågår med avklädda mans och

kvinnokroppar i naturlig storlek, uppvisande sina krökta skelett och för tidigt åldrade kroppar får mig att tvivla att så mycket har förändrats.

Att läsa Johannissons bok har gjort mig än mer medveten och ödmjuk inför yrket och den genväg det ger mig till människans inre. Det vore mycket intressant att se en fortsättning in i vår egen tid – ”Tecknen” lämnar oss runt 1950.

Har andelen kvinnor i kåren, som ju ökat markant, kunnat åstadkomma någon förändring och i så fall hur?

Eva de Fine Licht, Floda
Eva.de_fine_licht@vgregion.se

Medicinska ord på elva europeiska språk

Idag flyttar både läkare och patienter över nationsgränser i allt större utsträckning. Det finns därför ett ökande behov av att kunna översätta och kommunicera medicinsk information mellan olika språk.

Norstedts har i samarbete med ett tyskt förlag gett ut en ordbok med ca 20 000 uppslagsord avseende sjukdomar och sjukvård, vilka finns angivna på elva språk: svenska, engelska, tyska, franska, spanska, italienska, portugisiska, polska, nederländska, tjeckiska och ungerska. Det kompakta resultatet (det är nog ingen tillfällighet att det tyska förlaget heter *Compact verlag*) har blivit en 22 x 15 x 5,5 cm stor bok på dryga kilot, som man knappast bär med sig i fickan. Motsvarande ordböcker finns även för teknik och ekonomi.

Boken är mycket lätt att hitta i, då orden är tydligt uppställda i alfabetisk ordning oavsett språk. Man kan sedan i en tabell snabbt se översättningar till de andra språken. Sorteringen tar inte hänsyn till diakritiska tecken, dvs. accenter, prickar mm, ovanför grundtecknet. Onödiga dubbleringar har uppstått då ord som haft samma betydelse och stavning på flera språk (exempelvis recept) inte visas



Medicinsk ordbok
Norstedts ordbok 2004
ISBN 91-7227-399-2

på samma rad. För att boken inte skulle bli ännu tjockare har man varit tvungen att avstå från synonymer.

Alla som kommit i kontakt med termarbete förstår vilka svårigheter man haft att hantera ord med överlappande innebörder och där motsvarigheter saknas i andra språk eller sjukvårdssystem. Man återfinner det svenska ordet *allmänmedi-*

cin (tack för det, säger vi på redaktionen) men inte *allmänläkare*, det engelska *family doctor* men inte svenska *familjeläkare*. Man hittar inte *AT-läkare*, *ST-läkare* eller *utbildningsläkare*, men däremot *underläkare*, som på engelska översatts till *medical assistant*. *Sjukdom* uppges motsvara *illness* på engelska, medan vare sig *sickness* eller *disease* finns med. Man bör vara medveten om att översättningarna inte alltid är exakta, och inte heller alltid kan vara det.

Sammanfattningsvis kan ordboken sägas fylla ett behov, även om det för svenskar skulle ha varit bättre om de andra nordiska språken – inte minst finska – varit inkluderade. I ett svenskt perspektiv kan även de baltiska språken vara intressanta, även om varje ytterligare språk skulle göra boken ännu tjockare.

Boken visar på behovet av fortsatt utvecklingsarbete när det gäller nationella terminologier som bygger på gemensamma begreppsmodeller och klassifikations-system. Helst skulle man vilja att det på nätet fanns tillgång till översättningar av medicinska termer, där synonymer kan användas och där termerna kan relateras till begrepp. Kanske någon läsare kan tipsa om en sådan adress?

Roland Morgell

ANNONS

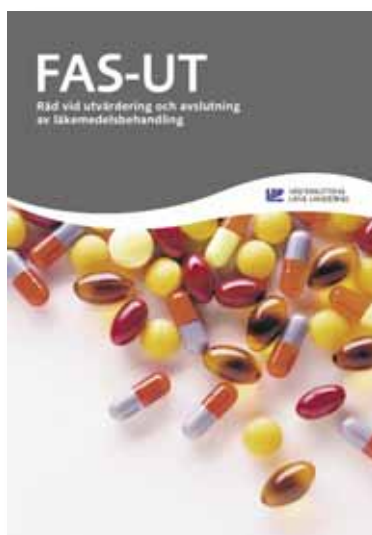
FAS-UT – utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling

Läkemedelsanvändningen ökar stadigt och därmed också antalet möjliga komplikationer. Hur evidensbaserade enskilda läkemedel än synes vara, så ställer polyfarmaci oss inför en rad medicinska och etiska dilemman, speciellt när det gäller äldre människor. De stora studierna som ligger till grund för olika behandlingsrekommendationer är i regel gjorda på yngre selekterade patientgrupper, och resultaten inte nödvändigtvis extrapolerbara till en äldre population med många samtidigt förkommande sjukdomstillstånd.

De senaste tio åren har antalet läkemedel hos dem som bor i äldreboenden dubblats och är nu uppe i ett genomsnitt på 10–12 per person. Till vilken nytta kan man många gånger fråga sig? Behovet av att ompröva indikationer i en slags långsiktig vårdplanering har många gånger fått stå tillbaka för de problem som är aktuella för dagen. Tidsbrist är en del av förklaringen, men vi behöver också mer kunskap om hur vi handskas med utsättning av läkemedel. FASS och Läkemedelsboken har hittills inte uppmärksammat detta behov på ett tillfredsställande sätt. Nu har det emellertid kommit en liten handbok med ambitionen att råda bot på denna kunskapsbrist.

Boken *FAS-UT, Råd vid utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling*, är ett resultat av ett par års arbete inom Läkemedelskommittén i Västerbottens län. Författare är Claes Lundgren, specialist i allmänmedicin och sedan många år överläkare i palliativ vård, avancerad hemsjukvård vid Skellefteå lasarett. En digital version är under planering.

Boken inleds med ett litet kapitel som med olika perspektiv åskådliggör hur



FAS-UT – Råd vid utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling
Läkemedelskommittén i Västerbottens läns landsting
ISBN 91-631-6667-4

komplex denna fråga är, samtidigt som vi får ett förslag till förenklad handläggning i form av ett utvärderingsschema. Grovt sett indelas en patients läkemedel i tre grupper: *Till klar nytta*, *Till osäker nytta* och *Ej till nytta*. Indikationen kan också indelas i tre grupper: *Symtomlindrande*, *Preventiv*, och *Tveksam eller icke godkänd*. Denna indelning kan bli en bra början till en diskussion tillsammans med patient, anhöriga och sjuksköterska angående fortsatt behandlingsstrategi.

Risker med avslutande av läkemedelsbehandling går sedan igenom under olika rubriker. Hypertoni får ett eget kapitel, vilket jag upplever som relevant med tanke på den uppmärksamhet på bristande måluppfyllelse som präglar diskussionen de senaste åren. Här poängteras att en mindre grupp hypertoniker utan

organmanifestationer kan övergå från läkemedelsbehandling till enbart livsstilsförändringar. Föreställningen om blodtrycksbehandling som livslång medicinerings behöver omprövas i vissa fall.

Genomgången av olika läkemedel är indelad efter ATC-kod och ett preparatregister i slutet av boken gör det lätt att hitta rätt sida. Således hittar du information om exempelvis *atenolol* under ATC-kod C07A läkemedelsgrupp beta-receptorblockerare. Här presenteras behandlingsindikationer, behandlingseffekt, vanliga bieffekter, allvarliga bieffekter, interaktioner med säker klinisk relevans, kontraindikationer, varning/försiktighet och farmakologiska upplysningar i tabellform, innan det är dags för det som ger boken sitt existensberättigande, nämligen utvärdering respektive avslutande av behandlingen. Här lär vi oss till exempel att *atenolol* – med kort halveringstid och avsaknad av effekt av aktiva metaboliter – bör nedtrappas försiktigt under tre veckor vid lägre dosering och fyra veckor vid högre dosering. På liknande sätt hittar du information om andra perorala läkemedel och gör säkerligen i likhet med mig nya värdefulla upptäckter på många olika avsnitt. Längst bak i den 80 sidor långa boken finns några sidor för egna anteckningar.

FAS-UT erbjuder handfasta råd för läkare, men är i högsta grad användbar också för sjuksköterskor, apotekare/farmaceuter samt studerande till dessa yrken. Boken distribueras genom läkemedelskommittéerna i första hand. Om problem med detta beställ istället genom e-post till Barbro.Edstedt@vll.se

Anders Lundqvist

ANNONS

Familjemedicinens grundsatser

Äntligen! Är man beredd att utbrista. En av familjemedicinens grundbultar, Ian McWhinneys *Textbook of Family Medicine*, med första upplaga 1981, har kommit ut på svenska.

Med drygt tjugo års perspektiv är det lätt att inse varför boken blev så banbrytande. Mot en fond av alltmer tilltagande specialisering och fragmentarisering inom medicinen efter det andra världskriget framstår kanadensaren McWhinney som en av medicinens stora syntesbyggare under 1900-talet. Han är kanske den som bidragit mest till att ge familjemedicinen en teoretisk bas och tydligast spridit den över världen.

I en situation, då en tidigare balans mellan naturvetenskap och humaniora inom medicinen rubbats, lyfter han fram samhälls- och beteendevetenskapernas betydelse för att förstå och hantera en ny typ av hälsoproblem som uppkommit efter att de stora akuta infektionssjukdomarna bemästrats. Till exempel vad det innebär att leva med kroniska sjukdomar eller isolerad i allt glesare sociala nätverk i ett samhälle med motsägelsefulla kulturkoder.

Här presenterades för första gången och samlat på ett ställe mycket av det som senare blivit självklara synsätt inom familjemedicinen: den patientcentrerade kliniska metodiken som med ett helhetsperspektiv syftar till att förstå både patienten och hans sjukdom. Att all förståelse och behandling tar sin början i den enskilda patientens situation. Patient-läkarkommunikationens centrala betydelse. Den biopsykosociala sjukdomsmodellen, som överbryggar skillnaden mellan kropp och själ "som likt en geologisk förkastnings-spricka löper genom medicinen". Problematikeringen av läkarens roll som objektiv observatör och subjektiv uttolkare av det han ser, etc.

I det rika material som boken bjuder, väljer jag att här lyfta fram några delar som har särskild relevans för förståelsen av vårt



Familjemedicin
McWhinney, Ian R
Studentlitteratur 2004
ISBN 91-44-01944-0
547 sidor

ämnesområde. I avsnittet om "familjemedicinens grundsatser" tar han fram det som sammantaget skiljer ut både kunskapsstoff och arbetsmetoder från andra medicinska discipliner. Den första grundsatsen har kanske de mest genomgripande konsekvenserna för vårt arbete:

Familjeläkaren engagerar sig i en människa och inte i ett speciellt ämne, en grupp sjukdomar eller en speciell teknik. Engagemanget är "öppet".

Med det följer att engagemanget saknar en bestämd slutpunkt. Man kan därför aldrig säga att din sjukdom inte är mitt område. Familjemedicin definieras i första hand som en relation mellan människor. "För läkare inom andra discipliner växer det fram en relation till patienten, men för allmänpraktikern kommer vanligen relationen till patienten *före* innehållet".

Den andra grundsatsen känns nästan genant att formulera, men ändå nödvändig.

Familjemedicinen försöker förstå en sjukdom genom att sätta in den i ett sammanhang.

Det finns många sjukdomar som det inte går att förstå helt och fullt om man inte ser dem i deras rätta sammanhang: en människa som medlem i en familj i en

viss social miljö. Med "familj" avses inte nödvändigtvis kärnfamilj med mamma-pappa-barn utan den mänskliga närmiljö var och en har omkring sig: mor-barn, far-barn-styvmor, tre ogifta äldre syskon, två medelålders sörbor, etc.

Som en konsekvens av det här framstår *kontinuitet* som en grundläggande komponent i sammanhanget. Den uppstår vid en långvarig interaktion mellan patient och läkare och är beroende av ett ömsesidigt engagemang och ansvar. Genom att ta hand om sina patienter kontinuerligt och sköta om många olika sjukdomar bygger familjeläkaren gradvis upp ett "kunskapskapital", hans/hennes kanske värdefullaste tillgång. Det här får konsekvenser för vården. I första hand genom att man ökar förutsättningarna för en samsyn på problemen och snabbare kommer fram till en handläggning av dem.

Den ömsesidiga förståelsen och förtroendet får också ekonomiska och organisatoriska konsekvenser: besökstiderna minskar, färre prover tas och färre remisser och recept skrivs.

Sannolikt är det detta som i förlängningen leder till ett bättre hälsoläge hos befolkningen till en lägre kostnad i familjemedicinskt dominerade system, än i mer diskontinuerliga sjukvårdssystem med specialister i frontlinjen, vilket vi-sats av hälsoekonomen Barbara Starfield (en referens som förvånansvärt saknas).

Sammanfattningsvis är det här en bok som bör finnas på varje allmänläkarmottagning, där både den som har flera decennier i arbetet och den som är alldeles ny som ST-läkare i allmänmedicin får fördjupade insikter. Eller för att tala med den svenske granskaren Mogens Heys förord: boken är som "*en mentor som öppnar mina ögon och öron och krymper mina blinda fläckar*".

Jan Stålhammar
Eriksbergs vårdcentral, Uppsala
jan.stalhammar@pubcare.uu.se

ANNONS

Ny upplaga av Kliniska färdigheter för grundutbildningen



Kliniska färdigheter. Informationsutbytet mellan patient och läkare
Stefan Lindgren och Knut Aspegren (red) 2: a uppl.
Studentlitteratur 2004
ISBN 91-44-02375-8, 237 sidor

Vid dagens läkarutbildning får studenterna i allt högre utsträckning tidigt komma i kontakt med patienter på familjeläkarmottagningar. Stefan Lindgren, gastroenterolog och professor i internmedicin, har tillsammans med Knut Aspegren, kirurg och tidigare professor i medicinsk pedagogik i Köpenhamn, sammanställt en ny reviderad upplaga av sin lärobok i basala kliniska färdigheter.

Den medicinska beslutsprocessen beskrivs inledningsvis kortfattat men återkommer som en röd tråd i de olika kapitlen. Utan anspråk på fullständighet beskrivs exempel på sjukdomstillstånd i anslutning till olika undersökningar. Detta är alltså inte en lärobok om sjukdomar eller specifika diagnoser. Boken är tilltalande då man uppmuntrar till ett genomtänkt möte med patienten, som skall tillgodose patientens behov av att få presentera sina besvär och få svar på sina frågor, samtidigt som läkaren skall kunna göra sin professionella bedömning. Såväl etiska som juridiska aspekter avhandlas. Denna bok kan varmt rekommenderas till de studenter vi möter. Den kan nog även vara värdefull repetitionsläsning för många AT-läkare.

Roland Morgell

Vad är det som gäller?



*Aktuell och lättillgänglig
juridisk information
för snabba och korrekta
beslut inom primärvården.*

INTRODUKTIONS-
ERBJUDANDE TILL
SFAM-MEDLEMMAR

Beställ Allmänmedicinens
Juridik 2005 för 795 kr inkl.
moms (ord. pris 895 kr) på
www.juris.se. Du kan också ringa
eller faxa din beställning.

JURIS
Juridisk Informationsservice AB

Box 24053, 104 50 Stockholm
TEL 08-783 22 10 · FAX 08-783 22 11
www.juris.se

Allmänmedicinens Juridik – användbar klinisk handledning

Allmänmedicinens Juridik 2005
Juris – Juridisk Informationsservice AB
ISBN 91-7066-002-6
Pris: 795 kronor

Lagar och förordningar har tidigare varit skriva på sådant språk att de varit svåra att förstå för vanliga människor. Även om de numera oftast är skrivna på ett mer lättförståeligt sätt, så är det ju inte alltid man känner till vilka lagar som finns eller hur de blir tolkade i konkreta fall.

Allmänmedicinens Juridik tillhandahåller olika lagtexter som berör både vanliga och ovanliga situationer som kan uppstå inom allmänmedicinsk verksamhet. Under 454 uppslagsord – Abort till Översättning – ger bokens författare hänvisningar till aktuella lagtexter med tydliga kommentarer och rekommendationer.

När jag läser i boken kan jag konstatera att många problem som jag tidigare ställts inför hade kunnat lösas snabbare (i en del fall även riktigare) om jag haft tillgång till denna bok. Tidigare har man tillsammans med kollegor diskuterat vad man tror gäller juridiskt, nu kan man i stället snabbt ta reda på vad som faktiskt gäller.

Boken bör självklart finnas på alla vårdcentraler. Synd bara att lagar ändras så snabbt att alla sammanställningar blir inaktuella efter ett tag. Tur att boken uppdateras årligen. Dags för evidensbaserad juridik?

Roland Morgell

ANNONS

SFAM-Halland firar 10-års jubileum

Vid årsmötet den 8 mars i Falkenberg firade SFAM-Halland 10-års jubileum. Själva årsmötet hålls traditionsenligt tillsammans med DLF Halland. Dagen till ära var Olof Buckard inbjuden som underhållare.

SFAM-Halland startades av Gösta Eliasson, numera chef på FAMMI, men fortfarande verksam som styrelsemedlem. Föreningen har sedan sin tillkomst arrangerat ett uppskattat höstmöte som varje år hålls i Falkenberg. Mötet dubbleras torsdag, fredag för att så många deltagare som möjligt skall kunna frigöra sig från sitt arbete. Tanken har varit att samla så stor del av den halländska allmänläkarkåren som möjligt.

Sedan årsskiftet har i stort sett fortbildningskurser med medverkan av läkemedelsindustrin upphört. Som ersättning för detta har Landstinget i Halland avsatt ekonomiska resurser för läkarnas fortbildning. SFAM-Halland har ambitionen att vara med och tillskapa fortbildningsaktiviteter för en del av dessa.

Årets allmänläkare i Halland utses av lokalföreningarna i SFAM och DLF och har blivit mycket uppskattat i kåren. Utmärkelsen går till någon som arbetar på ett sätt som uppfattas som ett föredöme för övriga allmänläkare och blivande allmänläkare. Priset utgörs av ett vandringpris i form av ett vackert skepp som får symbolisera allmänläkarens roll som lots i den allt mer komplicerade sjukvårdsapparaten.

2005 fick Ann-Charlotte Hansveden, Kungsbacka utmärkelsen. Ann-Charlotte har gjort sig förtjänt av denna utmärkelse då hon både i chefsrollen och som vanlig distriktsläkare alltid haft allmänmedicinens synsätt som ledstjärna och rakryggat kunnat stå upp för detta även när det inte blåst medvind. Hon är uppskattad av kollegor, övriga medarbetare och inte minst av sina patienter.



Foto: Per Steneyd

Ann-Charlotte Hansveden
– årets allmänläkare i Halland.



Foto: Pierre Carlsson

Olof Buckard underhåller.

I sitt tacktal berättade Ann-Charlotte att hon fortfarande efter cirka 20 år som allmänläkarspecialist trivs i sitt yrke. Hon är nöjd med att efter sitt chefskap kunna ägna mer tid åt patientarbetet "Det är visserligen ibland en ganska tung arbetsbörda som väntar på jobbet, men trivseln och de positiva sidorna av jobbet överväger ändå".

SFAM-Halland och DLF Halland önskar lycka till i fortsättningen på sjukvårdens ibland ganska stormiga hav.

Olof Buckard, född 1933, har ett brett register som underhållare. Han har kallats estradör, satiriker, samhällskritiker, kulturjournalist, predikant och mycket annat. Mest känd är Olof Buckard kanske som imitator under 70-talet. Han framträdde under rubriken "Galenskapens föreläsning eller En dåres försvarstal".

Publiken fick under en och en halvtimme uppleva en scenframträdande där Buckard vävde samman sin uppväxt och sin utveckling som artist. Han berättade om sina problem med tvångstankar och Tourettes syndrom. I själva verket har stora delar av hans konstnärskap varit ett sätt att besvärja sig från tidvis svåra symptom.

Olof Buckard är son till en präst inom Svenska Missionsförbundet och uppvuxen i Jönköping. Sina studieår tillbringade han bland annat i Uppsala, dit han flydde för att komma undan religiositeten i Jönköping på 50-talet. På äldre dar har dock Olof Buckard återvänt till kyrkorummet eftersom han har förlänats venia. Många stora artister och scenpersonligheter har haft svåra traumata eller psykisk sjukdom i sin personhistoria, vilket gavs flera exempel på. Auditoriet blev underhållet på ett mycket personligt och konstnärligt sätt.

Som avslutning gavs en dryg halvtimme för samtal och frågor. Olof Buckard blir i år 72 år, men har inga tankar på att pensionera sig. Han berättade att några av hans inspiratörer har varit författarna Bertil Malmberg och Gunnar Edman samt sist men inte minst Sven Lidman.

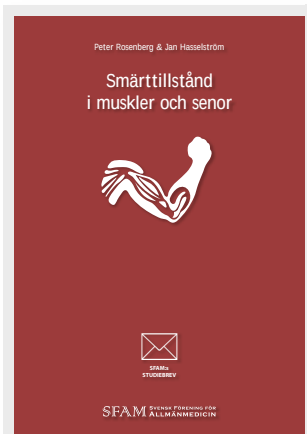
Buckard avtackades av en tacksam publik och SFAM-Halland ser fram emot ett nytt spännande verksamhetsår.

Pierre Carlsson
Varberg
pierre.carlsson@lthalland.se

ANNONS

Nytt studiebrev "Smärttillstånd i muskler och senor"

"Tennisarmbåge" och andra tillstånd med smärta i muskler och senfästen är vanliga. Behandlingen består ofta av lokal steroidinjektion eller NSAID förenat med råd om vila eller någon typ av fysikalisk behandling. Peter Rosenberg och Jan Hasselström, som bägge är aktiva i SFAMs läkemedelsråd, har gått igenom vilken evidens det finns för olika behandlingsalternativ. I studiebrevet finns fyra fallbeskrivningar, som det är tänkt att man skall diskutera i sin FQ-grupp, innan man sedan läser och diskuterar författarnas kommentarer. Brevet avslutas



med lästips och utvalda referenser. Det kan vara bra att bjuda in sjukgymnaster till diskussionerna, eftersom de behandlar många av dessa patienter. Vi vill ju ha konsensus om vilka patienter vi skall remittera och vilken behandling som patienterna då kan förvänta sig. Själv skulle jag gärna även velat läsa vilken evidens – eller brist på evidens – den finns när det gäller råd om vila och avlastning. Liksom övriga studiebrev kan detta beställas från SFAMs kansli.

Roland Morgell

Regionala hemsidor för allmänläkare

Som de flesta säkert redan sett, så kan man via SFAMs hemsida nå en användbar länksamling för allmänläkare, som sammanställs av Mikael Bellander i Norrbotten. Andra landsting och regioner lägger ut vårdprogram, kliniska riktlinjer och annan information på egna hemsidor på internet. Den informationen finns tillgänglig också för läkare i andra landsting, även om man kanske inte alltid känner till var informationen finns eller att det är något som man kan använda sig av. Lennart Holmquist har tidigare beskrivit den sida han samman-

ställt för familjeläkarna i Örebro län och då även påtalat behovet av att man bättre utnyttjar varandras erfarenheter. Här är en sammanställning av de regionala hemsidor jag kunnat få fram. Tack till er som lämnat info! Jag har inte tagit med FoU-enheternas hemsidor, nationella länkar eller sidor som endast nås internt. Hör av dig om det är någon sida jag missat!

Roland Morgell

Fotnot:

Holmquist, Lennart: Vårdpraxis.

AllmänMedicin nr 4, 2004.

Blekinge:

<http://www.lblekinge.se/primvrd/vprogram/index.htm>

Halland:

http://www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=9&module_instance=104

Stockholm:

<http://www.viss.nu>

Uppsala:

http://www.akademiska.se/templates/page_7053.aspx

Västernorrland:

<http://www.itv.se/-a1045/forte/>

Örebro:

http://www.orebroll.se/prim/page_7077.aspx

Östergötland:

<http://www.lio.se/utm/enkel.asp?CategoryId=7367>



Gentekniken i vår vardag

Inom ramen för ett forskningsprogram om etiska, legala och sociala aspekter på dagens genteknik har vetenskapsjournalisten Jenny Jewert sammanställt en liten behändig pocketbok med titeln *Gentekniken i människors vardag*. Skriften, som är utgiven på Atlantis förlag, ger inte någon heltäckande bild av området utan beskriver med olika exempel på vilka sätt gentekniken kan påverka vår vardag redan idag. Utökade möjligheter till fosterdiagnostik, faderskapsutredningar, riskbedömningar m.m. medför att individer och samhälle ställs inför nya övervägande.

Ett sätt att undvika svårigheter är att lämna gentekniken åt sidan och att avstå från beslut. Men man kommer inte undan problemen eftersom även detta får konsekvenser. Som vi tidigare tipsat om i *AllmänMedicin* nr 4/2004, så publicerade Statens Offentliga Utredningar förra året en mer omfattande beskrivning av de möjligheter och problem som tekniken medför.

Roland Morgell



Mobil telefon

Även i Norge finns på många håll ett missnöje med allmänläkarnas telefontillgänglighet.

Jannike Reymert beskriver i nr 5/2004 av *Utposten* – motsvarigheten till *AllmänMedicin* – hur de gjort på hennes mottagning. Jannike tycker inte att det är rimligt att förvänta sig att alla patienter skall kunna komma fram samtidigt på telefon, samtidigt som de måste kunna nås vid mer brådskande ärenden. Lösningen blev att skaffa en mobiltelefon som patienterna endast får ringa till vid akuta problem. Patienter som ringer om annat blir vänligt men bestämt informerade om att de blockerar telefonen för dem som bättre behöver komma fram. Mottagningen har använt denna metod i två år och tycker det fungerar utmärkt. De har även informerat patienterna om vilka tider de bör ringa för att ha bäst chans att komma fram vid mindre brådskande problem.

Roland Morgell

ANNONS

Protos – ett svenskt familjeläkarsystem

Sveriges allmänläkare har tagit fram ett förslag som vi är övertygade om kan lösa mycket av den svenska sjukvårdens problem. Förslaget kallar vi **Protos** vilket betyder ”den förste” på grekiska. Det står för att allmänläkaren bör vara den förste som tar hand om en persons hälsoproblem.

Svensk sjukvård brottas med problem. Det finns brister i tillgänglighet och som patient känner man sig ofta anonym i det svenska sjukvårdssystemet. En huvudorsak är att Sverige – till skillnad från många andra europeiska länder – inte satsat tillräckligt tydligt på den första linjens sjukvård.

Protos är de svenska allmänläkarnas förslag till ett **nationellt familjeläkarsystem**. Syftet är att trygga befolkningens rätt till en fast familjeläkarkontakt. Alla invånare ska ha samma förutsättningar att ha en lättillgänglig, kontinuerlig och förutsebar kontakt med sin doktor. Samtidigt innehåller förslaget anvisningar om hur familjeläkarmottagningarnas verksamhet kan organiseras så att det blir enhetligt i hela Sverige.

En egen familjeläkare, specialist i allmänmedicin, ger invånarna **trygghet** i vården och är **kostnadseffektivt** för samhällsekonomin. I länder med ett väl utvecklat familjeläkarsystem är vården effektiv, invånarna litar på sina familjeläkare och kvaliteten på sjukvården är hög.

Följande kriterier skall enligt Protos vara utmärkande för en familjeläkares verksamhet:

1. Tillgänglighet
2. Helhetssyn och vård efter behov
3. Kontinuitet
4. Engagerat och respektfullt bemötande
5. Kunskap, kvalitet och kompetens

Utgångspunkten är att det skall finnas en specialist i allmänmedicin tillgänglig per **1 500 invånare**.

Tanken är att alla invånare listas. Befolkningen har rätt till **fritt val** av fast läkarkontakt och att ingen upphandling sätter sig över detta val. De som inte

själva väljer aktivt tilldelas en tillgänglig familjeläkare i det fall man inte aktivt väljer att stå utanför systemet.

Etableringsrätten ska vara **reglerad**. För **etablering** krävs att en tillräcklig mängd invånare saknar familjeläkare. Befolkningsunderlaget avgör var läkaren kan arbeta – där det finns tillräckligt med invånare som saknar familjeläkare ska inget hindra en familjeläkare att etablera sig. Om däremot alla invånare är listade kan inte någon ytterligare etablering ske.

När antalet invånare utgör den yttre gränsen för hur många familjeläkare det kan finnas blir kostnaden för samhället förutsägbar – i detta förslag beräknad till ca 1 700 kronor/invånare och år.

Uppdrag och ersättning skall vara lika, oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi. Med enhetliga regler för uppdrag och ersättning krävs inte upphandling enligt LOU.

Grunduppdraget för familjeläkaren skall vara **väl definierat**, och den ekonomiska ersättningen skall ha tydlig koppling till uppdraget.

Ersättningen skall bestå av två delar – dels en grundersättning (**kapitation**) per listad invånare, dels en ersättning per **prestation** i form av läkarbesök, telefonkonsultation eller dylikt. Därutöver kan läkaren ha tilläggsuppdrag som till exempel skol- eller mödrahälsovård, utbildning och handledning. Det individinriktade folkhälsoarbetet skall ingå i grunduppdraget medan samhällsinriktat folkhälsoarbete skall utgöra tilläggsuppdrag.

Kostnader för provtagning, röntgen m.m. (**medicinsk service**) samt för **läkemedel** bör inte belasta enskild familjeläkare då detta skulle kunna vara till nackdel för patienten. Ekonomiska skäl får inte påverka läkaren att avstå från utredning och behandling. Familjeläkarna som grupp kan däremot svara för dessa kostnader och gemensamt med huvudmannen följa upp och kvalitetsgranska för optimal användning av medicinsk service och läkemedel.

Förslaget förordar att familjeläkare i normalfallet arbetar tillsammans i form av **grupp-mottagningar**, men utrymme måste finnas för olika lösningar, t.ex. på mindre orter. Familjeläkarens uppdrag gäller för alla listade personer under **årets alla dagar**. Genom samverkan löser man tillgängligheten under jourtid.

Protos innefattar **team** som, förutom allmänläkare, består av sjuksköterska och läkarsekreterare samt undersköterska/laboratorieassistent. Ett sådant team kan självständigt **färdigbehandla 90%** av alla som söker.

I primärvården finns också **andra viktiga yrkesgrupper** såsom distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, m.fl. Deras uppdrag beskrivs inte i Protos, men skall och kan utan svårigheter integreras i det funktionella teamarbetet kring patienten anpassat efter lokala förutsättningar och tradition. Det är viktigt att det som fungerar bra idag bevaras.

Förutsättningarna att sköta även mer komplicerade fall inom primärvården varierar, beroende på bl.a. geografiska förhållanden. Familjeläkarna skall därför samverka med **andra specialister** i såväl öppen som slutenvård.

Likasa skall man samarbeta med **kommunal sjukvård** – vården av de äldre på särskilda boenden.

Protos är ett förslag på hur familjeläkarevården kan organiseras. Förslaget beskriver familjeläkarens uppdrag och finansiering samt att detta kan och bör regleras i lag.

Sammantaget visar Protos en framkomlig väg till hur man på nationell grund kan skapa ett familjeläkarsystem som på lika villkor är tillgängligt för alla invånare och som också kan tillfredsställa Hälso- och Sjukvårdslagens krav på en fast allmänläkarkontakt för alla.

SLF (Sveriges läkarförbund)
DLF (Svenska Distriktsläkarförbundet)
SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin)
SPLF (Svenska Privatläkarförbundet)
SYLF (Sveriges Yngre Läkare Förening)

ANNONS

Protos - vad händer just nu?

Den nationella arbetsgruppen för Protos, som består av styrelsemedlemmar från SFAM, DLF, SPLF och SYLF, har under vintern och våren bedrivit ett intensivt lobbyarbete, främst riktat mot de politiska partiernas sociala utskott men även mot andra intressenter och enskilda landsting. Vi har presenterat bakgrund och utvecklat Protos-förslaget och sedan har diskussionen fått plats. Inte sällan har fokus legat på att rätta ut missuppfattningar om läkarfixering, avsaknad av teamarbete och att Protos-förslaget skulle representera en omodern sjukvårdsideologi. I detta arbete har vi idag ett mycket starkt stöd från Läkarförbundet centralt. Förankring av Protos inom andra vårdfack pågår där en central del av arbetet är att visa på att alla personalkategorier har sin egen roll i primärvården. Detta har resulterat i att SACO-vård just nu utformar ett dokument som beskriver uppdraget för deras yrkesgrupper i ett nationellt familjeläkar-system, Team-Protos.

Vi har även vid upprepade tillfällen träffat vård- och äldreomsorgsministern Ylva Johansson och några av hennes medarbetare på socialdepartementet. Stort intresse för vårt förslag föreligger och man är liksom vi övertygade om att Protos skulle kunna lösa flera av problemen i dagens sjukvård. Flera uttrycker också att ännu har ingen annan presenterat något hållbart alternativ till Protos. Några löften om genomförande har inte givits. Ministern kan inte se sig som den som lagstiftar om ett nationellt familjeläkar-system i dagsläget, men är beredd att stötta försöksverksamhet på frivillig basis i ett par landsting. Under våren har också representanter för Protos-gruppen haft flera kontakter med några landsting/regioner med intresse av att ta första steget.

Gruppen har tagit fram tre versioner av informationsblad om Protos. Ett till oss själva i läkarkåren, ett till politiker,

tjänstemän, journalister o.d. och ett till lekmän i övrigt. Dessa finns att läsa och ladda ner på www.protos.se som är gruppens hemsida. Där finns även länkar till de bakomliggande föreningarna. Man kan också läsa om de kostnadsberäkningar för Protos genomförande som vi tagit fram.

Diskussionen oss allmänläkare emellan fortgår förstås både på regionalt och nationellt plan. På SFAMs ST-dagar i Örebro hölls ett mycket uppskattat symposium där det vändes ut och in på Protos, och farhågor och förhoppningar ventilerades. Representanter från de ingående föreningarna och läkarförbundet fick några minuter var till att ge sin Protos-förklaring, och sedan tog den livliga och engagerade diskussionen vid. På flera håll i landet har man i lokalföreningar diskuterat Protos på sina möten.

Hur går vi vidare? Med formella och informella kontakter i beslutsvärlden. Med fortsatt diskussion inom och utanför familjeläkarfären. Med fortsatt gemensamt arbete med de andra yrkeskategorierna i primärvården vad det



Eva Jaktlund



Johan Berglund

gäller utformandet av ett genomarbetat slagfärdigt Protos, som kan omsättas i verklighet. Inom SFAMs råd arbetas det nu också med att ta fram modeller för t.ex. fortbildning, kvalitetsarbete och ST inom ett nationellt familjeläkar-system. Lokala initiativ gentemot sina landstingspolitiker och via insändare i lokalpress uppmuntras och kan säkert påverka i riktning mot ett genomförande.

Eva Jaktlund och Johan Berglund
representerande SFAM i Protos-gruppen

Notis

En kul liten pratfilm om bättre läkemedelsanvändning



Rickard Fuchs i ABLA* har nu förverkligat sin idé om att göra en film som blandar sketcher med ett allvarligt budskap. I en serie tablåer illustrerar Claes Månsson tillsammans med Henry Bronett fenomen som följsamhet, oföljsamhet, samsyn, kommunikation och uppföljning på ett dråpligt sätt. Vi kan känna igen oss i de stundtals lite skruvade situationerna mellan patient och läkare. Rickard själv tar hand om mellansnacket i en kontrasterande saklig och allvarlig ton. Videon som är 24 minuter lång lämpar sig väl som underlag för diskussioner om läkemedelsanvändning vid till exempel arbetsplatsträffar och seminarier i vården, exempelvis FQ-gruppsträffar. Filmen kan levereras som video (VHS) eller som DVD och beställs genom info@inspelningsteamett.se

* Arbetsgruppen för Bättre Läkemedelsanvändning – bakom denna grupp står representanter för Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening, Apoteket AB, Apotekarsocieteten, Sveriges kommuner och landsting och stiftelsen NEPI.

Anders Lundqvist

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 SFAMs utbildningsråd Examinandmöte
12.30-14.00	Institutionsmöte Examinatorsmöte AKO-möte I (ansv. Sten Tyrberg) Skrivningsgenomgång
13.00-14.00	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
Komplementärmedicin – förekomst och evidens
Torkel Falkenberg, Anna Cullberg
Årets avhandlingar
Lars Borgquist

13.30–15.00 **Redovisning examensuppsatser**
Protos i internationell belysning
Benny Ståhlberg, Quentin Shaw, Jesper Lund, Kjell Martmann-Moe
Vad håller de på med? Praktisk introduktion till komplementärmedicin
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

18.30–19.30 **Diplomering av examinander**
Underhållning av Östergötlands allmänläkarkör

19.30 Bankett. Musik Goodtimers

FREDAGEN 21 OKT 2005

08.30–10.00 **Medikalisering-doktorn, patienten och den farmakologiska revolutionen.**
Kirsti Malterud, Bergen, Mozi Eklöf, Magnus Nord

10.30–12.00 **Riskbegreppet: studierna bakom – en historisk resa**
Anders Hernborg, Jan Håkansson, ST-läkare Anna-Carin Lundin
Naturläkemedel i framtida vård
Eva Vegfors, Birgitta Lorentzon
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**

Posterutställning

Deltagarna inbjuds att bidra till posterutställning. Sammanfattning som är arrangörskommittén tillhanda före 3 september publiceras inför mötet i programbladet tillsammans med sammanfattning av ST-uppsatser och seminarier. 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 sker via SFAMs hemsida www.sfam.se

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@vgregion.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@ltkalmars.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.sjogren@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
Hans Brandström
0498-26 85 15
fax 0498-20 35 41
hans.brandstrom@hsf.gotland.se

LINKÖPING
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK
Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmars.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@dfr.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, Christina Nilzén och
Marie-Louise Remnéus
040-58 60 65
thomas.stavne@telia.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

Heléne 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@ltblekinge.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
4	7/8	19/9
5	18/9	2/11
6	31/10	15/12

Reflektion över ett möte i möbelaffären en söndag i mars

Ibland betyder mötet mer än de ord som utväxlas.

Idag kom en kvinna fram och hälsade i möbelaffären. Hennes man, Erik, ville också prata med mig. Jag väntade en stund eftersom han gick de få stegen mödosamt. De förutsatte att jag kände igen dem och tilltalade mig med förnamn.

– Du är den bästa doktor jag träffat, var Eriks hälsningsord. Jag kommer så väl ihåg att du sa att du inte kunde något. Men du skulle läsa på.

Min obekväma känsla av otillbörligt smicker sjönk undan och jag började minnas. Jag kom ihåg Erik som jag lärde känna för ungefär tio år sedan. Han hade just insjuknat i Parkinsons sjukdom och hade en släkting som på något sätt var involverad i neurologisk forskning. Det blev för mig en utmaning som jag lärde mig mycket av. Jag var nybliven specialist i allmän medicin och hade begränsad erfarenhet av neurologiska sjukdomar och just då hade det hänt en del kring behandlingen av Parkinsons sjukdom. Vi skildes åt efter några år när jag bytte tjänst.

– Har du det bra nuförtiden? Vi saknar dig.

Jag tackade för komplimangen och vi gick åt olika håll i affären.

Resten av dagen har jag funderat på vad en bra doktor är. Uppenbarligen behöver jag inte oroa mig för att inte kunna tillräckligt. Okunskap om en sak verkade inte så viktig som viljan att lära. Kunde det vara så att min klargjorda brist på kunskap gjorde honom delaktig. Var det den som gjorde att de kunskaper han kunde få från sin släkting blev en tillgång och inte ett hot mot min auktoritet som hans läkare, vilket jag befartat.

Erik kände uppenbarligen att en viktig egenskap hos en bra doktor är förmågan att inse sin begränsning i kombination med viljan att lära sig det som behövs. Den var så viktig att han ville påminna mig om den efter alla år.

Han förutsatte att jag hade den nödvändigaste doktorskunskapen och upplevde mitt behov av att läsa på som ett sätt att visa respekt för honom och hans sjukdom.

Som person var jag inte heller ointressant för honom. Han ville veta om det gått bra för mig sedan vi skilts åt. Det gällde inte mitt jobb utan om jag hade det bra och att jag skulle veta att jag hade en plats att återvända till om det behövdes.

Läkaren som person är kanske lika viktig som patienten som person? En läkare som är personlig utan att tappa sin professionalitet eller att bli privat.

Så kunde Erik utmana min lust att lära mig mer ännu en gång. Bara med några meningar och en kram fick han mig att se vad som krävs av mig ur hans synvinkel.

Tack Erik för att du är en av de patienter som får mig att utvecklas i mitt yrke!



Karin Ranstad

2005

Augusti

The International Balint Congress
Stockholm 24-28 augusti 2005

Medical Informatics in Europe 2005

28 aug–1 september, Geneve
www.MIE2005.net

September

11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine
3–7 september Kos, Grekland

STRAMAs jubileumssymposium "Antibiotic resistance

– present situation and future perspectives"
14 september, kl. 9-16, Folkets Hus, Stockholm. Ingen avgift. Deltagare registrerar sig före 30 juni till kristina.lundh@smi.ki.se eller fax 08-31 36 10.

Nationell konferens om patientsäkerhet
15-16 september, Socialstyrelsen

Läkemedel, hälsa, miljö
16 september, Stockholm
Arr. Läkare för Miljön
Anmälan ingrid@eckerman.nu före 2/9
Information www.dnsy.se/lfm

SFAM.IQ arrangerar Nationell Kvalitetsdag för Primärvården
Torsdag 22 september, Folkets Hus, Huddinge. Konferensavgift 800 kr. Anmälan till kjell.lindstrom@lj.se

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

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

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

Mars

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

Augusti

Wonca Europa
27-30 augusti, Florens



OBS!

För tillgång till delar av SFAMs hemsida ange
Användar-id: sfam
Lösenord: 1976



KursDoktorsn utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Senaste granskning genomfördes 041117. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu