

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 2 2005 ÅRGÅNG 26



**SFAM.L granskar betablockerare/sid 9**

Att fortsätta leva på mitt sätt – ny avhandling/sid 5 • Nycklar till framgång – ST-dagar i Örebro/sid 31

## 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](http://www.sfam.nu). Alla texter granskas av tidskriftens redaktörer, vilka tar ställning till publicering. Därefter sker sedvanlig korrekturläsning och korrigerings, innan materialet skickas till Gunnar Brink på Mediahuset för layout. Skicka helst också bildmaterial, se tips nedan.

Välkommen!  
Redaktionen



## Bildtips!



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

Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.

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

Frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink  
[gunnar@mediahuset.se](mailto:gunnar@mediahuset.se)  
Tel 0525-323 52

Omslagsfoton: Hanna Ranstad

### 3 Ledare

Har indisk fattigvård något vi saknar?  
*Karin Ranstad*

### 5 Avhandling

Att fortsätta leva på mitt sätt  
*Helene Ekström*

### 6 Avhandling

Ny avhandling belyser etik i allmänläkarens vardag  
*Stefan Bremberg*

### 9 SFAM.L granskar

Atenolol och andra betablockerare – fåglar eller fiskar?  
*Peter Rosenberg, Anders Herborg, Jan Håkansson*

### 13 Notiser

Handledarpris i Uppsala  
Dansa mer!

### 15 Vetenskap & utveckling

Allmänmedicinsk diabetesforskning  
*Peter M Nilsson, Ulf Lindblad, Bengt Scherstén*

Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om "nyckelfrågor" används i konsultationen?  
*Anders Israelsson*

### 22 Notis

2005 – et stort år for internationale kongresser! Fortsat!  
*Allan Pelch*

### 25 Praxis

Waranmottagning – så här gör vi på Björknäs vårdcentral  
*Carl Johan Westborg*

### 27 Debatt

Ur Ordbytesfloden – sjukskrivning på gott och ont

### 28 Notiser

Glöm inte polio  
Underskatta inte vinterdepressioner

### 31 ST-dagar

Nycklar till framgång – ST-dagarna i Örebro  
*Anna Barnéus*

### 35 Fortbildning

EURACT  
*Monica Lindh*

### 40 Recensioner

Två skandinaviska skrifter – och en liten bok om genusperspektiv i sjukvården. *Roland Morgell*

Nyutkommen bok om Placebo. *Roland Morgell*

Dr Semmelweis – en smutsig historia. *Eva Marklund*

Argumentering för äldrevårdscentral. *Roland Morgell*

Handläggning vid akuta förgiftningar. *Roland Morgell*

### 46 SFAM informerar

Kontaktpersoner

### 48 Krönika, kalendarium

Livslång arbetsglädje som familjeläkare!  
*Robert Svartholm*



Historisk översikt av svensk diabetesforskning.  
Sidan 15

**”Patientens rätt till självbestämmande kan komma i konflikt med läkarens skyldighet att göra gott för patienten, när denne är ovillig att förändra sin livsstil eller motsätter sig behandling.”**

Ny avhandling av Stefan Bremberg.  
Sidan 6



Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om "nyckelfrågor" används i konsultationen?  
Anders Israelsson söker svar på sidan 19.



Anna Barnéus rapporterar från ST-dagarna i Örebro.  
Sidan 31

# ANNONS

Foton: Hanna Ranstad



## Har indisk fattigvård något vi saknar?

**K**erala lär vara en av de fattigaste delstaterna i det ofattigt stora Indien. Vi var en grupp svenskar som åkte dit i det som skulle visa sig bli "tsunamins tid". Fattigdomen märktes inte så mycket på stranden i Kovalam, så vi fick söka andra vägar undersöka villkoren för det verkliga livet.

En rickshawförare lovade köra oss till ett ålderdomshem för kvinnor. Han ville inte visa oss det privata ålderdomshemmet där medelklassen lämnade sina gamla. Istället tog han oss till ett hem för hemlösa och övergivna kvinnor som drivs av moder Therasas orden. På vägen köpte vi sockerkaka till alla, den kan man tugga med bara gommen. Att komma tomhänt är otänkbart och allmosor naturliga.

Byggnaden låg bakom ett högt staket. Ringklockan hade knappt klingat ut innan dörren öppnades in till en samlingshall. Vi hälsade omväxlande på indiskt och europeiskt vis, ibland fick vi en klapp på kinden.

Vanligen bodde där 85 kvinnor, men just då renoverades övervåningen, så de var bara 65. På var sin sida om samlingshallen, som har ett altare bakom ett draperi, låg två stora sovsalar med sängar tätt längs väggarna. I ett hus bredvid låg matsalen. Köket hade bänkar av betong och eldstad med öppen eld. Hemmet drivs av fem nunnor och fyra anställda. Just då var bara en av nunnorna hemma.

Hon var utbildad sjuksköterska och berättade gärna om sitt arbete.

Kvinnorna hade kommit av olika skäl, men gemensamt var att de var övergivna av sina familjer. Några hade varit hemlösa och uppträtt så störande längs vägarna att de förts dit. Andra hade hämtats från sjukhusen när anhöriga inte gjort anspråk på dem. Flera hade stigit på ett tåg någonstans och inte stigit av förrän på ändstationen. Vet man inte varifrån man kommer kan man inte skickas tillbaka. Många var säkert inte mer än medelålders.

Nunnan berättade att de flesta var förvirrade när de kom. Medicinering med psykofarmaka krävdes ofta, eftersom många var psykiskt sjuka och en del lågbegåvade. Några hade kroppsliga handikapp eller var helt enkelt gamla. Den äldsta var över 90 år och ganska trött. Doktorn kommer varje månad, annars åker man till ett sjukhus i närheten om någon behöver.

Det luktade tvättmedel och golvet var spegelblankt. Mest slående var dock den nyfikenhet och glädje vi möttes med. Gång på gång fick vi berätta att vi kom från Sverige och att de yngre kvinnorna var mina döttrar. I utbyte fick vi veta vem som hade bott hos sin syster tills hon blev bortgift och vem som hade blivit en belastning för barnen när hon inte längre orkade arbeta i hushållet. Vi fick höra livshistorier om utanförskap och om att bli övergiven, men att det var bra nu. Alla ville bli fotograferade

samtidigt som lunchen serverades. Det blev tumult när det blev för svårt att både hålla ordning på maten och besökarna. En utspild portion blev dock snabbt upptorkad och den olyckliga omkramad. Den som kan hjälper sina medboende med självklarhet. På det här stället förväntades man hjälpa till, med det man kan utföra av omvårdnad om sina medpatienter och skötsel av det gemensamma hemmet.

Jag funderar fortfarande på om äldreården verkligen är av bättre kvalitet i Sverige. De stora, fina nästan ödsliga standardrummen och ensamma gamla människor utan sysselsättning, är det rätt väg? Kanske vi har något att lära av u-landets fattigvård, där man visserligen inte har en egen vrå, men en plats att fylla i en gemenskap där det man kan bidra med är nödvändigt för att vardagen ska fungera.

Foto: Hanna Ranstad



Karin Ranstad

# ANNONS

# Att fortsätta leva på mitt sätt

*”Till mitten hunnen på vår levnads vandring hade jag i en dunkel skog gått vilse och irrat bort mig från den rätta vägen”.*

Så skev den store medeltida poeten Dante. För att hitta tillbaka till den rätta vägen stannade han upp och skrev *Den gudomliga komedin* – ett av världslitteraturens mästerverk.

**H**elene Ekström hade hunnit ungefär lika långt, när hon stannade upp i sin vandring på den allmänmedicinska banan och frågade sig: Vad gör jag egentligen? Den frågan ledde inte till en gudomlig komedi, men till väl till en avhandling.

Under 90-talet fanns en stark trend till ökad östrogenanvändning bland kvinnor i menopaus. Det var ett skäl till att Helene kom att fokusera på denna användning. Hur såg det ut i distriktet? Varför valde somliga behandling och andra att avstå? Fanns skillnader beträffande symptom, grad av besvär och livskvalitet?

Med hjälp av enkäter började Helene gräva på hemmaplan. Kvinnorna där gav god respons, varför undersökningen utvidgades samt kompletterades med intervjuer och öppna enkätfrågor, som analyserats enligt grounded theory. Det framkom att klimakteriet inte i någon större utsträckning påverkar livskvalitet, att äldre kvinnor var mer nöjda än yngre samt att hormonanvändarna hade fler symptom och lägre livskvalitet. Studien kan inte svara på frågan om vissa kvinnor använder hormoner p.g.a. att de har en sämre livskvalitet, eller om det är hormonerna som orsakar den låga livskvaliteten?

Utifrån intervjuerna har Helene genererat en hypotes för hur kvinnor hanterar menopaus. Hon kallar den *Att fortsätta leva på mitt sätt* – en fruktbar teori, som visar hur kvinnor försöker *bevara* sitt nuvarande sätt att leva, *begränsa förändringar* och *omvärdera* sin situation om de andra strategierna inte räcker till. Teorin har

egentligen inte specifik kvinnlig prägel, utan visar på ett allmängiltigt beteende för att hantera osäkerheten under en livscykelpassage.

Opponenten satte avhandlingen i sitt sammanhang. Hon synade med skärpa figurer och tabeller och plockade fram enstaka statistiska oklarheter, några metodologiska brister och begränsningar. Med exempel från den stora prospektiva studien om kvinnors hälsa i Göteborg visade hon elegant hur vanskligt det kan vara att dra slutsatser om tidstrender från tvärsnittsstudier. Det må gälla attityder, eller andra parametrar. Helene var väl medveten om metodologiska begränsningar och kunde på ett utmärkt sätt hantera även oväntade invändningar. Tack vare Cecilias kritiska, men positiva hållning fick Helene möjlighet att visa sina goda fackkunskaper och teoretiska medvetenhet.

Helene skrev sin avhandling i en tid, då östrogenanvändningen omvärderats från att vara en självklar behandling, lämpad för de flesta kvinnor, med undergörande effekter på de flesta organ, till att bli en behandling som rekommenderas endast mot klimakteriella symtom som svettningar och värmevallningar. En god forskare bör ha känsla för vad som rör sig i tiden och samhället. Det har Helene. Därför skrev hon en angelägen avhandling om rätt ämne vid rätt tidpunkt, med ett perspektiv som vi allmänläkare kan ha stor nytta av i mötet med patienten.

Christer Petersson  
FoU-centrum, Växjö  
[christer.petersson@ltkronoberg.se](mailto:christer.petersson@ltkronoberg.se)

Datum: 21 januari 2005

Avhandling: Keeping my ways of being. Middle-aged women and menopause. Att fortsätta leva på mitt sätt – Medelålders kvinnor och menopaus/ klimakteriet.

Författare: Helene Ekström,  
[helene.ekstrom@ltkronoberg.se](mailto:helene.ekstrom@ltkronoberg.se)

Institution: Institutionen för kliniska vetenskaper Lund, avdelningen för allmänmedicin, Lunds universitet.

Handledare: Birgitta Hovelius,  
Johanna Esseveld

Opponent: Cecilia Björkelund

## Notis

### Lättläst om trötthet och glömska

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap har Socialdepartementets uppdrag att stöda och samordna forskning samt sprida kunskap. Rådet ger ut små lättlästa kunskapsöversikter. Nyligen utgivna är översikter om trötthet respektive glömska och demens, vilket ju är vanliga tillstånd, där gränsen mellan normalt och onormalt inte alltid är uppenbar. Skriften om glömska och demens beskriver även bromsmediciner. Översikterna kan rekommenderas till intresserade patienter och även användas till att ge studenter, AT-läkare och andra yrkesgrupper en kort introduktion. De kan beställas via hemsidan [www.fas.forskning](http://www.fas.forskning) (där man även kan läsa om de medel som kan sökas).

Roland Morgell

# Ny avhandling belyser etik i allmänläkarens vardag

När medicinsk etik diskuteras i media är det oftast svåra och livsavgörande frågor, medan det inom allmänmedicinen är mer vardagliga frågeställningar. Vilka rättigheter och skyldigheter har läkaren gentemot sin patient, andra patienter och samhället? Vilka rättigheter och skyldigheter har patienten?

Det har visat sig vara svårt att med hjälp av teorier lösa etiska problem i den kliniska vardagen. Man brukar utgå från fyra principer: autonomi, inte skada, göra gott samt rättvisa. Avvägning mellan nytta och inte skada kräver kunskap och erfarenhet. Man måste värdera vems nytta och skada det handlar om. Läkaren vet inte alltid vad som är bäst för patienten och måste också beakta andra intressen. Rättvisa innebär att inte diskriminera, solidaritet med svaga och utsatta individer samt respekt för lagar och förordningar.

Uttrycket ”patientens bästa” används ofta av läkare och patienter. Vissa hävdar att detta är förutsättningen för själva läkarrollen. Det finns en strävan att stärka patientens inflytande i sjukvården. Patienten är ofta i ett utsatt läge, medan läkaren har en maktställning. Paternalism innebär att läkaren mot patientens önskan vidtar eller avstår från en åtgärd med hänvisning till medicinsk nytta, utebliven nytta eller risk för skada.

Jag har med enkäter, intervjuer och patientbeskrivningar analyserat hur läkare och allmänhet resonerar när etiska överväganden blir aktuella i vården. Resultaten visar att svenska allmänläkare ofta upplever etiska problem i sitt arbete, sex av tio allmänläkare (övervikt för kvinnor) dagligen, nio av tio åtminstone varje vecka. Många läkare beskrev etik som en inbyggd kompass som krävs för

ett bra möte med patienten. Teorier och guidelines upplevs ofta som alltför kategoriska för att kunna vara till hjälp. Man beskrev en ökad etisk medvetenhet, men saknade ofta tid och möjligheter att diskutera med kollegor.

Patientens rätt till självbestämmande kan komma i konflikt med läkarens skyldighet att göra gott för patienten, när denne är ovillig att förändra sin livsstil eller motsätter sig behandling. Krav på medicinskt omotiverade åtgärder väcker frågor om patientens självbestämmande och rättvis prioritering av resurser. Screening och gentester är andra framtidsfrågor som visar att det i allmänläkarens vardag kommer att ställas allt större krav på etiska överväganden.

Ställningstaganden kring patientbeskrivningarna visade att många läkare anser att det i vissa situationer kan vara etiskt riktigt att gå emot patienternas önskemål, samt att allmänheten i vissa fall hade orealistiska förväntningar på sjukvården. Bland såväl allmänhet som läkare fanns uppfattningen att patienter med självförvållade sjukdomar, t.ex. rökare, inte har rätt till samma vård, vilket inte är i enlighet med officiella prioriteringar.

Grundprincipen är att läkarens makt inte får användas till att kränka patientens autonomi. I de extrema situationer då detta är motiverat ska det redovisas och dokumenteras. Patienten har ingen absolut rätt att kräva en viss åtgärd och läkaren måste ta hänsyn till förekomst eller avsaknad av medicinsk nytta samt rättvis fördelning av begränsade resurser. Patientens rätt till självbestämmande måste också balanseras så att läkarens autonomi inte kränks.

Stefan Bremberg  
stefan.bremberg@telia.com



Stefan Bremberg

Avhandling: Paternalism in general practice – physician's power and patient's autonomy

Datum: 3 december 2004

Författare: Stefan Bremberg

Institution: Medicinsk etik, Lunds universitet

Opponent: Niels Lynöe

# ANNONS



# ANNONS

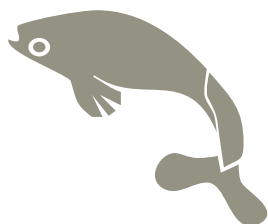
# Atenolol och andra betablockerare – fåglar eller fiskar?



Den senaste SBU-rapporten om högt blodtryck, en samtidigt publicerad uppmärksammas metaanalys som ifrågasätter atenolol och ett uttalande från Läkemedelsverket har skapat viss förvirring när det gäller betablockerarna vid hypertoni. SFAM.L gör ett försök att bringa reda i begreppen.

SBU har presenterat en uppdaterad kunskapsöversikt om måttligt förhöjt blodtryck (1). Slutsatsen i denna omfattande rapport är att de fem vanligaste klasserna av blodtryckssänkare (tiazider, ACE-hämmare, kalciumantagonister, ARB och betablockerare) är väsentligen likvärda när det gäller att sänka blodtrycket och minska allvarliga kärlkomplikationer som slaganfall och hjärtinfarkt. Frågor man som förskrivare kan ställa sig om betablockerare vid hypertoni:

- Är betablockerarna som klass lika bra som andra blodtryckssänkare, när det gäller att skydda mot slaganfall och hjärtinfarkt?
- Talar tillgänglig dokumentation för att atenolol skulle vara sämre än andra betablockerare när det gäller detta skydd?
- Finns evidens för att kombinationen tiazider och betablockerare är sämre för patienterna vad gäller skydd mot allvarliga kärlländelser?
- Ger selektiva betablockerare mer biverkningar och anledning till avslutning av behandlingen, än andra blodtryckssänkare?
- Vilken plats har gruppen betablockerare vid behandling av okomplicerad hypertoni idag utifrån tillgänglig dokumentation? Vilken betablockerare bör man välja?



## Är betablockerare inte bättre än sockerpiller?

Engelska NICE, en institution som har en liknande ställning som SBU och Läkemedelsverket hos oss, gav ut guidelines om hypertoni i augusti 2004 (2). Där ingår en del metaanalyser om de olika klasserna av blodtryckssänkare. I metaanalysen som jämför olika betablockerare med placebo når man väsentligen samma resultat som den aktuella metaanalysen i Lancet om atenolol. Resultaten visar att betablockerarna som grupp inte är signifikant bättre än placebo vad gäller påverkan på totalmortalitet och hjärtinfarkter. När det gäller slaganfall ses en minskning i betablockerargruppen som i den ena analysen är statistiskt säkerställd och gränssignifikant i den andra.

## Betablockerarna lika bra som andra blodtryckssänkare?

Redan 1998 ifrågasatte Messerli och medarbetare i JAMA lämpligheten av att rekommendera betablockerare som förstahandsmedel, främst till äldre patienter (3). I en senare artikel har de liknat betablockerarna vid "kejsarens nya kläder" (4). Som stöd redovisades metaanalyser på då tillgängliga studier på äldre. Vid jämförelse mot placebo fann man att betablockerare inte var signifikant bättre än placebo vad gällde hjärtinfarkt och totalmortalitet, däremot vad gällde slaganfall. Motsvarande resultat för tiazider visade att dessa var signifikant bättre än placebo på samtliga utfall: totalmortalitet, hjärtinfarkt och slaganfall.

I en stor metaanalys av blodtrycksstudier omfattande 42 studier med närmare 200 000 randomiserade deltagare, konstaterades att tiazider gav signifikant färre antal kardiovaskulära händelser än betablockerbehandling (5). I en nästan lika stor metaanalys har man studerat betablockerare ihop med tiazider varför det är svårt att dra några slutsatser för enbart beta-blockerare (6).

I flera stora studier från senare år har kontrollgruppen behandlats med betablockerare och/eller tiazider blandade i samma randomiseringsgrupp (STOP-2, CAPPP, NORDIL). Det finns ingen redovisning av resultatet för enbart betablockerarna och än mindre för de specifika betablockerarna separat. Dessa studier kan därför inte tas som bevis för betablockerarnas effekter.

## Är atenolol särskilt dåligt?

Den aktuella metaanalysen i Lancet ifrågasätter atenolols förmåga att förebygga komplikationer till hypertoni (7). Studierna i metaanalysen är mycket heterogena avseende patientkaraktäristika och blodtrycksnivåer. Resultaten i studierna är divergerande och urvalet av studier diskutabelt.

I en studie på äldre var atenolol bättre än placebo (HEP) medan i en annan studie på äldre var atenolol inte bättre än placebo och sämre än tiazider (MRC Old). Atenolol hade lika bra effekt som ACE-hämmare i en stor och lång studie på diabetiker (UKPDS). I en annan stor studie var atenolol + tiazid sämre än ARB + tiazid vid behandling av patienter ►►

# ANNONS

med hypertoni och vänsterkammarhypertrofi (LIFE).

I metaanalysen finns en omdiskuterad subgruppsanalys av HAPPHY-studien (se nedan). I en medicinsk kommentar i Läkartidningen framhålles dessutom att metaanalysen knappast håller för en allmän konklusion om atenolol (8). Detta därför att de flesta ingående populationerna i liten utsträckning utgörs av människor med okomplicerad hypertoni.

#### Övriga betablockerares dokumentation

Det finns få studier av mortalitet/morbiditet för övriga betablockerare vid hypertoni. Det finns därför ingen dokumentation som ger stöd åt uppfattningen att någon annan betablockerare skulle vara bättre än atenolol vid behandling av hypertoni vad gäller skydd mot allvarliga komplikationer.

Det finns två jämförande studier med propranolol. En visade att propranolol var sämre än tiazider men aningen bättre än placebo (MRC). En annan visade att betablockerare, mest propranolol, var bättre än icke-BB (Yurenev och medarbetare). Det finns en studie där oxprenolol jämfördes med placebo – ingen skillnad (IPPSH).

För metoprolol finns, vad vi har kunnat finna, bara de omdiskuterade MAPHY- och HAPPHY-studierna (se nedan).

Efter hjärtinfarkt och vid hjärtsvikt finns för vissa betablockerare god dokumentation medan den för atenolol är obefintlig eller svag. Kardioprotektiv effekt efter hjärtinfarkt eller effekt vid hjärtsvikt kan emellertid inte överflyttas till att gälla personer med okomplicerad hypertoni.

#### MAPHY/HAPPHY

##### – omdiskuterade metoprololstudier

HAPPHY var en prospektiv, randomiserad öppen studie som jämförde olika betablockerare (atenolol, metoprolol eller propranolol) med tiazididiuretika. Resultatet publicerades 1987 och visade inte någon skillnad mellan grupperna. Ett år senare publicerades MAPHY-studien. Vid ett första påseende ser MAPHY ut att vara en väl genomförd, primärpreventiv, prospektiv, studie på patienter med högt blodtryck där patienterna rando-

miserades till metoprolol eller tiazididiuretikum. Det rapporterades en skillnad i totalmortalitet på 48% (95% CI 17–68%) till fördel för metoprolol.

MAPHY är dock inte en prospektiv studie trots att den framställs som det. När HAPPHY avslutade efter nio år gick vissa (men inte alla) av de centra i HAPPHY-studien som hade använt betablockeraren metoprolol till sina patienter, med på att fortsätta studien.

Det var inte förlängningen av studien som åstadkom skillnaden mellan metoprolol och tiazider – tvärtom. Skillnaden var störst vid 4,2 år (48%) och minskade till 22% vid studiens avbrytande. MAPHY kan alltså till största delen betraktas som en retrospektiv subgruppsanalys av HAPPHY-studien. Detta mycket ovanliga förfarande ifrågasattes och kritiserades efter publiceringen.

I SBU-rapporten värderas MAPHY-studien så här: ”Kvaliteten på denna studie bedöms vara avsevärt lägre än för HAPPHY, då svårigheter föreligger att få insikt i hur förlängningen av studien gick till, och då okonventionella statistiska analyser användes. De anmärkningsvärta olika resultaten i HAPPHY och MAPHY gör tolkningen av fynden i den senare undersökningen svår.”

Subgruppsanalyser i efterhand i HAPPHY-studien har gjorts för att visa att metoprolol är bättre än atenolol. Men eftersom det inte skedde någon slumpmässig fördelning till den ena eller andra betablockeraren har sådana siffror lågt bevisvärde. Detta förfarande är inte vetenskapligt acceptabelt enligt ett uttalande från styrkommittén för HAPPHY-studien (9). De påpekade också att mortaliteten skilde kraftigt mellan olika studiecentra och olika länder.

Någon ytterligare metoprololstudie med mortalitet/morbiditet som effektmått vid okomplicerad hypertoni finns oss veterligen inte publicerad. Känner man nu tveksamhet till användande av atenolol finns alltså ingen annan specifik betablockerare som kan sägas vara bättre dokumenterad. Vill man byta ut atenolol bör det snarare vara till lågdostiazid eller generisk ACE-hämmare än till någon annan betablockerare.

#### Betablockerare slut som förstahandsalternativ?

Vid nyinsättning eller ändrad mediciner vid okomplicerad hypertoni, bör man idag enligt vår bedömning i första hand välja lågdos-tiazid och/eller ACE-hämmare. Vid hypertoni och samexisterande sjukdomar/symptom som t.ex. förmaksflimmer, kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, takykardi och migrän kan det vara lämpligt att kombinera med betablockerare. Det är viktigt att sänka blodtrycket tillräckligt mycket, särskilt hos diabetiker/njursjuka och andra med hög kardiovaskulär risk. Då krävs ofta två läkemedel eller fler. I sådana fall kan man också använda kalciumantagonister eller betablockerare.

#### Tiazid och betablockerare – en dålig kombination?

Denna kombination har varit vanlig under många år eftersom tiazider och betablockerare i officiella riktlinjer från olika håll rekommenderats som förstahandspreparat. Under det senaste året har dock såväl NICE som den senaste SBU-rapporten uppmanat till försiktighet med denna kombination hos personer med ökad risk för typ2-diabetes eftersom såväl betablockerare som tiazider kan höja blodsockret. I ett flertal studier har emellertid många patienter i den ena behandlingsgruppen fått denna kombination och resultatet för den behandlingsgruppen har varit klart bättre än placebo och likvärdig med jämförd behandling vad gäller mortalitet/morbiditet.

En 14-årsuppföljning av SHEP-studien har nyligen publicerats. De patienter som fick klortalidon (tiazidliknande) utvecklade visserligen oftare diabetes än de som fick placebo. Men den kardiovaskulära dödligheten ökade inte bland dessa vilket den gjorde hos de placebobe-handlade som utvecklade diabetes(10). De som redan före studiens början hade diabetes var de som hade störst nytta av klortalidon. Detta kan tolkas som att typ2-diabetes, som uppträder som följd av påverkan av ett läkemedel inte har samma prognostiska innebörd som den spontant uppträdande. ►►

# ANNONS

### Mer biverkningar?

Ger selektiva betablockerare mer biverkningar och behandlingsavbrott än andra blodtryckssänkare? I välgjorda dubbelblinda studier som konstruerats just för att jämföra biverkningar bland olika klasser av blodtryckssänkare har detta inte kunnat verifieras. Tvärtom har livskvaliteten i de flesta studier klassats högre bland grupperna med aktiv blodtryckssänkande substans jämfört med dem som fått placebo.

I den dubbelblinda HANE-studien var andelen som avbröt medicineringen på grund av biverkningar för hydroklortiazid 4%, för atenolol 5%, för enalapril 6% medan den för kalciumantagonisten nitrendipin var 13%.

### Sammanfattning

Riktlinjer måste uppdateras när nya evidens tillkommer. De flesta studier har inte jämfört en substans mot en annan utan kombinationer av substanser. Detta leder självklart till tolkningsproblem. Detta är enligt vår bedömning de bästa rekommendationerna i dag vad gäller användandet av betablockerare vid okomplicerad hypertoni:

- Lågdostiazid och ACE-hämmare framstår i dag som bättre alternativ än betablockerare vid okomplicerad hypertoni.
- Det finns ingen specifik betablockerare som kan sägas vara klart bättre dokumenterad än atenolol. Vill man byta ut atenolol bör man i första hand byta till tiazid eller ACE-hämmare.
- Blodtrycksbehandling bör inte inledas med betablockerare om det inte finns särskilda skäl som t.ex. samtidigt kranskärslsjukdom. Betablockerare kan dock användas i kombination med andra medel när dessa haft otillräcklig effekt.

För SFAM.L genom  
**Peter Rosenberg**, Gävle,  
*peter.rosenberg@lg.se*  
**Anders Hernborg**, Halmstad,  
**Jan Håkansson**, Östersund,  
 samtliga allmänläkare

### Referenser

1. SBU. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt. Volym 1. SBU-rapport 170. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004.
2. Essential hypertension: managing adult patients in primary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
3. Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1998;279(23):1903-7.
4. Messerli FH, Beevers DG, Franklin SS, Pickering TG. beta-Blockers in hypertension—the emperor has no clothes: an open letter to present and prospective drafters of new guidelines for the treatment of hypertension. *Am J Hypertens* 2003;16(10):870-3.
5. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003;289(19):2534-44.
6. Turnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003;362(9395):1527-35.
7. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004;364(9446):1684-9.
8. Rosengren A. Lancetartikel satte SBU-rapport i gungning. När SBU-författare ifrågasätter sina egna slutsatser: Vem kan man då lita på? *Läkartidningen* 2005;102:617-18.
9. Wilhelmsen L, Berglund G, Wedel H. Replik. *Läkartidningen* 1988;85:1406.
10. Kostis JB, Wilson AC, Freudenberger RS, Cosgrove NM, Pressel SL, Davis BR. Long-term effect of diuretic-based therapy on fatal outcomes in subjects with isolated systolic hypertension with and without diabetes. *Am J Cardiol* 2005;95(1):29-35.



Foto: Karin Lindhagen

Bengt Wahlström

## Handledarpris i Uppsala

ST-läkarna i allmänmedicin i Uppsala län delade ut sitt årliga handledarpris vid 2004 års avslutande seminarium 10 december, då även 12 nyblivna specialister firades. Priset gick denna gång till Bengt Wahlström, invärtesmedicinare på Akademiska sjukhuset, med motiveringen: "För sitt arbete med remisskaffe/öppenvårdsmöte som varit ett utmärkt forum för kontakten mellan primär- och specialistvården. Också för god handledning med konstruktiv kritik samt beröm i förekommande fall. Dessutom för sina onastående kunskaper, glada humör, lättsamma stil och villighet att lära ut." Priset består av ett bonsaiträd – en alm – samt ett diplom och äran.

Karin Lindhagen  
 Uppsala

*karin.lindhagen@sfam.a.se*



## Dansa mer!

Eva Bojner Horwitz vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet har i en avhandling visat att dansterapi för kvinnor med fibromyalgi förbättrat välbefinnande, självuppfattning och minskat smärtupplevelse.

# ANNONS

# Allmänmedicinsk diabetesforskning

Peter M Nilsson, Ulf Lindblad och Bengt Scherstén sammanfattar den allmänmedicinska diabetesforskning som de senaste tjugofem åren resulterat i drygt trettio avhandlingar som spänner över breda kliniska områden. Artikeln är publicerad i fullständig version med referenslista i DiabetologNytt nr 1/2005.

Specialiteten allmänmedicin har i Sverige vuxit fram i takt med stora förändringar, ett växande antal allmänläkare, och inrättande av tjänster för akademiska företrädare för ämnet, professorerna *Bengt Scherstén* i Dalby 1981 och *Gösta Tibblin* i Uppsala-Tierp 1982. Ett viktigt område kom tidigt att utgöras av diabetes. Denna översikt syftar till att kortfattat beskriva den ackumulerade forskningen med inriktning på diabetes inom den svenska allmänmedicinen, som den dokumenterats i form av akademiska avhandlingar, sett mot bakgrund av den mer allmänna utvecklingen i samhället och allmänmedicinen under denna period.



Sjuksköterskor utanför vårdcentralen i Dalby, tidigt 1970-tal.

## Teknisk utveckling

På 1960-talet började man kunna bestämma glukos i blod och urin med enkla och snabba metoder, vilket möjliggjorde en mer rationell poliklinisk uppföljning av diabetespatienter och som kom att utgöra en viktig faktor i uppbyggnaden av diabetesvården inom primärvård. Den första diabetessjuksköterskan i Sverige började på *Dalby vårdcentral*, som 1968 startades under huvudmannaskap av Socialstyrelsen och dåvarande Malmöhus läns landsting. Dalby kom tillsammans med *Tierps*

*vårdcentral* att bli stilbildande för de moderna svenska vårdcentralerna med en struktur för teamarbete. En annan viktig faktor var den nya satsningen på en utvecklad pedagogik som gick ut på att få patienten medveten och intresserad för sin egen sjukdom, för att på så sätt kunna ta större ansvar för egenkontroller. Vid mitten av 70-talet kom den första utgåvan av patientbroschyren *"Att leva med diabetes"*, som sedan följdes av flera liknande publikationer även inom andra sjukdomsområden.

## Forskning

Allmänmedicinsk forskning kring diabetes kom att skjuta fart under 80-talet, manifesterad i ett växande antal avhandlingar. Av hittills 31 allmänmedicinska avhandlingarna med diabetestema kom c:a hälften från Institutionen för klinisk samhällsmedicin vid Lunds universitet som under Bengt Schersténs ledning fick en klar profilering mot bl.a. typ 2 diabetes, hypertoni och hjärtkärlsjukdom. Avhandlingarna har sitt ursprung inom allmänmedicin och primärvård men illustrerar också den forskningssamverkan som skett med sjukhusbundna specialiteter. Avhandlingarna kan indelas i några huvudgrupper.

## Metoder, diagnostik, epidemiologi

*Per-Olof Bitzén* och *Melcher Falkenberg* utvecklade screening av diabetes i primärvård. *Dan KG Andersson* studerade diabetesincidensen över tid i sitt upptagningsområde i Laxå. I detta område kunde även den prognostiska betydelsen av hyperglykemi för mortalitet studeras, ►►



Bengt Scherstén



Melcher Falkenberg



Åke Norden





DL Gustav Haglund, Dalby, tar blodtryck.

där man fann att hyperglykemi fortfarande utgör en riskfaktor även för äldre individer. Detta stärker uppfattning om att diabetesbehandling är motiverad i alla åldersgrupper. Baserat på *Diabetes Incidens Studien i Sverige* (DISS) har incidens och validitet vid klassificering av diabetestyp i åldersgrupperna 15–34 år studerats av *Bengt Littorin*. *Jonas Lidfeldt* har kartlagt olika bakgrundsfaktors inverkan på förekomsten av diabetes och dess förstadier, diagnosticerade genom oral glukostoleranstest hos medelålders kvinnor i Lund.

### Behandling

Ett stort antal avhandlingar har tagit upp olika behandlingsaspekter, allt ifrån kostinterventioner till behandling med olika läkemedel. Till detta kommer behandling av hyperinsulinemi vid det metabola syndromet hos hypertoniker samt studier av hypertoni-behandling vid diabetes. Skaraborgsprojektet har i populationsbaserade material beaktat samverkan mellan hypertoni och typ 2 diabetes, avseende såväl patientnära perspektiv som förekomst, behandlingsresultat och prognos, som patogenetiska aspekter inkluderande gemensamma genetiska markörer. Data från det *Nationella Diabetes Registret* (NDR) har kunnat dokumentera en gynnsam trend för gradvis förbättrad blodtryckskontroll hos diabetiker med hypertoni, varav majoriteten

behandlade inom primärvården. Detta har med största sannolikhet bidragit till bättre överlevnad hos riskpatienter med t.ex. hypertoni och diabetes, avspeglade en mer omfattande behandling på basen av högre satta ambitionsmål. En viktig faktor bakom dessa framgångar har varit existensen av fungerande diabetesteam med aktiva diabetessjuksköterskor samt att olika nationella riktlinjer utgjort ett stöd för ökad klinisk medvetenhet om riskfaktorkontroll. En grupp som kan vara svår att nå är patienter med diabetes som är födda utanför Sverige. Bland många invandrapatienter behövs riktade pedagogiska insatser för att befrämja behandlingsresultat.

### Livsstilsfaktorer

Livsstilsåtgärder för att förebygga eller behandla tidig typ 2 diabetes har beskrivits av *Mai-Lis Hellenius* i Sol-lentuna samt *Lars-Göran Persson* och *Hans Lingfors* i Habo, där man försökt kombinera insatser för bättre kost och motion för individer med hög kardiovaskulär risk, ofta med samtidig förekomst av bukfetma och rubbad glukostolerans. *Tomas Fritz* pågående avhandlingsarbete beskriver de gynnsamma metabola effekterna av motion hos patienter som han aktiverat genom att följa med på organiserade promenader.

### Komplikationer

Flera avhandlingar handlar om komplikationer till diabetes. Det har bl.a. gällt den diabetiska skuldran samt vanliga och ofta farliga kardiovaskulära följd tillstånd till dålig metabol kontroll, t.ex. kroniskt förmaksflimmer, vilket legat bakom de trender som beskrivits för en förändrad förskrivningsprofil för läkemedelsbehandling.

### Sammanfattande synpunkter

Det finns en kontinuerlig och allt snabbare utveckling inom diabetesområdet i svensk primärvård. Orsakerna till detta är mångfaldiga och står främst att söka i den metodutveckling som har förekommit (glukosbestämningsmetoder, diabetessjuksköterska, patientpedagogik), nya behandlingsmodeller (multipel riskfak-

## Allmänmedicinska avhandlingar om diabetes

### Epidemiologi, diagnostik

Bengt Scherstén, Lund 1969 (uringlukos vid bakteriuri)  
Per-Olof Bitzén, Lund-Dalby, 1988 (screening, case-finding)  
Hans Lundgren, Göteborg 1989 (Sexual Hormone Binding Globulin, diabetes hos kvinnor)  
Dan KG Andersson, Uppsala-Laxå, 1994 (screening i population)  
Henrik Lind, Lund 1995 (Neuropeptide Y, diabetes och kärlförändringar)  
Katarina Hjelm, Lund-Dalby-Växjö 1998 (diabetes hos invandrare)  
Bengt Littorin, Lund-Malmö 2001 (DISS-studien av yngre vuxna DM)  
Olov Rolandsson, Umeå 2002 (beta-cell funktion, screening)

### Metabola syndromet, Riskfaktorer

Jan Cederholm, Uppsala 1988 (Metabola syndromet, DM/hypertoni)  
Peter Nilsson, Dalby-Lund 1991 (Metabola syndromet, livsstil)  
Staffan Lindeberg, Lund-Dalby 1995 (Kitava-studien vid lågrisk)  
Johnny Olsson, Malmö 2000 (diabetesmedicinering)  
Erik Bøg-Hansen, Malmö-Skaraborg 2002 (hypertoni/±DM2)  
Carl-Johan Östgren, Malmö-Skaraborg 2002 (DM2/±hypertoni)  
Kristina Bengtsson, Malmö-Skaraborg 2002 (genetik vid HT/DM2)  
Jonas Lidfeldt, Lund 2002 (Impaired Glucose Tolerance/DM hos kvinnor)

### Komplikationer

Inga-Lill Morén-Hybinette, Lund-Dalby 1987 (diabetiska skuldran)  
Christer Andersson, Umeå-Arjeplog 1999 (diabetes och porfyri)

### Behandlingsaspekter

Elisabeth Wählin-Boll, Lund-Dalby 1986 (glipizid farmakologi)  
Barbro Hagander, Lund-Dalby 1987 (kostfibrer vid diabetes)  
Kerstin Gustavsson, Lund-Dalby 1994 (kostfibrer, metabolism)  
Leif Sparre Hermann, Lund -Dalby 1994 (metformin, glibenklamid)  
Mai-Lis Hellenius, Stockholm 1997 (livsstilsintervention)  
Pär Wändell, Stockholm 1997 (behandlingsförändring över tid)  
Lars-Göran Persson, Göteborg-Habo 1998 (livsstilsintervention)  
Jonas Tovi, Stockholm 1998 (insulin till äldre)  
Hans Lingfors, Göteborg-Habo 2003 (livsstilsintervention)

### Vårdstruktur, praxis

Melcher Falkenberg, Linköping 1987 (diabetesvård modell)  
Anita Carlsson, Stockholm 1990 (diabetessköterska, vård)  
Ingvar Ovhed, Malmö-Lyckeby 1998 (diabetessköterska, vård)  
Jan Stålhammar, Uppsala 2000 (praxisforskning i Tierp)



Distriktssköterskorna Kerstin Svahn och Astrid Eriksson, Dalby läkarstation 1973.

torkontroll), samt en tilltagande förekomst av typ 2 diabetes i den åldrande svenska befolkningen. Allmänmedicinare har verksamt kunnat bidra såväl till den kliniska som till den vetenskapliga utvecklingen på diabetesområdet. Under senare år har även framväxten av NDR kunnat möjliggöras fr.a. genom stöd av läkare och sjuksköterskor i öppenvård. Fortsatt forskning har goda framtidsutsikter eftersom diabetes är ett växande problem som berör allmänmedicinen alltmera. Olika vårdnivåer kan och måste samarbeta för att utveckla diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med diabetes.

Peter M Nilsson, Malmö-Lund,  
Ulf Lindblad, Skövde-Malmö,  
Bengt Scherstén, Dalby-Lund  
*Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se*

## SE DINA PATIENTER UR ETT NYTT PERSPEKTIV

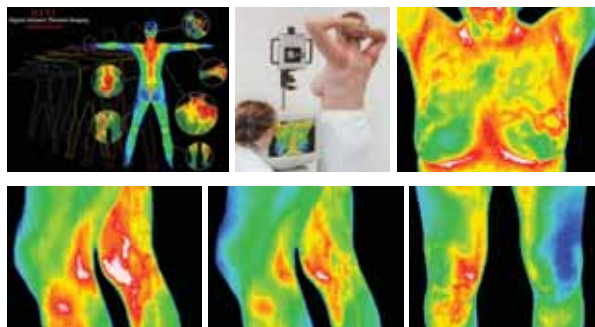
### TERMOGRAFI

ETT VERKTYG SOM UNDERLÄTTAR DIAGNOSEN

• Tromboser • Inflammationer • Angiogenes, mm.

En mycket lönsam och kostnadseffektiv investering som ger nöjda patienter.

*Se komplett systempris med utbildning etc. på hemsidan.*



**Hälsocentrum**  
Tel. 0651-162 00  
[www.halsocentrum.nu](http://www.halsocentrum.nu)

**CELL samt BRA**  
[www.cellsamtbra.nu](http://www.cellsamtbra.nu)



## Kompetens, kvalitet och kapacitet

Medicinsk Röntgen är ett kunskapsföretag som ingår i Praktikertjänst. 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](http://www.medicinskrontgen.se).

### 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
Slottsstadens Läkarhus	040-98 50 14

### VÄSTERÅS:

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

### INFORMATION PÅ NÄTET:

[www.medicinskrontgen.se](http://www.medicinskrontgen.se)

**Medicinsk  
Röntgen**

# ANNONS

# Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om ”nyckelfrågor” används i konsultationen?

Kirsti Malteruds nyckelfrågor för ett patientcentrerat förhållningssätt i konsultationen var utgångspunkt för ett av de examensarbeten som uppmärksammades vid examen i Lund 2004.

**K**irsti Malteruds ”nyckelfrågor” är en metod för att skapa ett patientcentrerat förhållningssätt. Vid 120 patientbesök hos sex allmänläkare på två mindre husläkarmottagningar i glesbygd randomiserades konsultationerna till att inkludera dessa frågor eller ej. Resultatet visar att om dessa nyckelfrågor används värderar patienterna läkarbesöket mer positivt.

En grundläggande del i arbetet som läkare är kontakten med den vårdsökande personen. Här skapas förutsättningen för den fortsatta vården med målsättningen att ge den optimala behandlingen.

En bred medicinsk kompetens, riktad undersökningsteknik och självinsikt är egenskaper som kännetecknar en duktig allmänläkare (1,2).

Läkarens öppenhet för att förstå och tolka patientens information och uppfatta den verkliga orsaken till besöket förstås är avgörande för hur konsultationen uppfattas (3).

En bra konsultation kännetecknas av ett samförstånd där patient och läkare är överens om varför mötet sker (4). Vid dåliga konsultationer är det vanligt att läkaren inte kommit fram till varför patienten sökt (5). Att belysa patientens förväntningar genom att be denne berätta om sina tolkningar av problemet har undersökts av norska allmänläkaren Kirsti Malterud. Hon beskriver vikten av att i samtal ta upp vissa nyckelfrågor för att ge patienten insikt om sina besvär och belysa de möjligheter som finns för att åtgärda dessa. Att på detta sätt använda tydliga delmål är en god hjälp för att få en god kommunikation, särskilt

om läkaren känner att hon/han inte når fram till patienten (6).

Nyckelfrågorna skall ses som en del i läkarens verktygslåda att ta fram då behovet uppstår t.ex. vid misstanke om ej uttalade dolda besvär hos patienten. Men även vid tydliga besöksorsaker kan nya oförutsedda aspekter blottas om patienten får möjlighet att svara på dessa frågor (7).

Gott om tid betyder inte alltid samma sak som ett bra omhändertagande (8). Det är alltid viktigt att fundera kring om patient-läkarmötet kan göras optimalt.

## Frågeställningar

Jag har valt att empiriskt studera hur ett patientcentrerat synsätt med användandet av Kirsti Malteruds nyckelfrågor påverkar våra patienters uppfattning om konsultationen.

Jag har inte funnit någon sådan empirisk undersökning och min förhoppning är att kunna bidra med detta.

## Metod

Studien är en randomiserad klinisk prövning av effekten av om nyckelfrågor ges eller ej. Sex läkare, specialister inom allmänmedicin med många års erfarenhet i yrket, på två mindre mottagningar i glesbygden har medverkat. För varje läkare randomiserades patienter till frågegruppen respektive till icke-frågegruppen.

Till den första gruppen skulle läkaren ställa Kirsti Malteruds fyra nyckelfrågor presenterade invävt i konsultationen till skillnad från den andra gruppen där patienterna skulle bemötas – i så hög grad som möjligt – som vanligt. Initialt utfördes en pilotstudie med 10 patienter för att pröva metodiken. Därefter genomfördes huvudstudien. Från varje läkares tidbok togs 20 konsekutiva patienter med nybesök eller återbesök ut som potentiella studiedeltagare. Patienterna tillfrågades om deltagande när de



Anders Israelsson

anmälde sig på mottagningen. Muntligen och via ett informationsblad fick de information om studien.

Före randomiseringen exkluderades personer med demens, psykotiska symptom, språksvårigheter eller med behov av tolk. Avböjde patienten att delta inkluderades nästa patient i tidboken. Om det under konsultationen visade sig att patienten ej kunde medverka bedömdes det som bortfall. Efter besöket fick patienten svara på enkäten angående konsultationen. Frågorna presenterades med femgradigt svarsalternativ (enligt Likert). De som inte ville fylla i enkäten efter läkarbesöket ombads lämna in enkäten utan att svara på frågorna.

## Resultat

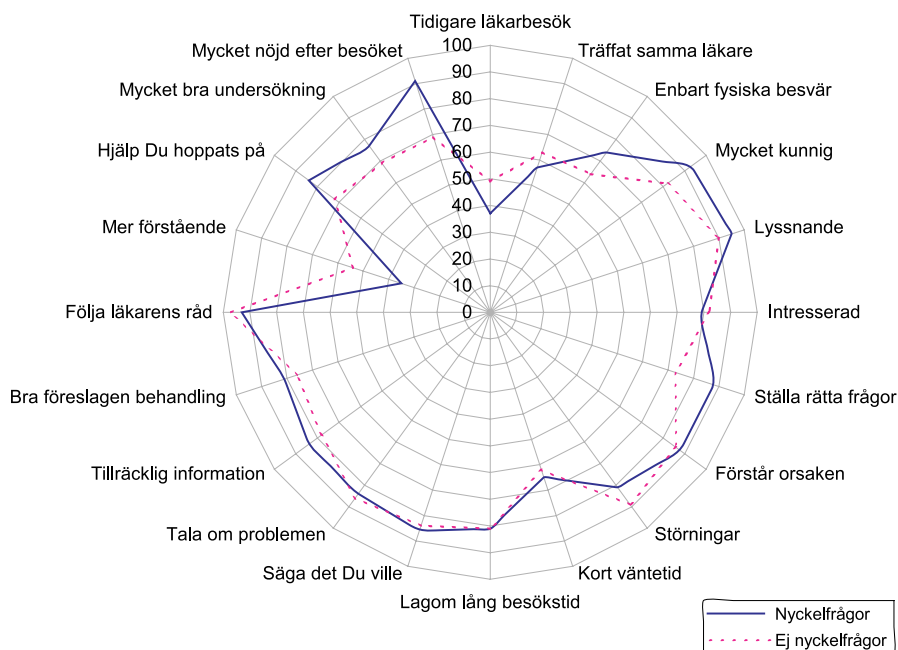
### Svarsfrekvens och bortfall

120 enkäter utlämnades och 82 (68,3%) lämnades in. Bortfallet utgjordes av 7 enkäter som delats ut men ej lämnats in samt 31 enkäter som inte fylldes i. (17 med nyckelfrågor och 21 utan).

Av de tillfrågade var 55 kvinnor och 27 män. Könsfördelningen skiljde sig ej signifikant mellan de två grupperna. Den genomsnittliga åldern var 54,7 år (21–86 år).

Det interna bortfallet var genomgående litet – högst 5%. ►►

# ANNONS



Figur 1. Grafisk presentation av enkätsvar fördelad på patientgrupp som fått respektive inte fått nyckelfrågor.

**Enkätresultat**

Svarsfördelningen framgår i tabell 1. P-värdet avser skillnaden mellan hela fördelningen med respektive utan frågor i en chi<sup>2</sup>-analys. Statistikprogrammet JMP (9) har använts.

Den fråga där det framkommer en skillnad är den sammanfattande om ”Känslan efter läkarbesöket” där de som fått nyckelfrågorna är signifikant mer nöjda (p=0,005). I en multivariat analys som tog hänsyn till patienternas ålder, kön, huruvida de sökt för samma besvär tidigare, träffat samma läkare tidigare och till graden av huruvida besvären bedömdes som psykiska eller fysiska kvarstod skillnaden mellan dem som fått frågor och dem som inte fått som signifikant (p=0,01). Ingen av de andra variablerna påverkade graden av nöjdhet signifikant.

Om man till denna multivariata modell också lägger patientens värdering av läkarens kunnighet, värderingen av huruvida man blivit störd under konsultationen och upplevelsen av väntetiden före läkarbesöket och tidsåtgången under konsultationen kvarstår också denna signifikanta skillnad mellan dem som fått frågor och de som inte fått dem (p=0,04).

54 av 79 patienter hade markerat det mest positiva svarsalternativet på samtliga frågor angående bemötande. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Av dem som fått nyckelfrågorna skattade 81% högsta poäng för både att läkaren ställt de rätta frågorna och förstått orsaken till besöket jämfört med 70%. Denna skillnad var signifikant (p<0,05). Frågorna om behållning av läkarbesöket sammanfördes på motsvarande sätt vilket visade att 44 av 76 patienter svarat med bästa alternativet på alla frågorna. Av både de som fått och inte fått nyckelfrågorna skattade 58% att de var mycket nöjda med avseendet på behållningen av besöket.

**Diskussion**

Undersökningen visar att användandet av Kirsti Malteruds nyckelfrågor ger patienten en ökad känsla av nöjdhet efter konsultationen. Bortfallet i studien är acceptabelt litet och de skillnader som påvisas kan anses vara tillförlitliga.

Öppna centrala frågor om hur en patient mår och upplever sin situation är viktiga för hur patienten värderar mötet med läkaren.

Förutom det som påvisats med statistisk säkerhet kan studiens resultat visa tendenser att patienter som fått

**Kirsti Malteruds frågor**

- Vad är orsaken till att du söker läkare? – anledningen till besöket
- Vad önskar du att jag kan hjälpa dig med? – prioritering
- Vad tror du själv att det här beror på? – orsak till sjukdom
- Vad har du själv märkt hjälper dig? – egenvård

nyckelfrågorna är mer positiva i sina värderingar. Detta gäller vid patientens bedömning av läkarens kompetens, bemötande, miljö där konsultationen sker, väntetiden, längden på konsultationen och behållningen av mötet.

De läkare som medverkade har samtliga lång erfarenhet av allmänmedicin och konsultationsteknik och använder normalt ett patientcentrerat tillvägagångssätt som sannolikt minskar skillnaden i enkätsvaren jämfört med om undersökningen gjorts i en mindre rutinerad läkargrupp. De värderingar som gjorts är generellt mycket positiva och spridningen utanför de mest positiva svarsalternativen begränsad. Detta gör att enkätens förmåga att påvisa skillnader mellan konsultationsmodellerna använts begränsas. De flesta patienter är även sedan tidigare bekanta med läkaren och har sannolikt stort förtroende för denne oavsett om frågorna används eller ej, vilket ytterligare begränsar möjligheterna att påvisa signifikanta skillnader. Patienterna kom både som nybesök och återbesök. För den som kommer för ett av läkaren sedan tidigare bestämt återbesök för kontroll av en kronisk sjukdom kan det verka förvirrande att läkaren frågar patienten om orsaken till besöket. Det är sannolikt att en undersökning av enbart nybesök hade visat på större skillnad i resultatet men samtidigt kan dessa nyckelfrågor till en patient som sökt flera gånger tidigare öppna nya möjligheter och tankesätt för patienten. Överväldigande delen bedömer sina besvär som enbart fysiska vilket förefaller missvisande då fler rimligen borde ha psykiska besvär som kontaktorsak. Det går inte att se någon skillnad mellan könen och helhetsbedömningen av konsultationen. Däremot var de som ►►

aldrig sökt för den aktuella orsaken tidigare och de som aldrig träffat samma läkare tidigare mer nöjda efter besöket än de som sökt många gånger. Detta kan stämma med att nyckelfrågorna passar bättre till konsultationer med nya frågeställningar som vid nybesök.

Sammanfattningsvis visas att nyckelfrågorna ger positiva effekter på patientens helhetskänsla av nöjdhet efter besöket. Övriga resultat av studien påvisar enbart tendenser där det mesta talar för flera värdefulla vinster med nyckelfrågorna som dock inte är statistiskt säkerställda.

Kirsti Malteruds nyckelfrågor är redskap i allmänläkarens verktygslåda för att användas då fördjupning av patientens orsak till besöket behövs.

Anders Israelsson  
anders.israelsson@lul.se

#### Referenser

1. Mabeck CE. Läkaren och patienten. Patient-centrerad medicin i teori och praktik. Bonnier, 1995.
2. Landström B. Den tillräckligt duktige allmänläkaren. Primärvården Skaraborg, FoU-enheten. Rapport 2002:1.
3. McWhinney IR. A Textbook of family medicine. Second edition, Oxford University Press, 1997.
4. Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. Family Practice 1992; 9: 61-66.
5. Byrne P S, Long B E. Doctors Talking to patients: a study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1984.
6. Pendleton D. The consultation, an approach to learning and teaching. Oxford University Press, 1990.
7. Malterud K. Allmennpraktikerens möte med kvinnelige pasienter. TANO, 1990.
8. Andersson SO. Time and general practice consultations – aspects of length, attendance and quality. Umeå University Medical Dissertations, Umeå, 1995.
9. JMP Statistical software for the Macintosh, Cary, NC, U.S.A.:SAS Institute Inc., 1995.

#### FAKTA

Anders Israelssons examensarbete belönades som ett av de tre bästa vid examen i Allmänmedicin i Lund 2004.

Handledare för arbetet var:  
Lars Englund, Med Dr, Centrum för Klinisk Forskning, Dalarna  
Bo Karlsson, Gimo Husläkarmottagning

## 2005 – et stort år for internationale kongresser! Fortsat!

Kære Kolleger,

Jeg skrev i *AllmänMedicin* sidste efterår, at jeg forventede, at 2005 ville blive et stort år for kongresser for familjelæger. Et stort år, fordi udbuddet er usædvanligt godt. At kunne vælge mellem kongresser i så attraktive byer som Kyoto, San Francisco og Darwin sker meget sjældent. Jeg håbede på, at mange af vore kolleger ville gribe disse muligheder for at kombinere efteruddannelse med kulturoplevelser. Det er svært at spå, især om fremtiden. Men denne gang opfyldes spådommen fuldt ud, for tilslutningen til de tre kongresser er meget større end forventet. Alligevel er det stadig muligt at deltage med Delegationen ved hurtig tilmelding.

Der er i år tre store kongresser:

**Wonca Asia Pacific Regional Conference**, fra den 27 til den 31 Maj. Den finder sted i Kyoto, den gamle kejserby med de mange skønne templer. Man kan finde både det videnskabelige og det selskabelige program på [www.wonca2005.jp/](http://www.wonca2005.jp/)

Efter kongressen skal vi naturligvis se mere af Japan, og derfor er der en rundrejse bagefter, som ender i Tokyo. Hele dette program kan findes på vor hjemmeside: [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk)

**The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly**, fra den 28 September til den 2 Oktober. Den finder sted i San Francisco, en af denne verdens skønnest beliggende byer! AAFP's kongresser har de bedste efteruddannelses tilbud og de bedste selskabelige programmer. Vi skal bl.a. til koncert med The San Francisco Symphony Orchestra! Efter kongressen skal man se Californien på egen hånd. Læs mere på [www.aafp.org](http://www.aafp.org)

**The Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention**, finder sted i Darwin fra den 29 September til den 2 Oktober. Vi deltager hvert år med en delegation af skandinaviske kolleger og vi er meget velkomne. Darwin udmærker sig ved at have en stor population af aboriginals, hvilket gør denne kongres ganske særligt interessant. Se mere på [www.racgp.org.au](http://www.racgp.org.au)

Efter kongressen kan man deltage i en fantastisk rundrejse til bl.a Great Barrier Reef og Ayers Rock. Læs mere på [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk)

Udover disse planlægges deltagelse i **Wonca European Regional Conference**, Kos, Grækenland, fra den 3 til den 7 September. [www.woncaeurope2005.org](http://www.woncaeurope2005.org) Vil du deltage, så send en mail til [apelch@dadlnet.dk](mailto:apelch@dadlnet.dk)

Tidspunktet for at melde sig til kongresserne er NU!

Skriv eller ring eller fax til:

The Scandinavian Delegation of Family Physicians, c/o Læge Allan Pelch, Tingbakken 6, DK-4160 Herlufmagle.

Telefon: +45 5765 1210.

Fax: +45 5765 1215.

Email: [apelch@dadlnet.dk](mailto:apelch@dadlnet.dk) og web: [www.allanpelch.dk](http://www.allanpelch.dk)

# ANNONS



# ANNONS

# WARANMOTTAGNING

## – så här gör vi på Björknäs vårdcentral

2001 startade vi en sköterskebaserad antikoagulantiamottagning utifrån missnöje med den rådande oordningen. Det kändes som att en viktig och sårbar patientgrupp inte prioriterades. Vi hade inte någon bra översikt och alla läkare hanterade ordinationerna olika. Det skedde också en incident med en blödningskomplikation. Inte någons fel egentligen utan en systemdefekt.

**M**ålet med förändringen var större säkerhet och bättre service för patienten, bättre arbetsmiljö för sköterskorna och avlastning för läkarna. Två läkare och en sköterska arbetade fram ett förslag, som sedan gemensamt diskuterades vid en planeringsdag. Vi ändrade rutinerna så att en sköterska har en elektronisk bevakningslista, kallar patienterna, tar prover och själv ordinerar när värdet ligger inom fastställda gränser. Sköterskan kontaktar läkare, i första hand patientens egen, endast om värdet avviker mer än 0,5 enheter från nedre eller 0,3 från övre målvärdet. Efter ordination av läkare påbörjar sköterskan även behandlingen enligt ett schema.

Läkarens ansvarar för att det finns en generell ordination, där det ska framgå behandlingsindikation, när behandlingen påbörjats, planerad behandlingstid, målvärd uttryckt i INR, eventuella observanda samt vem som är ansvarig läkare. Doseringarna är standardiserade efter antal tabletter per vecka. I vårt elektroniska journalsystem VAS har vi skapat ett sökord och en standardjournal, så att ordinationer lätt kan tas fram. Förutsättningen för att detta ska fungera är att läkare och sköterska tillsammans varje år gör en genomgång (Waranrond), då man tittar igenom hur det har fungerat och om indikationen kvarstår. Ronden journalförs och för detta har vi en standardjournal.

Vårdcentralen ansvarar i dagsläget (december 2004) för 56 patienter med Waranbehandling. Under året har 699 INR-värden kollats med provtagningsintervall på fyra veckor i medeltal. Maximalt intervall i schemat är åtta veckor, men när värdet svajar tas proverna tätare. Jämförelse mellan år 2000 och 2004 visar att 12% av värdena bägge åren legat utanför intervallet 1,5–3,3. Året före programmet införande hade 53% av patienterna (23/43) minst ett värde utanför givet intervall, att jämföra med 41% (27/65) under år 2004. Vi har inte fört statistik på komplikationer eller om ronderna medfört förändringar i behandlingen. Waranronden innebär att behandlingen prövas på ett systematiskt sätt. Min egen erfarenhet är att rondens varje gång medfört att någon utsättning skett, när patienterna blir äldre, falltendens och medicinslarv till stöter med mera.

Tidigare innebar varje prov en läkarkontakt för ordination. 2004 var det bara 84 prover som föranledde läkarkontakt, övriga drygt 600 hanterades självständigt av sköterskan. Vi har fått en av dessa sällsynta vinna-vinna-situationer. Patienten får snabbt besked av den som står för provtagningen. Ansvarig sköterska slip-



Carl Johan Westborg och Waransköterskan Ulla Jacobsson på Björknäs vårdcentral i Boden.

per spilltid bak läkardörrar och får på ett tryggt sätt använda sin kompetens. Som läkare upplever jag att Waranordinationer i princip försvunnit från dagordningen. Mottagningen är självgående. Jag har några patienter som sköterskan då och då rådgör med mig om, men de allra flesta sköter hon själv. Vårt lokala program kan läsas på [www.nll.se](http://www.nll.se) välj "Vårdcentraler", klicka på "Björknäs vårdcentral", så ligger länken Waranmottagning längst ner i högerspalten.

Carl Johan Westborg  
Björknäs vårdcentral, Boden  
[carl-johan.westborg@nll.se](mailto:carl-johan.westborg@nll.se)

### Intresseanmälan

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

Målet med kursen är att vi som allmänläkare ska bli bättre rustade i arbetet som personlig läkare – att våga, klara och arbeta med olika delar av vår yrkesroll. Kursen, som äger rum 27–30 sept 2005, erbjuder 15 platser till distriktsläkare i Östergötland och Kalmar län. 10 platser erbjuds allmänläkare i övriga landet. Plats: Stiftsgården Vårdnäs, Brokind strax utanför Linköping mot Kisa.

På [www.vardnas.com](http://www.vardnas.com) finns vägbeskrivning.

Intresseanmälan senast 15 maj 2005. [cim.elgeborg-bengtsson@lio.se](mailto:cim.elgeborg-bengtsson@lio.se)

Välkomna!

Göran Sommansson  
[goran.sommansson@lio.se](mailto:goran.sommansson@lio.se)

Carl Edvard Rudebeck  
[carledvard@ltkalmar.se](mailto:carledvard@ltkalmar.se)

# ANNONS

## Ur ordbytesfloden

# Sjukskrivning på gott och ont



Sjukskrivningsdebatten tog fart igen på ordbyte efter ett inlägg av Lars Englund:

... Men min tro är att just sjukskrivning är den medicinska åtgärd där vi har de kraftfullaste medicinska effekterna av allt vi gör. Framför allt där vi riskerar att göra mest skada. Till exempel om vi sjukskriver när vi tror att det är en dålig behandling. Därmed tror jag också sjukskrivning är den behandling som kan göra mest nytta. Till exempel om vi sjukskriver bara när vi bedömer att det är en bra behandling och avstår annars. Vi lär aldrig få så bra studier om effekter på hälsan av sjukskrivningar som när det gäller farmakologisk behandling av hypertoni, randomisering är knappast tänkbar. Ändå tror jag att de medicinska effekterna av att mer permanent ställas åt sidan i samhället och fräntas den viktiga del av livet ett arbete och möjligheten att "göra rätt för sig" är har mycket större negativa hälsoeffekter än hypertoni.

### Robert Svartholm tog upp tråden:

... Personligen tror jag att i min befolkning så är nog de som är arbetslösa, sjukskrivna eller sjukpensionerade sjukare än de som är friska och arbetsföra. Och sjukdom brukar som alla vet vara förknippat med en viss överdödighet?

### Jan Söderlund inflikade

... Det finns med all säkerhet fler sjuka bland de som är sjukskrivna än bland de arbetsföra i en frisk befolkning... men kan det verkligen vara så att befolkningen i ditt område och andra områden blivit 3 gånger mer sjuka sen 1998? Det är ju faktiskt det som hänt... långvarig sjukskrivning har 3-dubblats sen 1998... ökat 6 ggr sen 1974... Kortvarig sjukskrivning har dock sett ut på samma sätt under senaste decennierna... dvs.

upp och ner som en berg- och dalbana. Har personligen svårt att tro att 3 gånger fler verkligen blivit sjuka de senaste åren... Det står säkert för annat som att svårt få arbete, stämplat ut från A-kassan, attitydförändring, stress och slimmade organisationer, högre krav på kompetens när man anställer m.m....

### Karin Lindhagen spann vidare (hennes berättelser från vardagen var debattens krydda men kan av olika skäl inte återges i detta sammanhang):

Visst, Jan, till en del har du rätt. Men sjukdom är ett relativt begrepp. Funktionshinder också. Det vi intygar i våra sjukintyg är att personen på grund av sjukdom har ett funktionshinder i förhållande till det arbete som ska utföras. Därför är det faktiskt inte så märkligt att sjukskrivningar ökar när kraven på effektivitet på arbetsplatsen ökar. En del av förklaringen – inte hela på långa vägar, men en del – kan vara att man med samma sjukdomssymtom kunde klara av ett visst yrkes krav tidigare, men med dagens krav på effektivitet går inte det.

### Lars ville inte hålla med riktigt:

Karin, du har kanske rätt till viss del, men det är en intressant iakttagelse att det inte alls är samma problem med sjukskrivningar i de "rent kapitalistiska" företagen som bara finns för chefens snöda vinnings skull (eller för aktieägarnas) som det är i landsting och kommuner. Vem kan förklara det i perspektivet av ett hårdnande arbetsliv med ökande lönsamhetskrav?

### Björn Olsson tände till:

Men herregud Lars. Läser du inte tidningar? Nedskärningarna i offentliga sektorn till följd av kommunernas dåliga ekonomi. Många lärares vidriga arbetsmiljö. Upplevelse av närmast total

brist på inflytande. Usel ledarskapskultur inom offentlig sektor. En numerat mycket hög förvärvsintensitet bland kvinnor i åldrar över 40. Det är i synnerhet inom offentliga sektorn som arbetsmiljön försämrats de senaste 20 åren. Tror du inte att det finns ett samband mellan detta och de höga sjuktalen? Och dessutom, nej, jag tror inte att de som är sjukskrivna mår "som de flesta av oss". De jag sjukskrivit mår sämre, så dåligt att de inte kan jobba trots att de flesta faktiskt vill.

### Staffan Skobe vill inte sjukskriva överhuvudtaget:

Sjukskrivning är en försäkringsfråga mellan försäkringsinstitutet (FK) och den enskilde. Vi läkare har inte där att göra.

Mer ansvar på den enskilde:

- tvingar honom att själv stå för beslutet (man kan inte ståta med ett sjukskrivningspapper i handen). Patienten är också den som bäst känner sin kropp och hur den kan tänkas fungera på jobbet – inte vi läkare,

- tvingar honom till kontakt med arbetsgivaren (vilket många inte har) och skapar förutsättningar för den fortlöpande dialog som behövs för återgång till arbetet,

- tvingar FK till ökad kontroll – jfr debatten om fusk.

För oss innebär det:

- En befrielse att vi slipper avgöra om patienten skall jobba eller ej. Vårt jobb blir bättre – trevligare (den vanligaste klagan vi hör från våra ST-läkare och jag förstår dem),

- vi får en rak och bra roll som rådgivare/behandlare och inte den dubbla rollen som myndighetsperson också. Vi ►►

får syssla med et som vi är utbildade för och det våra patienter söker oss för.

Lars svarade:

Mer ansvar på den enskilde är bra i denna fråga. En variant vore i så fall att särskilja rätten till sjukskrivning för att man är arbetsoförmögen från rätten för oss doktorer att ordinera sjukskrivning när vi ser att det är en viktig och bra behandling. Fast man kan undra hur det skulle gå till. I ett moment av de förkortade kurserna (har inte Staffan själv gått en?) diskuterar vi utifrån begreppen rätt till respektive bra för om sjukskrivning (som två olika axlar som avgränsar fyra fält) och det blir ofta aha-upplevelser.

Meta Wiborgh hade tittat på statistiken...

1) 1998 var sjukskrivningen lägre än både före och efter. 1900 var det t.ex. lika högt som 2001. Det är populärt att använda 1998 som utgångspunkt för att peka på att allt har barkat åt skogen sedan dess... Men titta en stund på de toppar och dalar som avlöst varandra, och som tycks ha en benägenhet att vara en spegelbild av arbetsmarknadsläget. Dvs. många arbetslösa = få sjukskrivna. och tvärtom. Jag har bara tittat på statistiken fram till 2002 men så långt håller den bilden.

2) Hälsotrender som kan sammanfattas i KASAM (känsla av sammanhang) påverkas av hur man har det både på jobbet och hemma. Och då är det sannolikt inte oväsentligt att i en undersökning bland personal inom vård, skola och omsorg år 2000, 50–70% upplevde en ökad arbetsbelastning på jobbet, medan bara 10% upplevde ett ökat inflytande och kontroll. Att det samtidigt kan vara liknande förhållanden hemma gör det naturligtvis inte lättare.

3) En personlig läkare har chans att känna sina patienter. Och kan därmed använda sjukskrivningsverktyget på ett ansvarsfullt och bättre sätt. Det vittnar de personliga beskrivningar som förekommit i detta Ordbyte väl om, tycker jag, likväl som de allmänna formulerade typexemplen vittnar om hur meningslöst

det blir med plakatpolitik. Se där ytterligare ett skäl för Protos.

...men fick delvis bakläxa av Jan

Vad är intressant... jo antalet LÅNGTIDSSJUJSKRIVNA och att de stadigt har ökat i antal. Genom att enbart titta på sjukskrivningen så blir det skevt och de långtidssjukskrivna syns ej då...

Den stora volymen av antalet sjukskrivna innefattar ju även korta sjukskrivningar och de långa sjukskrivningarna drunknar i den statistiken om de inte lyfts fram och analyseras för sig.

Tittar man på långvarig sjukskrivning så har det stadigt gått uppåt... däremot påverkas sjukskrivningen av totala antalet sjukskrivna och där ingår ju kortvarig sjukskrivning som ju faktiskt åkt upp och ner sen 70-talet och varierar med karensdagar m.m. och där ser man ingen större ökningstrend... Det är ju de långa ss som slukar resurser, som vi inte ens har resurser att rehabilitera, skaffa alternativa jobb åt m.m.... effekten blir (hittills)... att de slussas ut ur systemet... in i pension... ett himla effektivt sätt för våra just nu folkvalda politiker att bli av med folk... om man vill vara lite ironisk... Så titta hellre på långvarig sjukskrivning mer än 12 och 18 månader... då ser man en ökning 3 ggr sen 1998 och 6 ggr sen 1974.

Lars avrundade med några visdomsord:

Min med åren alltmer förenklade syn har blivit att "Korta sjukskrivningar är bra, långa dåliga". Med det som ett rättesnöre kan man sedan få anpassa kartan till verkligheten och konstatera att så mycket annat inte står till buds för en del och beklaga de negativa hälsoeffekter man kommer att få i en del fall och försöka se upp för dem, kanske varna patienterna för dem och uppmuntra till aktiviteter som motarbetar detta.

Idag är vi ca 350 allmänläkare på mailinglistan SFAM Ordbyte. Så här enkelt är det att gå med i SFAM ordbyte: Du skriver bara ett tomt brev från den adress du sen vill använda på mailinglistan till adress:

[sfam-subscribe@yahoogroups.co.uk](mailto:sfam-subscribe@yahoogroups.co.uk)

Sammanställt av Anders Lundqvist

## Glöm inte polio

Efter tillkomsten av vaccination på 1950-talet har Sverige varit förskonat från nya poliofall. Man bedömer att det i landet finns mer än 10 000 personer som tidigare varit sjuka. Till detta kommer invandrare från andra länder där sjukdomen är mer utbredd. Personer som tidigare haft polio kan många år senare drabbas av det så kallade postpoliosyndromet med muskelsvaghet, minskad uthållighet och smärta (1). Arne Sandberg har vid en nyligen utgiven avhandling (2) vid Uppsala universitet visat att besvären orsakas av förlust av nervceller i ryggmärgen, som gör att det inte finns kvar reservkapacitet vid den förlust av celler, som stigande ålder medför. Överanvändning av muskler kan troligen påskynda förloppet. Neurofysiologisk utredning kan vara värdefull när postpoliosyndrom misstänks.

1. Sunnerhagen, Katharina: Sjukdom i fokus – polio. AllmänMedicin nr 2/2004.
2. Sandberg, Arne: Dynamic Changes in the Peripheral and the Central Nervous Systems in Patients with Prior Polio. Uppsala 2004.

Roland Morgell

## Underskatta inte vinterdepressioner

En nyligen utgiven avhandling vid psykiatriska kliniken i Lund visar att patienter med årstidsbundna depressioner ("vinterdepressioner") som behandlades vid kliniken affektiva mottagning eller ljusbehandlingsavdelning hade lika många och svåra symtom som de patienter som vårdades efter suicidförsök, vilket även stöddes av biokemiska markörer. Många patienter hade svagt socialt nätverk och nedsatt förmåga till stresshantering. Även om årstidsbundna depressioner är relativt vanliga och resultaten inte utan vidare går att överföra till patienter som söker allmänläkare, så kan det ändå finnas anledning att ägna dessa patienter extra uppmärksamhet.

Pendse, Baba: Winter depression; Clinical, Psychosocial and Biochemical Characteristics. Avh. Lund 2004.

Roland Morgell

# ANNONS

# ANNONS

# Nycklar till Framgång – ST-dagarna i Örebro

Det fanns stor spänning och förväntan inför den tredje upplagan av ST-dagarna som arrangerades i Örebro 10–12 februari. Under parollen "Nycklar till framgång" hade Örebro-gänget lockat 289 ST-läkare från hela landet.

## Rivstart

Efter en kort inledning av arrangörerna blev det rivstart med pausgympa så att frukostbullen försvann. Därefter vidtog en förmiddagslång föreläsning av kriminalinspektör Kickis Åhré Ålgamo om hedersrelaterat våld.

Vi fick höra otäck berättelser om kvinnor, men även enstaka män, som utsätts för psykiskt och fysiskt våld till följd av att de inte följer de kulturella normer som förväntas av dem. Det stora auditoriet till trots, fick kriminalinspektören igång en diskussion, genom att ställa frågor som "skulle du intyga att denna flicka är oskuld?" eller "skulle du som läkare återställa en mödomshinna?". Frågor som väckte en debatt som fortsatte långt in på torsdagens lunch.

## En sjuk idé?

Eftermiddagen ägnades åt seminarier och kortare föreläsningar. Göran Sjönell, familjeläkare på Matteus vårdcentral i Stockholm, undrade om vi verkligen gör rätt när vi ger medicin till friska? Är det kanske en sjuk idé? "Det är viktigt att ha patienten för ögonen, inte sjukdomen", sa Göran Sjönell och menade att sjukvården fokus från kurativ till förebyggande vård lett till allt fler "unhappy doctors".

Den förebyggande vården gör det svårt att se om vi gör nytta men Göran Sjönell pekade på internationell forskning som visar att allmänläkare i primärvården leder till minskad dödlighet, minskade kostnader och nöjdare patienter.

## Ögonsjukdomar och FYSS

Annika Eklund-Grönberg, från Trollbäckens vårdcentral i Stockholm, höll en uppskattad föreläsning om ögonsjukdomar i primärvården. Rikligt med



Foto: Björn Nilsson

Det fanns stor spänning och förväntan inför den tredje upplagan av ST-dagarna.

patientfall och bra länkar på nätet var fick åhörarna med sig hem.

Friskvårdsintresserade Lillemor Nyberg från Karlskoga berättade om Måbra-projektet i Örebro läns landsting där man skriver s.k. FYSS-recept, fysisk aktivitet på recept. Patienter med riskfaktorer eller allmänt hälsotillstånd där motion kan förväntas förbättra deras tillstånd ordinerades FYSS-recept. Den fysiska aktivitetens grad och omfattning varierade från mycket lätt till medelsvår och patienterna fick initialt delta i organiserade motionsgrupper för att slussas ut till egna aktiviteter.

Uppföljning av projektet har visat på uppbromsad BMI-ökning, minskat midjeomfång och mindre rörelserelaterade besvär. "Börja med att skriva ett FYSS-recept till dig själv!", var Lillemor Nybergs avslutande uppmaning till oss som inte ordinerat fysisk aktivitet på recept förut.

## Existentiella frågor

Sjukhusprästen Tomas Bernling från Karlskoga tog upp livets existentiella frågor som grund för diskussion om



Foto: Björn Nilsson

Kriminalinspektör Kickis Åhré Ålgamo föreläste om hedersrelaterat våld.

utbrändhet och sjukskrivning. Ett passerat århundrade som karaktäriserats av "fortare" har lett till ett samhälle som där man får "yrsl av relativism". Det krävs ett stort mått av mod att bromsa in och att våga lyssna till sin inre röst som ibland kanske frågar var tryggheten finns. "Kan man kanske ordinaera samtal med sjukhusprästen? Eller ensamma vandringar på kyrkogården?", undrade han. ▶▶



# ANNONS

## Protos

ST-dagarnas höjdpunkt var: **Makt, pengar och Protos?** och vad kunde vara mera angeläget än en paneldebatt om SFAMs förslag till nationellt familjeläkarsystem? I synnerhet för oss blivande familjeläkare som står inför en möjlig ny ordning av primärvården.

Först blev det en genomgång av vad själva Protos innebär och vilka konsekvenser förslaget kommer att få, bland annat för oss ST-läkare. Därefter vidtog diskussion. SFAMs ordförande Johan Berglund, Eva Bågenholm-Nilsson, ordförande i Läkarförbundet, Sven-Axel Andersson från DLF samt Tomas Lindholm från SYLF vände och vred på Protos ur olika aspekter.

Eva Bågenholm-Nilsson berättade att läkarförbundet ställt sig bakom Protos, vilket alltså innebär att även sjukhusläkarna är för detta förslag, och hon sa att hon som ordförande har som målsättning att åtminstone försöka etablera ett nytt familjeläkarsystem.

Kritik som framförts mot förslaget har bland annat varit att det blir alltför läkarfixerat. Johan Berglund bemötte kritiken med att säga att "idag är det ingen som upplever att de har makten medan Protos är ett förslag där allmänläkaren träder fram och tar makten för patienten".

"Största problemet är att vi inte tycker att vi har någon makt över huvudtaget", menade Eva Bågenholm-Nilsson och betonade vikten av att "visa och tro på att vi har makt, för det har vi". "Ett nytt nationellt familjeläkarsystem kommer också innebära att patienten får en större makt", tillade hon.

## Roligt om läkekonsten

En familjeläkare som varit verksam i hela 35 år fick avsluta fredagens program. Mats Falk som arbetat på en enläkarstation i Alstermo, i glesbygdens Småland, delgav sin humanistiska och humoristiska syn på läkekonsten. Han pratade om "de gyllene återbesöken" som har en central betydelse i patient-läkarrelationen och menade att åren som glesbygdsdoktor gett honom bilden av sitt yrke som "en humanistisk profession med vetenskapliga inslag".

Roliga och galna anekdoter ur doktor Falks vardag avlöste varandra och om vi inte visste det förr, så var vi efter denna enmansshow förvissade om att det är jättekul att vara allmänläkare.

Till sist fick vi även njuta av Mats Falks egenhändigt komponerade solosvit för violoncell, framförd av cellisten Johan Kyllmar.

## Glitter och glamour

Viktigast av allt dessa dagar är kanske ändå tillfället att träffa doktorer från andra delar av landet, återse gamla kurskamrater och vänner. Jazzpub och mingel är tillfällen att knyta nya kontakter, för att inte tala om galamiddag med tema glitter och glamour. Sällan har väl en samling doktorer glittrat så. Första pris gick till två manliga kollegor som (med Elvis Presley som förebild?) tagit tillfället i akt och hyrt varsin guldlamékostym! Dans till levande musik och en drink i baren av sorten Eutanasia blev pricken över i!

## Global allmänmedicin

Ett delvis trött gäng fick på lördagsmorgonen lyssna till familjeläkare Ulf Måwes spännande resa runt jordklotet på jakt efter den bästa allmänläkaren på platsen. Subtropisk värme och kokosnötter fick oss att drömma oss bort från den bistra vinterkylan utanför och nog var en praktik i indiska Kerala inte helt olik vår kända miljö.

Ulf Måwe berättade om en amerikansk TV-reklam som presenterade allmänläkare på platsen med följande slogan "we specialize in you". Med det budskapet vill Måwe styrka oss blivande specialister i allmänmedicin och glädja oss med att vi får tillhöra "yrkesstolthetsföreningen SFAM".

## Stockholm 2006

Stafettpippen för ST-dagarna har vandrat vidare till Stockholm år 2006. Det blir en utmaning som vi alla ST-läkare ser fram emot – så kom igen nu nya organisationskommittén!

**Anna Barnéus**  
ST-läkare, Lidingö  
barneus@hotmail.com



Johan Kyllmar och Mats Falk.

Foto: Björn Nilsson



Anna Karin Ek på glitter och glamourbanketten.

Foto: Björn Nilsson



Ulf Måwe berättade om sin jorden-runt-resa.

Foto: Björn Nilsson

# ANNONS



Glada deltagare från många länder. I mitten tillträdande ordförande Egle Zebiene (röd jumper) från Litauen. Längst till höger Justin Allen, Storbritannien, hittillsvarande ordförande under många år. Monica Lindh i rödvit jumper till vänster.

## EURACT

### *European Academy of Teachers in General Practice*

Med mer än 650 individuella medlemmar i ett trettiotal olika länder är European Academy of Teachers in General Practice – EURACT – troligen WONCA-Europas största nätverksorganisation med individuellt medlemskap. I denna artikel vill jag förmedla en del av det spännande som är på gång där och inom europeisk allmänmedicin. Vad är då EURACT och vad sysslar vi med?

EURACT bildades 1992 men har sina rötter i 1970-talet och Leeuwenhorstgruppen, som var ett forum för nya utbildningsidéer inom allmänmedicin och som tidigt definierade allmänläkarrollen. Syftet är att stödja alla som är involverade i läkarutbildningarnas olika nivåer (grundutbildning, AT, ST, fortbildning). Ett övergripande mål är att stärka allmänmedicinen som disciplin och därmed främja och upprätthålla en primärvård av hög kvalitet. Fullt medlemskap kräver att man är involverad i utbildning/handledning. Medlemsavgiften är 50 Euro. Man kan även bli

stödmedlem. Läkare under utbildning erbjuds medlemskap med halv avgift.

#### Fyra stående kommittéer

EURACT har fyra stående kommittéer: Basal medicinsk utbildning, Specialiseringstjänstgöring (där jag ingår), Fortbildning och Medlemsservice. Aktuellt är bland annat utarbetande av ett förslag om tidig kontakt med allmänmedicin under grundutbildning, rekrytering och selektion av ST-läkare (många länder har problem med fler sökanden än tjänster), längd/antal år för specialiseringstjänstgöring (flera länder har förlängt till 3–5 ►►

# ANNONS

år), stimulering av personliga fortbildningsplaner, relationer till läkemedelsindustrin samt handledarutbildning. Vid WONCA i Grekland september 2005 planeras preliminärt workshops om utbildning och mångkulturella frågor, kvalitet och fortbildning.

#### EURACT council

EURACT Council, som är högsta organ med en representant per medlemsland, möts två ggr årligen. Det senaste mötet september 2004 i Århus innefattade en dag med DSAM (danska motsvarigheten till SFAM) på temat värdering/bedömning under ST och en presentation av det nya danska ST-programmet (fem år med en detaljerad målbeskrivning). Apriilmötet 2004 innehöll ett möte med den nationella portugisiska allmänläkarorganisationen (fyraårig ST).

#### Samarbete med andra organisationer

Vi samarbetar med andra organisationer, särskilt med Woncas kvalitetsgrupp EQUIP och andra nätverk. Vi arrangerar internationella möten och årliga kurser för lärare/handledare. Vid varje WONCA-Europa konferens ansvarar vi för ett flertal workshops och seminarier. Hippokratesprogrammet ger ST-läkare möjlighet att auskultera hos familjeläkare runt om i Europa (Eva Jaktlund är svensk kontaktperson).

#### Karakteristiska och kärnkompetenser

Rekommendationer och policys formuleras i olika dokument. EURACT initierade och medverkade i utformandet av New European Definition of Family Medicine, som 2002 antogs av WONCA-Europa och som beskriver allmänmedicin utifrån elva karakteristiska med basala kriterier, som skall vara generella för alla sjukvårdssystem. Dessa karakteristiska sammanförs i sex kärnkompetenser som beskriver allmänläkarrollen.

#### Målbeskrivning

Sedan dessa sex kärnkompetenserna definierats har arbetet fortsatt med utformandet av "the Educational Agenda of General Practice/Family Medicine". En första version presenterades vid WON-

CA-konferensen i Amsterdam juni 2004. Syftet är att skapa ett levande dokument, med fokus på specialiseringstjänstgöring men som även ger vägledning för grundutbildning. Det innefattar en beskrivning av målen, dvs. de sex kärnkompetenserna, förslag på metoder för inläring respektive bedömning/utvärdering samt litteraturtips (det liggande svenska förslaget till ny målbeskrivning för ST har samma struktur men något annorlunda mål). Eftersom det handlar om att lära sig kärnkompetenser så betonas ett kompetensbaserat lärande. Utvärdering innefattar bedömning av verkligt agerande ("performance"). Detta dokument bör kunna underlätta den harmonisering som eftersträvas inom Europa enligt överenskomna europadirektiv. I några länder, till exempel Portugal och Italien, görs redan försök att introducera denna "Educational agenda" i ST.

#### Exempel på publikationer

1995 A Survey on Recertification and Reaccreditation in Europe  
1995 Attributes and Learning Needs of General Practice Teachers  
2002 Selection of Trainers and Training Practices for Specific Training  
2003 Quality Standards for CPD in Europe (samarbete med Equip)

#### Hemsida

[www.euract.org](http://www.euract.org)

#### Monica Lindh

Hälsocentralen Hofors, Gästrikland  
svensk representant i EURACT Council  
2004–2006  
[monica.lindh@telia.com](mailto:monica.lindh@telia.com)

Kärnkompetens	Innefattar kortfattat
Primary Care Management	Första kontakt Oselekterade problem Alla hälsoproblem Samarbete/teamarbete Effektivt och adekvat resursutnyttjande Patientens förespråkare
Person-centered Care	Personcentrerat arbetssätt Konsultation: läkar-patient relation med respekt för patientens autonomi. Kommunicera, prioritera, samarbeta/partners Kontinuitet över tid
Specific Problem Solving Skills	Arbetssätt: tid/expectans, hantera osäkerhet, utifrån sjukdomars prevalens/incidens. Selektivt inhämta/tolka information och undersökningsfynd, behandla i samråd med patient. Handläggning: i akut situation, i tidigt skede av sjukdom, effektivt.
Comprehensive Approach	Samtidigt kunna handlägga multipla problem både akuta och kroniska hos en individ. Främja hälsa genom förebyggande arbete. Samordna preventivt, kurativt, palliativt och rehabiliteringsarbete.
Community Orientation	Balans mellan individens respektive lokalsamhällets hälsobehov och tillgängliga resurser.
Holistic Modelling	Använda en bio-psyko-social modell med hänsyn till kulturella och existentiella dimensioner.

# ANNONS

# Två skandinaviska böcker – och en liten skrift – om genusperspektiv i sjukvården

Ingen kan väl ha undgått att märka den diskussion om medicinens genusperspektiv som förs i olika sammanhang. Det har nu kommit två böcker som vid en första blick tycks ha stora likheter. Bägge består av texter som redigerats och satts samman av en skandinavisk kvinnlig professor i allmänmedicin (den svenska tillsammans med en docent i allmänmedicin). Men där upphör också likheterna.

Kirsti Malterud är en av nordens mest framstående experter på vad som kallas för kvalitativ medicinsk forskning, där det primära inte är att räkna det ena eller andra, utan man strävar i stället efter att med andra metoder förstå det man vill studera. Inom allmänmedicinen innebär detta ofta att med samtal sätta patienterna egen verklighet i fokus. Det finns en lärobok skriven av Kirsti för den som vill lära sig mer om detta.

Typiskt för primärvård är att ett stort antal patienter söker för symptom utan att man kunnat ställa någon sedvanlig sjukdomsdiagnos. Det har i Norge under många år funnits en forskargrupp som studerat symptom som kunskapskälla och som strävat efter att utveckla kunskap om kvinnors hälsa. Olika artiklar har utgått ifrån detta paraplyprojekt, som dock ännu inte är sammanfattat i någon slutrapport. Denna lilla bok, som publicerades på norska 2001, bygger till stor del på den kunskap och de erfarenheter som erhållits av det projektet. Och det är ingen tvekan om att det som beskrivs är lika aktuellt i dagens Sverige.

Medicinska diagnossystem är bättre lämpade att klassificera hälsoproblem hos män än hos kvinnor. Män har utgjort normen, varför besvär som är vanliga bland kvinnor uppfattas som vaga eller svårförståliga, i synnerhet när inte avvikande laboratorieprover eller liknande fynd ger stöd för bedömning. Till detta



*Kvinnors oförstådda ohälsa*  
Kirsti Malterud (red)  
Natur och Kultur 2004  
ISBN 91-27-0749-X  
246 sidor

kommer att trötthet, värk, orolig mage osv. är vanligt förekommande besvär även utan att sjukdom föreligger, men skillnaden är att besvären då inte brukar vara så uttalade att den drabbade personens hela liv påverkas. Kirsti menar att även om det finns goda skäl att motarbeta sjukliggörande av vardagslivets plågor, så bör detta ske på andra arenor än mötet med enskilda människor. Den person som upplever att kroppen tydligt säger stopp, bör av sjukvården bemötas med samma förståelse och vilja att hjälpa som alla andra patienter.

Det finns vetenskapligt belagd kunskap att män och kvinnor uppfattas och behandlas olika även vid identiska besvär. Läkare som trodde patienten var en kvinna lade större vikt vid känslomässiga problem, än de läkare som trodde det gällde en man vid bedömning av identiska sjukhistorier. Andra undersökningar visar att läkar tar mäns symptom på större allvar, utreder grundligare och förskriver dyrare läkemedel vid jämförbara tillstånd.



*Kropp och genus i medicinen*  
Birgitta Hovelius, Eva E. Johansson (red)  
Studentlitteratur 2004  
ISBN 91-44-03217-X  
475 sidor

Boken om kropp och genus är en tjock lärobok, där olika handplockade författare med specialkunskaper medverkat i 44 olika kapitel, som tillsammans systematiskt beskriver hur genus har betydelse både för män och kvinnor inom medicinen. Efter varje kapitel följer utvalda referenser och förslag till frågor att diskutera. Kapitlen är samlade i olika delar med gemensamma övrrubriker, vilket underlättar översikt.

De två första delarna beskriver generellt dagens kunskap om genus och kön inom medicinen, samt teoribildning och centrala begrepp inom området. I den tredje delen blir olika specifika sjukdomar, symptom och åtgärder föremål för mer detaljerade beskrivningar. Den fjärde delen handlar om sexualitet och genus, medan den avslutande delen beskriver olika aspekter på hälsa och ohälsa under livets lopp.

Även om man redan är medveten om att både läkarens eget och patientens kön ►►



# ANNONS

har betydelse för möte och handläggning i sjukvården, så ger böckerna fördjupad kunskap och förståelse för vilka mekanismer som har betydelse, och på vilket sätt detta mer konkret ger en ovetenskaplig bias vid olika tillstånd. Den som tror att allt detta enbart handlar om vad som idag anses vara politiskt korrekt, har förstås ännu större anledning att läsa böckerna. Alla vill väl att deras praktik skall vara kunskapsbaserad så långt som möjligt? Och vem vill inte bättre kunna förstå de kvinnor som söker med ”diffusa besvär”?

Fram till den dagen då genusperspektiv blivit självklar integrerad del av alla ämnesområden – och i alla läroböcker – så vore det konstigt om inte Kropp och genus kommer att bli en självklar kurslitteratur under läkarutbildningen. Boken borde helst komma in tidigt under studierna, för att sedan finnas med som bredvidläsning, eftersom genusaspekter gäller alla specialiteter.

Vi andra får försöka komma ikapp, genom att i stället nu läsa det vi borde fått lära oss under utbildningen. Detta gäller inte minst dem som idag är lärare eller handledare för blivande läkare. Boken kan kännas avskräckande tung, men man behöver inte läsa alla kapitel på en gång. Läs gärna Kirstis bok som ett komplement eller som en kortare introduktion, den har även fördelen att vara lättare att läsa utan medicinska förkunskaper

Den som vill få en ännu kortare sammanfattning kan från Högskoleverket utan kostnad rekvirera ett litet häfte kallat Genusperspektiv på medicinen. Anne Hammarström beskriver där kortfattat ämnesområdet, var svensk genusforskning står idag och hur det varit tidigare.

Slutligen ett råd till Birgitta och Eva. Låt i nästa upplaga gärna fler roliga illustrationer lätta upp den ganska massiva texten. En bild säger ibland mer än många ord.

Roland Morgell

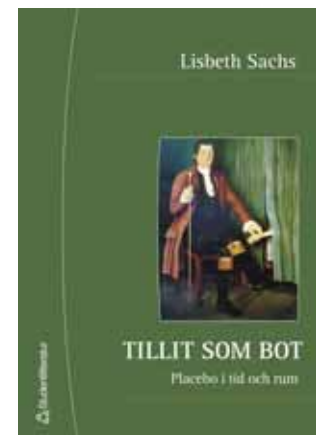
## Nyutkommen bok om placebo

**Lisbeth Sachs är en pionjär inom den svenska medicinantropologin, som tidigare bland annat givit ut Onda ögat eller bakterier, Sjukdom som oordning och Från magi till bioteknik – vårdens etnografi. Och mycket mer därtill. De som ännu inte läst hennes skrifter kan rekommenderas göra detta.**

Antropologi/etnografi kan hjälpa oss att både bättre förstå patienter med annan bakgrund än vår egen och kan även hjälpa oss till ett mer medvetet förhållningssätt till de tankemönster, föreställningar och vanor som råder i vår egen kultur. Därigenom får vi också bättre möjligheter att förstå hur vi själva, våra patienter och andra kan fungera i olika situationer.

I det moderna svenska samhällsbygget har ingenjörskonsten stått modell, vilket för sjukvårdens del medfört apparatfelstänkande, där människan ses som en biologisk maskin som ibland behöver repareras. Betonning av delarna på helhetens bekostnad har gett oss dagens överdimensionerade specialistsjukvård och underdimensionerade primärvård. Det finns även en övertro på teknikens betydelse, där resultatet av röntgenundersökningar, laboratorieprover mm riskerar övervärderas i förhållande till den kliniska bedömningen. Många patienter söker i onödan sjukhusens akutmottagning, där provtagning, EKG och röntgen blir en bekräftelse på att patienten valt rätt vårdnivå. Det finns även anledning att vi själva funderar över hur vi påverkas av det samhälle vi lever i och hur det avspeglas i vårt eget agerande. Kanske vi ibland fäster alltför stor vikt vid lab-vården och andra mätbara faktorer... Och hur förhåller vi oss till placebomekanismer i vår egen praktik?

Denna bok diskuterar placebo främst ur ett antropologiskt perspektiv med tillit som ett centralt begrepp, men författaren är även väl förtrogen med den medicinska forskningen inom området, där man bland annat tydligt kunnat visa centralnervösa effekter av placeboadministration. I boken beskrivs såväl forskningsexperiment som mer anekdotiska berättelser. Så berättar



Tillit som bot. Placebo i tid och rum  
Lisbeth Sachs  
Studentlitteratur 2004  
ISBN 91-44-03249-8  
160 sidor  
Pris 298:-

exempelvis författaren om den anatoliska kvinna, som lägger receptet hon fått av den svenske läkaren i ett glas med vatten som hon sedan dricker upp, varpå hon blir bra. Tanken är förstås inte att vi skall be patienterna använda recepten på detta sätt, utan att det kan vara en nyttig påminnelse om att vi själva och våra patienter kan ha helt olika föreställningar om vad som orsakar sjukdomar och hur de bör behandlas. Det finns anledning till en viss ödmjukhet, där vi bör inse att även vi själva är formade av vår tid och vårt samhälle.

Vi bör vara observanta på att förväntningar även kan ha negativa effekter, där exempelvis hälsokontroller och riskfaktorsinterventioner kan vara tveeggade svärd. Om exempelvis ett gentest visar att man har ökad risk att få cancer, så kan detta medföra negativa förväntningar när det gäller framtida hälsa. Själv skulle jag gärna velat läsa mer om shamaner och botande ritualer i så kallade primitiva kulturer, men då hade det blivit en annan och längre (och dyrare) bok. Den som vill läsa mer om placebo kan skaffa den bok som Liber gav ut 2000 med sammandrag av en SBU-konferens. Sissela Bok har tidigare skrivit en bok om etiska problem i samband med placebobehandlingar.

Roland Morgell

# ANNONS

# Dr Semmelweis – en smutsig historia

Många forskare har fått prova på hur det känns att arbeta i motvind. Man är övertygad om att de nya rön man kommit fram till helt kan förändra och revolutionera synen på tidigare metoder eller sätt att arbeta. Likväl vill inte omvärlden anamma det man funnit. Man blir inte lyssnad på eller kanske motarbetad.

Dr Semmelweis levde 1818–1865 och arbetade som underläkare 1844–48 på barnbördsanstalten vid *Wiener Allgemeines Krankenhaus*. Han funderade över den stora dödligheten på sjukhuset. Ett stort antal kvinnor dog i barnsängsfeber. Många teorier fanns såsom överbeläggningar, sinnesrörelser, sedlighet, likämne m.m. Semmelweis gick noga genom olika hypoteser och testade deras hållbarhet. Han fann så småningom att giftiga ämnen, som kunde överföras med händerna, kunde vara orsaken. Han genomförde att läkare som gick mellan obduktionssal och förlösningrum skulle tvätta händerna i klorkalklösning. Dödlighetssiffrorna sjönk då från 18% till 2%.

Semmelweis kom att motarbetas, ty det var besvärligt med de hygieniska förhållningsreglerna. Att läkarna skulle förorsaka smittspridning togs som en förolämpning. Semmelweis skrev också sin avhandling i ämnet men fick inget gehör. Han dog i blodförgiftning efter en fingerskada han fått under en obduktion, den sjukdom han ägnat sitt liv åt.

Först på 1930-talet fick man klarhet i att det var streptokocker som orsakade barnsängsfeber.

Amatörgruppen Teaterkängan har förvandlat dr Semmelweis historia till teaterföreställning. Den har haft nypremiär i Örebro efter att tidigare ha spelats år 2000. 5 skådespelare gestaltar dr Semmelweis på sitt sjukhus i Wien tillsammans med sköterska, födande kvinna, präst, berättare m.fl.

Vi får leva oss in i de stora svårigheterna på sjukhuset med de många dödsfallen och hur prästen går runt och ger sista smörjelsen. Sjukhusets två avdelningar har stor skillnad i dödsiffror och en födande kvinna, som bär dr Semmelweis barn, försöker få komma till avdelningen med låga



Läkarkandidaten (Jens Remfeldt) och barnmorskan (Carina Nyström) undervisas bryskt av dr Semmelweis (Lasse Forss) om vikten av att noga tvätta händerna i klorkalk.

dödstal. Detta lyckas inte och tyvärr dör både kvinna och barn, vilket är mycket smärtsamt för dr Semmelweis. Han kämpar på för att för att få kolleger och sköterskor att tvätta sig i klorkalk före förlösningar, men det sitter hårt inne. Han motarbetas hela tiden. Vid flera tillfällen dränker han sorgerna på krogen. Chefläkaren, tillsatt av politiska skäl, kan inte anamma Semmelweis idéer och prästen ännu mindre.

Någon riktig upprättelse får inte Semmelweis i föreställningen heller och den avslutas med Semmelweis på krogen med det dödliga såret på sitt finger.

Skådespelarna gör lysande rollprestationer och med mycket enkel rekvisita och bra ljussättning lever man sig snabbt in i Semmelweis svårigheter. Man tar del av hans vända och omgivningens oförståelse och delar den smärta han känner.

Föreställningen kan med fördel ses av medicinsk personal och är säkert av stor glädje för läkarkandidater. Även blivande forskare kan kanske känna igen sig.

En av skådespelarna, Lennart Holmquist, är själv allmänläkare, vilket säkert bidrar till den äkta känslan i föreställningen.

Eva Marklund

Örebro

eva.marklund@orebroll.se

## Teaterkängans aktuella föreställningar

Teaterkängan startade 1976. Gruppen har spelat omväxlande stora och små föreställningar. De mindre uppsättningarna är mobila och kan spelas ute på arbetsplatser, konferenser m.m.

### Doktor Semmelweis – en smutsig historia

En dramatisering av historien om hur den ungerske förlösningläkaren Semmelweis i mitten av 1800-talet upptäckte barnsängsfeberns orsaker och hur han genom tvättning av händerna drastiskt kunde påvisa minskad dödlighet bland kvinnor och barn, men ingen vill tro på hans upptäckt. Det är också en historia om hur fördomar och trångsynthet utgör hinder för att acceptera nya fakta. (50 min)

### Det viktiga mötet

En interaktiv forumteaterföreställning om möten i vården, integritet och etik. Föreställningen bygger på en aktiv dialog med publiken. Spelas på konferenser och seminarier. (30–90 min)

### Allemanscirkus

En uppsluppen och underhållande varietéföreställning, som skapas tillsammans med publiken. (45 min)

Samtliga föreställningar har spelats för såväl allmän publik som i olika vårdsammanhang. Föreställningarna går att beställa genom Lennart Holmquist, 070-5678015. Adress: Stadaäng 155 92 Nykvarn. e-post: lennart\_holmquist@swipnet.se

# ANNONS

## Argumentering för Äldrevårdscentral

Gunnar Akner, som är överläkare i geriatrik och forskare i nordvästra Stockholm samt ordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi, är en flitig debattör i massmedia, där han argumenterar för bildande av Äldrevårdscentraler. Denna bok bygger till stor del på den underlagsrapport som tagits fram på uppdrag av en statlig utredning om äldrevård.

Boken sammanfattar på en lättläst och överskådligt sätt många av de problem och brister som kännetecknar dagens äldrevård. Problem med bland annat bristande samlad översikt av de äldres hälsoproblem, bristande samband med akutsjukvård, bristande uppföljning, fragmenterade dokumentation, uppdelning på olika huvudmän, med mera. Problemen är väl kända av alla allmänläkare, som i dagens sjukvårdssystem ansvarar för äldresjukvården i större delen av landet, oftast med otillräckliga resurser. Det är samtidigt viktigt att påpeka att problemen inte enbart beror på resursbrist utan också på hur man arbetar.

Bland annat artiklar i AllmänMedicin har visat på goda exempel på ändrade arbetssätt.

Större delen av boken upptas av författarens beskrivning av nuvarande situation som lämnar utrymme för förbättringar. Även om vi inte är överens med honom om hur problemen bäst skall lösas, så är det ändå värdefullt om vi kan komma överens om att definiera problemen tillsammans. Gunnar Akners förslag till lösning av problemen är således inrättande av Äldrevårdscentraler, vilket han argumenterar för i ett avslutande kapitel.

Denna bok ger en bra sammanfattning av många av dagens problem. Den blir nog läst av många politiker och andra beslutsfattare i sjukvården, vilket också kan vara ett skäl för allmänläkare att läsa den.

Jag tror att det är viktigt att vi inte låser fast oss vid fackliga intressen (vare sig från ena eller andra hållet), utan i stället försöker finna konstruktiva lösningar ut-



*Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*  
Gunnar Akner  
Liber 2004  
ISBN47-05255-4  
120 sidor

ifrån patienternas perspektiv på problemen. Man kan hålla med författaren när han i sitt förord skriver: "Det är min förhoppning att denna bok ska bidra till en konstruktiv diskussion kring den viktiga frågan hur vi kan förbättra vården för äldre personer med komplexa problem och vårdbehov i en sammanhängande och etiskt värdig organisationsform på de äldre vårdtagarnas villkor".

Roland Morgell

## Handläggning vid akuta förgiftningar

Akut förgiftningstillbud är vanliga orsaker till att man söker eller rådfrågar vården. Det kan handla om alltifrån oavsiktlig förtäring av giftig svamp, växter, kemiska hushållsprodukter till alkohol, narkotika eller suicidförsök med läkemedel.

Även om allvarliga förgiftningar är relativt ovanliga så avlider cirka 800 varje år. Små barn som provar att stoppa allting i munnen drabbas ofta av tillbud, men sällan av allvarlig art. Äldre personer är skörare, liksom när det gäller andra påfrestningar. I denna bok ges handfasta råd, både generellt om hur man bör förfara vid förgiftningstillbud och vid ett

fyrtiotal olika specifika intoxicationer. Även om vi fått lära oss att överdosering av SSRI oftast endast ger lindriga symptom, så rekommenderas ändå observation på sjukhus vid doser över cirka 500 mg – i boken anges värden för olika preparat. Boken kan vara värdefull att ha tillhands vid jourmottagning och telefonrådgivning. Mycket användbara är även Giftinformationscentralens hemsida [www.gic.se](http://www.gic.se) där man även kan finna bilder på olika växter mm. Adekvat omhändertagande kräver att man försöker bedöma vad som intagits, i vilken mängd samt när detta skedde.

Roland Morgell



*Akuta förgiftningar. Alkohol, droger och läkemedel. Akut omhändertagande och antidoter*  
Knudsen, Kai  
Studentlitteratur 2004  
ISBN 91-44-02907-1  
248 sidor

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

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

#### Vice ordförande

Annika Eklund-Grönberg  
070-757 81 08  
annika eklund-gronberg@slpo.sll.se

#### Facklig sekreterare

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

#### Vetenskaplig sekreterare

Lars Borgqvist, 070-882 74 01  
larbo@ihs.liu.se

#### Kassör

Gunnar Carlgren  
070-618 55 06  
gunnar.carlgren@comhem.se

#### Övriga ledamöter

Christer Andersson, 0704-86 81 30  
christer.c.andersson@vgregation.se

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

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

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

#### Arbetsutskott:

Johan Berglund, Lars Borgqvist,  
Gunnar Carlgren, Annika Eklund-  
Grönberg och Karin Lindhagen.

#### Kansli

Heléne Swärd, 08-23 24 05  
helene.sward@sfam.a.se  
(Se även redaktionsrutan)

#### Tidningen AllmänMedicin

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

#### SFAMs råd

##### Examenskansliet

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

#### Fortbildningsrådet

Ordförande: Meta Wiborgh  
Meta.wiborgh@telia.com

#### Läkemedelsterapirådet

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

#### Kvalitet/Informatikrådet

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

#### SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

#### SFAMs nätverk

##### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

##### ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

##### Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-53507  
bjorn.stallberg@nln.dli.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.dli.se

### STOCKHOLM

Sonja Modin  
Sonja.modin@sspo.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@dfc.se

#### SFAM post.doc

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

#### Studierektorskollegiet

Anna Källkvist  
anna.kallkvist@ks.se

#### Transkulturell allmänmedicin

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

#### Internationella kontaktpersoner

##### EGPRN

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

##### Euract

Monica Lindh  
monica.lindh@lg.se

##### Equip

Anders Lindman  
Anders.lindman@nll.se

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

#### NORDVÄSTRA SKÅNE

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

#### MALMÖ

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

#### SÖDERSLÄTT

Lars Falck, 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  
claes.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@lblekinge.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör

Säffle

gits.joel@tele2.se

Anna Barnéus, adjungerad redaktör

ST-läkare, Hersby läkarmottagning,

Lidingö

barneus@hotmail.com

Katarina Liliequist, illustratör

Herrestads vårdcentral, Uddevalla

katarina.liliequist@gotanet.com

#### Layout

Mediahuset i Göteborg AB

Gunnar Brink

Box 29, 450 71 Fjällbacka

0525-323 52, fax 0525-329 29

gunnar@mediahuset.se

#### Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Dan Johansson

415 02 Göteborg

031-707 19 30

dan@mediahuset.se

#### Tryck

Åkessonstryckeri AB

www.akessonstryck.se

#### Hemsida

Webbredaktör under tillsättning

#### Utgivningsplan för 2005

Nr	Manusstopp	Utgivning
2	8/3	26/4
3	10/5	24/6
4	7/8	21/9
5	18/9	2/11
6	31/10	15/12



# Livslång arbetsglädje som familjeläkare!

Vad blev det av mitt liv och mitt yrkesval? Behovet av att ompröva sitt liv och sin yrkesroll är universellt. Christer Andersson beskrev det i *Allmänmedicin* 1/2005 ur ST-perspektivet. Michael Boland från Irland beskrev det på WONCA-mötet i Stockholm 1996, och Per Fugelli från Norge har beskrivit det i en dikt: Hur håller vi den professionella lågan brinnande?

Många ser vårdcentralens organisation som garantin för att orka. Områdesansvar begränsar uppgiften och teamarbete avlastar oss från tunga patienter. Ensam är inte stark – vi måste hjälpas åt. Är det så vi ska hålla den professionella lågan brinnande, år efter år?

Områdesansvaret – får det lågan att brinna? Provinsialläkaren var ansvarig för sitt område och den modellen bröt ihop. Som "områdesansvarig" förmodas man ta medicinskt ansvar för en yta och de som bor där. Om kvarteret rivs, befolkningen flyttar så är det enkelt – fikapauserna blir längre. Om däremot "någon" börjar bygga lägenheter – eller sjukligheten tilltar, så blir det värre – en okontrollerad tillväxt av arbete. Fokus på områdesansvar är alltså ingen hjälp!

Teamarbete är modernt – det är väl bra? 95% av alla konsultationer/problem löses utan "teammedverkan", men ändå satsas stor energi på att skapa sammanhållna "team" inom primärvården. Resultaten blir stora arbetsplatser, med höga krav på arbetsledning och samverkansmöten – hjälp för få patienter, till priset av stor administration. En allmänläkares arbete kräver tillgång till ett brett nätverk av olika kompetenser för att kunna hjälpa eller hänvisa sina patienter till bästa möjliga vård. Funktionella nätverk, ja tack – teamarbete, nej

tack! Fokus på "teamarbete" suger musten ur allmänläkaren!

Självklart är ensam inte stark. Att reflektera tillsammans, att lära av egna och andras erfarenheter och tillkortakommanden är oerhört stimulerande. Vår medarbetare i rummet intill, vår FQ-grupp, vår vän – våra kollegiala nätverk är centrala. Var laddar man batterier eller omprövar sina förhastade slutsatser bäst, om inte i "goda vänners lag"?! En kollegial dialog utifrån självvärdering och ömsesidig respekt är den säkraste vägen till livslång arbetsglädje!

För livslång arbetsglädje som allmänläkare krävs alltså tillgång till en god kollegial dialog, till kollegor, andra specialister och medarbetare. Dessa nätverk stimulerar allmänläkares arbete – att kunna fokusera på sina patienter. Det är ju det familjemedicinen går ut på, det är det som skapar livslång arbetsglädje!

"Familjeläkare engagerar sig i en människa och inte i ett speciellt ämne, en grupp sjukdomar eller en speciell teknik. Engagemanget är öppet och begränsas inte av typen av hälsoproblem och saknar en bestämd slutpunkt."

Ian McWhinney  
Familjemedicin, Studentlitteratur 2004.



Robert Svartholm, Boden  
polarull.svartholm@telia.com

## 2005

### Maj

#### Kurs i konsultation och videosupervision

Kalymnos, Grekland 20-27 maj. Det finns fortfarande enstaka platser kvar – se mera på [www.fammi.se](http://www.fammi.se)  
Kontaktperson: Jan Helge Larsen, [jhl@dadlnet.dk](mailto:jhl@dadlnet.dk)

### ORDBRUK

Kurs i läs- och skrivmöjligheter 27-28 maj 2005 med Merete Mazzarella på Stiftsgården Åkersberg i Höör. Anmälan till SFAM Mellanskåne / Mogens Hey, [mogens.hey@swipnet.se](mailto:mogens.hey@swipnet.se). Seminarieavgift kr 750 betalas till SFAM Mellanskåne Pg 41 25 51-4 (M Hey). Konferensavgift betalas mot faktura till Åkersberg. Utan övernattning kr 718 inkl moms, med övernattning i enkelrum kr 1636 inkl moms. Det kan finnas återbudsplats! Tacksam för intresseanmälan till ny kurs till hösten.

#### Wonca Asia Pacific Regional Conference

27-31 maj Kyoto, Japan

### Juni

#### 14:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

Stockholm 16-18 juni 2005

### Augusti

#### The International Balint Congress

Stockholm 24-28 augusti 2005

#### Medical Informatics in Europe 2005

28 aug-1 september, Geneve  
[www.MIE2005.net](http://www.MIE2005.net)

### September

11<sup>th</sup> Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine  
3-7 september Kos, Grekland

#### SFAM.IQ arrangerar Nationell Kvalitetsdag för Primärvården

Torsdag 22 september, Folkets Hus, Huddinge. Konferensavgift 800 kr. Anmälan till [kjell.lindstrom@lj.se](mailto: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](http://www.vardsnas.com)  
Intresseanmälan [cim.eljeborg-bengtsson@lio.se](mailto:cim.eljeborg-bengtsson@lio.se) före 15 maj.

### 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

Berzelius-symposium 64 Atrial Fibrillation - Scientific Evidence and Clinical practice  
2-3 november, Uppsala.  
För mer information se [www.svls.se](http://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)

### December

Vitalis 2005. Medicinsk informatik.  
12-15 december, Göteborg  
[www.vitalis.nu](http://www.vitalis.nu)



### OBS!

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



KursDoktors 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](http://www.kursdoktor.nu)