

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2005 ÅRGÅNG 26



Patienters inställning till mediciner/sid 23

Mål och mått i allmänmedicin/sid 7 • Balintgrupper i Sverige/sid 13

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar som finns på SFAMs hemsida www.sfam.nu. Alla texter granskas av tidskriftens redaktörer, vilka tar ställning till publicering. Därefter sker sedvanlig korrekturläsning och korrigerings, innan materialet skickas till Gunnar Brink på Mediahuset för layout. Skicka 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
Tel 0525-323 52

Omslagsbild: Illustration av Katarina Liliequist

3 Ledare

Landstingskolosser och nyspråk
Anders Lundqvist

5 Avhandling

Allmänmedicinsk avhandling visar genusbias bland läkare
Gunilla Risberg

7 Praxis

"Mål och mått i allmänmedicin"
Lennart Holmquist, Malin André, Sven Engström

11 Debatt

Remiss – tvång eller möjlighet
Ulf Torstensson, Anna Barnéus

Är non-responders responders som inte tar sin medicin?
Och vad har inställningen till mediciner för betydelse?
Rickard Fuchs

Allmänmedicinen på riksstämman – fler aktiviteter och bättre organisation krävs
Mikael Hasselgren, Lars Borgquist

19 Notis

Lär av misstagen
Roland Morgell

21 Reportage

Kursdoktorn – kvalitetsgranskad fortbildning
Roland Morgell

23 Fortbildning

När Balintgrupperna kom till Sverige
Kerstin Kaij

Balintgrupper i Sundsvall
Ylva Johansson

Nya Balintledare
Anna Barnéus

Numbers tell the story: The best health care is primary care.
Elisabeth Edén, Elisabeth Tønnesen, Jan Stålhammar, Gösta Eliasson

Som ST-läkare på världskongress
Elisabet Jädersten

35 Utbildning

SPUR-inspektioner – för bättre ST
Stig Andersson

37 Recensioner

Plikten, profiten och konsten att vara människa
Stig Andersson

Medisin och existens
Björn Nilsson

42 Notiser

45 SFAM informerar

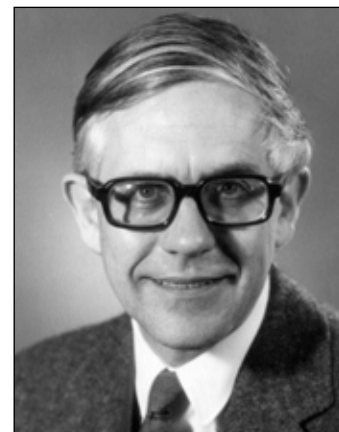
Vad gör SFAM?
Karin Lindhagen
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Livslång arbetsglädje som familjeläkare?
Christer Andersson

"Om jag inte tar några mediciner så är jag inte sjuk."

Rickard Fuchs har skrivit en debattartikel.
Sidan 13



Professor Lennart Kaij introducerade Balint-verksamhet i Sverige.
Sidan 23



Elisabet Jädersten tillsammans med kollegor besökte Wonca 2004.
Sidan 33



Björn Nilsson recenserar John Nessas bok "Medisin og eksistens".
Sidan 43

ANNONS



Foto: Helene Friberg

Landstingskolosser och nyspråk

Det oerhörda som hände borta i Asien på annandagen har gjort att jag drar mig för att använda ordet katastrof i andra sammanhang. Beklämmande och svekfullt är kanske snarare ord att använda för att beskriva landstinget Västmanlands agerande gentemot de 50 000 invånare som förlorade sin egen valda familjeläkare, för att *Lagen om offentlig upphandling* tillämpats på ett formalistiskt sätt, utan hänsyn till att man därigenom raserade en väl fungerande vård.

I december skrev Maceij Zaremba om landstinget Jämtland i en läsvärd serie artiklar i DN, som på ett tankeväckande sätt fångade hur svårbegriplig och alierad från människors vardag denna administrativa koloss kommit att bli. Många kollegor nickade igenkännande. Landstingstjänstemän runt om i landet bör ha blivit provocerade, men något riktigt kraftfullt försvar av tingens ordning har jag inte sett ännu. Artikelserien avslutades med ”*Av någon anledning har allmänläkaren, den enda i sin kår som är tränad att se hela människan – hellre än mankerande organ – exceptionellt låg status i vårt land.*” Äntligen någon som begriper vad det handlar om, tänkte jag i likhet med många andra allmänläkare.

På Fammis hemsida finns en bra beskrivning av vad som hände efter riksdagens beslut om ökad mångfald. Det tycks som om privatiseringen har stannat av. Det är emellertid svårt att göra jämförelser mellan landstingen, då olika begrepp används och privata specialister i allmänmedicin redovisas på olika sätt. Det är trist och plottrigt att åter läsa hur varje landsting skapar sina egna lösningar, och att vi som profession slarvas bort i de nya begrepp som skapas.

Iona Heath, känd brittisk allmänläkare, skrev i en ledare – *Newspeak and the duping of the public* – i British Journal of General Practice i december om en ny yrkesgrupp, *The Medical Care Practitioner* som skall till så mycket som 60% kunna avlasta GPs arbetsbörda enligt The NHS Modernisation Agency. Artikeln, som nås via länkportalen på vår hemsida www.sfam.se, är värd att läsa. Iona menar att vidden av diagnostiska möjligheter och behovet av att känna igen också ovanliga och farliga tillstånd kräver att man i första linjen har den högsta medicinska kompetensen. Självklarheter för oss, men kanske inte för våra beslutsfattare. Det finns all anledning att vara på vakt mot nyspråket även i dess svenska skepna-

der, både gamla (t.ex. närsjukvård) och nya varianter (t.ex. förstärkta distriktsköterskemottagningar).

Vi kanske har svårt att charma en hel landstingsvärld med Protos, men vem hade å andra sidan trott att Berlinmuren skulle falla när den gjorde det? Låt oss inte förtrötts när det gäller att argumentera för vårt nationella familjeläkarsystem. Droppen urholkar stenen. Genom att införa ett nationellt familjeläkarsystem kan befolkningen få tillgång till en vård som kännetecknas av trygghet, förtroendefulla relationer med vårdgivare, kontinuitet, goda kontaktmöjligheter och känsla av sammanhang. Ska det vara så svårt att begripa för våra makthavare?

Anders Lundqvist
chefredaktör

P.S. Vi på redaktionen hyser djup medkänsla med de kollegor och deras familjer samt alla andra som drabbats till följd av flodvågskatastrofen.

ANNONS

Allmänmedicinsk avhandling visar genusbias bland läkare

Inom medicinen anser vi oss ofta vara objektiva och neutrala, trots att vi är en del av samhället i stort och influeras av rådande normer och föreställningar, även när det gäller kön. Gunilla Risberg belyser i sin avhandling hur svenska läkare reflekterar och resonerar i olika professionella sammanhang utifrån ett genusperspektiv.

Inom medicinen kan genus översättas med kön sett i helhetsperspektiv, där både biologi och sociala och kulturella förutsättningar för kvinnor och män beaktas. Omedvetenhet om genusfrågor kan leda till bias. Tidigare forskning utanför Skandinavien har visat oerättigade skillnader i utredning och behandling mellan kvinnliga och manliga patienter och även i arbetsvillkor för kvinnliga och manliga läkare och medicine studerande. Vi ville undersöka förekomsten av bias bland svenska läkare när det gäller utredning och behandling, forskning och läkarutbildningen.

Trots att det inte finns några evidensbaserade rekommendationer att handha funktionella tarmbesvär olika hos kvinnor och män, så visade en fråga om magbesvär i en AT-skrivning att det blev olika förslag till utredning och behandling om patienten uppgavs vara man eller kvinna. Både kvinnliga och manliga läkare gjorde skillnader, fast på olika sätt. Bland annat så gav manliga läkare oftare livsstilsråd till kvinnor jämfört med till män, medan kvinnliga läkare föreslog ämnesomsättningsjukdom i större utsträckning för kvinnor.

I en annan undersökning studerades läkares bedömning av vetenskapligheten i två fiktiva men likartade forsknings-

sammanfattningar – en med kvantitativ och en med kvalitativ design – där författaren angavs vara antingen man eller kvinna. Den kvantitativa ansågs vara mest vetenskaplig, oavsett om forskare eller bedömare var kvinna eller man. Den kvalitativa bedömdes som mindre vetenskaplig än den kvantitativa, men uppfattades som mer vetenskapligt om forskaren var en kvinna, särskilt av kvinnliga bedömare. Det är viktigt att vara medveten om risken för genusbias i alla sammanhang där vetenskap bedöms och tolkas.

I en tredje studie ombads lärare och handledare på läkarutbildningen skatta betydelsen av könstillhörighet i konsultationer, vid handledning av studenter, i forskning och i kontakt med kollegor och personal samt ge exempel och kommentarer. Gruppen kvinnor skattade könstillhörighet som mer betydelsefull än vad gruppen män gjorde. Bland manliga läkare fanns skillnader mellan specialiteterna; graden av genusmedvetenhet var lägst i specialiteter med få kvinnor.

Att genusfrågor ses som kvinnofrågor speglar samhället i stort, där 'mannen' har setts som norm, medan 'kvinnan' setts som avvikare, vilket får betydelse vid försök att implementera genusperspektiv i medicinarutbildningen. Man kan fråga sig om man kan få genusintresserade manliga läkarna att delta i denna strävan? Det är troligtvis lättare för dem att övertyga ointresserade eller negativa kollegor.

När man fokuserar på skillnader mellan kvinnor och män, som jag har gjort, finns risk att man förstärker rådande genusrelaterade stereotypier och bidrar



Opponenten Toine Lagro-Janssen tillsammans med Gunilla Risberg (till höger).

Datum: 17 september 2004.

Avhandling: *I am solely a professional – neutral and genderless. On gender bias and gender awareness in the medical profession.*

Författare: Gunilla Risberg, distriktsläkare Umeå

Institution: Institutionen för Folkhälsa och Kliniska Medicin, sektionen för Allmänmedicin, Umeå universitet

Handledare: Göran Westman, Katrina Hamberg, Eva Johansson

Opponent: Toine Lagro-Janssen, Holland.

till genusbias som beror på omedvetenhet om könsskapande processer. Obefogade könsskillnader måste ändå uppmärksammas och ifrågasättas, både när det gäller patienter och arbetsklimat för studenter och läkare. Maktfördelning mellan könen liksom stereotypier och genusförväntningar begränsar mäns och kvinnors möjligheter att utveckla och använda sig av individuella egenskaper och färdigheter. Vi måste fortsätta att vara uppmärksam på genusbias inom medicinen, trots att det kan vara svårt att hitta sätt som inte riskerar återskapa genusrelaterade normer. Det har varit ett dilemma för mig under hela mitt avhandlingsarbete.

Gunilla Risberg
guarig97@student97.umu.se

ANNONS

”Mål och mått i allmänmedicin”

Evidensbaserade kvalitetsindikatorer för primärvård

Vi allmänläkare arbetar i slutna rum ensam med våra patienter. Vi vet väldigt litet om vad som sker hos kollegan i rummet intill. Vi tror att vi vet hur vi själva brukar göra, men ... vet vi verkligen det?

Det finns olika sätt att öppna det slutna rummet för insyn. En kollega kan sitta med under en mottagning, vi kan använda oss av videospelning eller vi kan använda olika registrerade mått på vår verksamhet. Med olika mätmetoder speglas olika aspekter på arbetet.

SFAM-Q:s ”Mål och mått i allmänmedicin” är ett försök att använda data i första hand från journalen för att ge en bild av innehållet och kvaliteten i vårt arbete.

Kollegial diskussion

När allmänläkare på en vårdcentral gör en mätning av någon del av praktiken, och tar fram resultat per läkare för att sedan diskutera dessa sinsemellan, så öppnas de slutna rummen. Ofta blir de enkla siffrorna en nyckel till diskussioner där kollegor delar med sig vardagsnära och konkreta erfarenheter om hur de hantlar olika typer av problem. Exempelvis vilken ordvändning man använder för att förklara yrseln, hur man kliniskt undersöker en stukad fotled eller hur man redan första besöket pratar om återgång till arbete. Detta erfarenhetsutbyte är ovärderligt, och kollegor med erfarenhet av det berättar också om hur roligt och stimulerande det är med dessa diskussioner kring praktikens innehåll. Diskussionerna blir ofta en stimulerande utgångspunkt för utvecklings- & förändringsarbete.

En viktig förutsättning för diskussionerna är att vi är ödmjuka inför de resultat vi får fram. Resultatet av mätningen är alltid en av flera möjliga spegelbilder – en skärva av det vi gör i vårt arbete



Sven Engström

– men blir ändå en bra startpunkt för en kollegial diskussion. Siffrorna blir ofta grova förenklingar av verkligheten och därför måste de alltid tolkas med försiktighet. Olika läkare har olika patientgrupper och det påverkar resultatet av arbetet. En förutsättning för att diskussionerna ska vara fruktbara, är att stämningen i läkargruppen är trygg och inte fördömande. Vi har alla våra kunskapsluckor och svagheter. Att uppmärksamma dem är ju första steget till förändring. En nödvändig förutsättning är alltså att granskning och analys bygger på en vilja att lära av varandra, och att dela med sig av både kloka och tokiga erfarenheter.

Gör mätningen tillsammans

Vi har strävat efter att föreslå mätprocedurer som är enkla – diskussionen är det viktiga. Om alla på vårdcentralen deltar

i uppföljningsarbetet blir det mindre betungande. För att stimulera så många som möjligt till att delta i arbetet, har vi i flera metodbeskrivningar föreslagit att insamlingen av data delas upp, så att varje läkare på vårdcentralen går igenom 10–20 journaler vardera. Detta har två syften. Det första är att jämfört med datorgenererade rapporter ur datajournalen är denna metod mycket mindre känslig för variationer i våra journalföringsvanor och resultaten blir därför mera jämförbara. Det andra syftet är att en genomläsning av sina egna journaler, i syfte att hitta viktiga process- och resultatvariabler, kan vara en inspiration till en förbättring av journalstrukturen.

Kvalitetsindikator

En kvalitetsindikator är enligt Nationalencyklopedin en mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet. Att hitta relevanta mått för en så komplex verklighet som allmänläkararbetet är inte lätt. I arbetet att definiera kvalitetsindikatorer har SFAM-Q ställt flera viktiga krav. Kvalitetsindikatorn ska vara relevant och beröra områden som är vanliga och/eller viktiga. Den ska bygga på pålitlig kunskap och därför har SFAM-Q i samverkan med berörda nätverk inom SFAM, strävat efter att ta fram mått som bygger på evidensbaserad kunskap från primärvården. Samtidigt måste kvalitetsindikatorn vara praktiskt möjlig att mäta. Eftersom mätning av kvalitetsindikatorer är ett steg i förbättringsarbete måste de också vara möjliga att påverka med sjukvårdens insatser. Som exempel ►►

ANNONS

kan trycksår i princip elimineras med rätt vård. Ökad genomsnittlig livslängd kan däremot endast till en mindre del förklaras av sjukvårdens insatser.

De 12 kvalitetsindikatorerna omfattar för närvarande: patientperspektivet, fyra akuta diagnoser och sex kroniska diagnoser. Se tabell 1.

För varje indikator finns angivet:

- kriterier
(Vad är viktigt för god kvalitet/vård)
- indikator
(Hur kan kvaliteten mätas?)
- standard
(Vilken nivå bör vi eftersträva?)
- mätmetod
- kunskapsbakgrund

Se exempel (figur 1) på indikator för diagnostik och behandling av luftvägsinfektioner.

Figur 1. Exempel på kvalitetsindikator:

Diagnostik vid luftvägsinfektioner

Kriterier
Vad är viktigt för god kvalitet?

1. Inte utsätta patienter för onödig antibiotika.
2. Rätt användning av CRP.

Indikatorer
Hur mäts kvaliteten?

1. Andelen antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner.
2. Andel av dessa som förskrivits penicillin V.
3. Andelen CRP analyser vid luftvägsinfektioner.

Standard
Vilken nivå bör eftersträvas?

1. < 40%
2. > 80%
3. < 25%

Mätmetod
Hur ta reda på hur vi ligger till?

- Gå igenom din tidbok 2-3 veckor bakåt och läs igenom journalerna för de patienter som sökt p.g.a. infektion i luftvägarna (Diagnosnummer: J01.- Akut sinuit, J02.- Faryngit, J06.-P Övre luftvägsinfektion, J18.-P Pneumoni, J22.-P Akut bronkit, R05.- Hosta) tills Du gått igenom 20 journaler.
- Notera på medföljande registreringsformulär ålder, CRP-värde, diagnos och förskrivet antibiotikum.

En avvägning har gjorts mellan att ha få indikatorer, som är lätta att mäta och tolka, men med risk för att de kan ge en fragmentarisk bild, och att ha en mängd indikatorer som kräver omfattande datainsamling. SFAM-Q:s erfarenhet är att det är bättre att börja med små steg, så att mätarbetet inte blir överväldigande. Det är diskussionen om resultaten som är både det viktiga och det roliga.

De föreslagna indikatorerna i "Mål och mått i allmänmedicin" skall ses som ett första steg i ett fortlöpande arbete. De behöver kontinuerligt uppdateras allteftersom den evidensbaserade kunskapen förändras. De behöver utvidgas och omfatta fler delar av det allmänmedicinska arbetet. Vi hoppas att SFAMs olika nätverk kommer att bidra i det arbetet.

Kvalitetsindikatorer visar på mätbara aspekter av kvalitet men kan inte fastställa vårdens kvalitet. "Mål & Mått i allmänmedicin" är ett verktyg, som är framtaget för lokal kvalitetsutveckling och inte för beställarens värdering av verksamhetens kvalitet och effektivitet. För detta behövs andra verktyg. Det går att slå i en spik med skiftnyckel men det är bättre med en hammare.

Jämförelsematerial och standards

Indikatorerna är i första hand avsedda att vara ett hjälpmedel när den enskilde läkaren eller vårdcentralen/familjeläkarmottagningen vill granska sina egna resultat. När man själv följer upp den egna praktiken väcks intresse och motiveras förändring i mycket högre grad, än när man tar del av statistik som sammanställts på en övergripande nivå.

För att bedöma resultaten av de egna mätningarna krävs något att jämföra med. Kollegorna på vårdcentralen finns

förstås, men ännu bättre blir det om alla vårdcentraler i ett område gör samma mätning så att man kan jämföra sina resultat med dem.

Används indikatorerna dessutom av ett stort antal kollegor får vi möjlighet att jämföra inte bara med de lokala kollegorna utan med kollegor runt om i landet.

Med enkla gemensamma mått och mätprocedurer blir det möjligt. SFAM-Q erbjuder därför möjligheten att sammanställa resultaten av mätningar från olika allmänläkare. Kjell Lindström i Jönköping, har åtagit sig att ansvara en sådan sammanställning. På det viset kommer vi få ett referensmaterial som de enskilda läkarna och vårdcentralerna kan relatera sina egna mätresultat till.

I många fall finns ingen entydig och allmängiltig standard. Befolkningens sammansättning kan till exempel ha större inverkan på resultaten än vård- ▶

Tabell 1. Områden för SFAM-Q:s evidensbaserade kvalitetsindikatorer.

Tillgänglighet och prioritering
Information och delaktighet
Diagnostik vid luftvägsinfektioner
Sporadisk mediaotit hos barn 2-16 år
Tonsillit och Strep-A
Okomplicerad nedre UVI hos kvinnor >18 år
Astma
KOL
Diabetes
Kranskärslsjukdom
Hjärtsvikt
Förmaksflimmer

Registreringsformulär:

Patient			CRP-värde	Diagnos	Förskrivet antibiotikum
Nr	Ålder	Kön			
1					
2					
3					

ANNONS

personalens arbete. Det är därför viktigt att ta hänsyn till det både när man jämför sig mellan kollegor på vårdcentralen liksom när jämförelser görs vårdcentraler emellan. I det referensmaterial som SFAM-Q avser att sammanställa behövs därför, för att kunna jämföra sig med liknande vårdcentraler, även basuppgifter om vårdcentralen och vårdcentralens befolkning.

Mål & Mått i Allmänmedicin kan beställas från primärvårdens FoU-enhet i Jönköping (Kjell.Lindstrom@lj.se)

För att kunna samla ihop ett nationellt jämförelsematerial erbjuder vi nu alla intresserade vårdcentraler som gör mätningar med SFAM-Q:s kvalitetsindikator att skicka sina resultat till Kjell Lindström för att i utbyte få jämförelsematerial. Kjell skickar även gärna med e-post en **Excelarbetsbok med blanketter** för sammanställning av resultat för de olika indikatorerna samt för basuppgifterna om vårdcentralen.

För att snabbare kunna bygga upp ett nationellt jämförelsematerial ger vi, som en ytterligare bonus, 500 kr till den allmänläkargrupp som skickar in uppgifter om 50 patienter gällande en kvalitetsindikator tillsammans med basuppgifter om vårdcentralen.

Uppgifterna vill vi få på våra Excelblanketter med e-post till: Kjell.Lindstrom@lj.se

Lennart Holmquist
Nykvarns Vårdcentral

Malin André
Britsarvets Vårdcentral, Falun

Sven Engström
Ryds Vårdcentral, Linköping
sven.engstrom@swipnet.se

Referenser

- Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2001.

FAKTA

SFAM-Q och Informatikrådet har under 2004 gått samman i Kvalitet/Informatikrådet (beteckningen SFAM-IQ används också), men för arbetet med kvalitetsindikatorer svarar gruppen som utgjort SFAM-Q.

Remiss – tvång eller möjlighet

Ulf Torstensson har reagerat på en krönika av Anna Barnéus, som svarar direkt. Först skriver Ulf:

När jag städade hittade jag ett klipp ur *AllmänMedicin* nr 4/04 med din krönika om konsten att sälja en patient, som jag tänkt reagera på men det blev aldrig av – då. Jag tycker den är väl skriven, men är lite besviken att du som ST i allmänmedicin gått på Stockholmsmyten om alla problem med specialistremisser. I stora delar av landet fungerar det ju alldeles utmärkt med primärvården som första instans – men i Stora staden verkar det vara omöjligt.

Som jag ser det är det stora problemet att alla specialistläkare a) drar resurser från primärvården, så att vårdcentralernas ekonomi försvagas, b) genom sin existens gör att allmänläkarna tappar kompetens i viktiga områden som barnsjukdomar, gynekologi, hud, ögon, öron m.m. – som de flesta av oss lärt under utbildningen, men måste underhålla för att hålla uppe kompetensen. Jag gick t.ex. åtta månader på gyn, förlöste mer än tio kvinnor helt självständigt, hade massor av mottagning och jour, men efter bara ett halvår på vårdcentralen utan nästan någon gyn-patient hade jag tappat all min känsla för gyn-undersökningen, och efter några år även alldeles för mycket klinisk känsla. Detta eftersom de två kvinnliga läkarna på centralen tog de allra flesta av de enklare gyn-fallen, och kvinnokliniken i Skellefteå och psyki-klin är de enda remissinstanser som har mottagning utan remiss – vilket motiveras med att de behöver en så stor läkargrupp för att klara jourverksamheten att de måste ta emot fritt dagtid för att utnyttjas i rimlig omfattning – ett argument jag i och för sig kan acceptera.

Om primärvården fick en chans att ta hand om de patienter som de kan klara (Lägsta effektiva omhändertagandenivån = LEON-principen) kanske det skulle bli mindre svårt att "sälja" de patienter som verkligen behöver specialistens kompetens, om det sedan gäller infektion, psykoterapi eller urologi. Specialisterna skulle nog vara betydligt mer sugna på att få ta de svårare sjuka patienterna om de slapp ta hand om alla "egentligen primärvårdsfall".

Ulf Torstensson
Skellefteå
ulf@medimus.ac.se

Anna svarar:

Jag håller med dig – om resurser styrdes till primärvården och vi var en självklar första instans skulle säkert specialister frigöras för det som de är till för. Tyvärr var min skildring baserad på erfarenhet och inte en konsekvens av någon myt. I många fall är det svårt att få patienter dit där de hör hemma, i alla fall i Stockholm. Det är klart att vi som familjeläkare ska vara första instans och det ska vi fortsätta verka för. Jag är dock tveksam till att remissvånget är vägen dit. Jag röstar för mera lobbying för familjeläkare som en självklar rättighet!

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

Kongress glesbygdsmedicin

14–17 april anordnas i Arvidsjaur den 5:e nationella kongressen i glesbygdsmedicin. Omfattande program med föreläsningar, "state of the art", kultur m.m. Allmänläkare och andra med intresse för glesbygdsmedicin är välkomna.

Information: www.glesbygdsmedicin.info

ANNONS

Är non-responders responders som inte tar sin medicin? Och vad har inställningen till mediciner för betydelse?

En läkare stöter ofta på problemet att en ordinerad medicin inte har avsedd effekt. Patienten "svarar" inte, är non-responder. Det kan bero på att patienten är en "äkta" non-responder (terapieresistent), dvs. medicinen fungerar inte på grund av farmakologiska orsaker. Det kan också bero på att patienten inte tar den ordinerade medicinen.

Oföljksamhet vanlig

Oföljksamhet vid läkemedelsordination är ett gammalt problem inom alla terapeutiska områden, inklusive behandling av cancer, artrit och depression samt vid prevention av organbortstötning efter transplantation och vid försök att minska risken för hjärtinfarkt och stroke.

Mediciner utskrivna i preventivt syfte löper speciellt stor risk att inte bli tagna enligt ordination. Detta kan bero på att patienten inte känner något omedelbart hot av sin sjukdom eller sin sjukdomsrisk. Om tillståndet är symtomlöst (t.ex. förhöjda blodfetter eller hypertoni) känner patienten inte någon skillnad om han tar mediciner eller inte. Man kan förvänta sig dålig följsamhet hos tretio till femtio procent av alla patienter, oavsett sjukdom eller sjukdomsprognos (1-5).

I en stor WHO-rapport från 2003 (Adherence to long-term therapies – Evidence for action) konstateras att dålig följsamhet till behandling är ett stort problem och att följsamheten vid långtidsterapi i utvecklade länder i genomsnitt är femtio procent. I underutvecklade länder är följsamheten ännu lägre (6).



Rickard Fuchs

Medveten oföljksamhet

Den medvetna oföljksamheten, dvs. att patienten medvetet väljer att avstå från sin medicinering, är ett större problem än den omedvetna. Anledningarna till medveten oföljksamhet kan vara flera. Man kan bl.a. avstå från sina mediciner pga. rädsla för biverkningar, rädsla för beroende eller som ett försök att underlätta det dagliga livet. För vissa patienter kan medicinen vara en påminnelse om sjukdom, en påminnelse man inte vill kännas vid. Man låter därför bli medicinen mot en emotionell bakgrund som förenklat kan uttryckas: "Om jag inte tar några mediciner så är jag inte sjuk."

Huruvida patienter väljer att ta sin medicin eller inte kan variera från dag till dag. Beslutet att följa den givna ordinationen eller ej kan vara en ständigt pågående process, där de faktorer som talar för eller emot kan väga olika tungt olika dagar. Det är lättare att bestämma sig för att ta sin medicin om man har

påtagliga sjukdomssymtom, har accepterat sin sjukdom och är rädd för sjukdomskomplikationer. Å andra sidan kan oföljksamheten ta över om det finns biverkningar eller rädsla för biverkningar, oro för beroende eller negativ påverkan från massmedia, släkt eller vänner ("Min kusin åt den där medicinen och han blev tokig"). Det finns således stark anledning att tro att uteblivet terapieresultat i många fall kan bero på oföljksamhet.

Vad betyder utebliven följsamhet?

I en undersökning tittade man under tre månader på 35 hypertoni-patienter för att studera detta. Samtliga patienter i studien hade blodtryckssänkande medicin i en dos/dag, antingen som monoterapi eller en en-dos kombinationsterapi. Följsamheten mättes med hjälp av medicinburkar med elektroniska burklock (MEMS). Under studien var behandlingen oförändrad, men blodtrycket gick ner signifikant från 167,9/100,4 +/- 16,3/7,2 mm Hg till 152,5/90,9 +/- 20,9/11,5 mm Hg (p < 0,001). Detta resultat tolkades som att diskussion med patienten om följsamhet till blodtrycksmedicinen och mätandet av denna följsamhet gjorde att den ökade under de månader studien fortgick, vilket avspeglades i bättre blodtryckskonstroll (7).

En annan studie utgick från att bristande följsamhet är en av flera möjliga orsaker till okontrollerad hypertoni. Oföljksamhet är ofta okänd för behandlaren och kan därför ofta feltolkas som terapi-resistens eftersom oföljksamhet är svår att fastställa. I denna prospektiva studie ingick 41 patienter som var terapi-resistenta mot en tre-läkemedelsregim (medelblodtryck 156/106 +/- 23/11 mm ►►

”Om vissa non-responders inte svarar på medicinering pga. oföljksamhet som hänger ihop med en negativ inställning till läkemedel, skulle det givetvis vara av värde för sjukvården om det gick att hitta dessa patienter på ett enkelt sätt.”

Hg). Patienterna informerades om att de under två månaderna skulle få sin blodtrycksmedicin i burkar med elektroniska lock som registrerade när de öppnades, och att behandlande läkare på så sätt skulle få ett mått på patienternas följksamhet. Resultatet visade att enbart mätningen av följksamhet gav en signifikant förbättring av blodtrycket (145/97 +/- 20/15 mm Hg), ($p < 0,01$). Under studien normaliserades blodtrycket (systoliskt < 140 mm Hg eller diastoliskt < 90 mm Hg) hos en tredjedel av patienterna. Otillräcklig följksamhet konstaterades hos tjugo procent av patienterna (8).

Ovanstående två studier visar att oföljksamhet kan vara en orsak till terapi-resistens och således något att ha i åtanke när patienten inte svarar på insatt behandling.

Man kan gå vidare på linjen responders – non-responders – oföljksamhet. Man vet att många människor har en negativ grundinställning till mediciner, ”mediciner är giftiga”, och därför är tveksamma till att äta medicin. En studie från Uppsala visade att av 5 404 tillfrågade personer ansåg 60 procent att mediciner var något positivt, en hjälp, medan 38 procent tyckte att mediciner var ett nödvändigt ont och ca 2 procent ansåg att mediciner var farliga (9). I en annan studie fann man att 89 procent av de tillfrågade trodde att deras utskrivna medicin var nödvändig, men över en tredjedel var bekymrade över sin medicinering pga. rädsla för beroende eller negativa långtidseffekter. Det visade sig i denna studie att inställningen till mediciner påverkade följksamheten. De som var bekymrade över medicinernas eventuella

sidoeffekter hade sämre följksamhet än de med mer positiv inställning (10).

Tankar om mediciner

Ett frågeformulär framtaget av Robert Horne, Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), har testats och validerats i England. Resultatet tyder på att patientens grundinställning till läkemedel påverkar följksamheten (11). Det skulle vara värdefullt att undersöka om det finns skillnader mellan inställningen till läkemedel hos patienter som definieras som responders respektive non-responders. Om vissa non-responders inte svarar på medicinering pga. oföljksamhet som hänger ihop med en negativ inställning till läkemedel, skulle det givetvis vara av värde för sjukvården om det gick att hitta dessa patienter på ett enkelt sätt. Via BMQ-enkäten skulle man i så fall kunna upptäcka de patienter som har ett ökat behov av samtal om sin medicinering och som kräver en ökad insats från vårdgivaren för att ta sina läkemedel.

Sammanfattning

Den troliga förklaringen till att en del patienter är non-responders är dålig följksamhet, dvs. de tar inte medicinen som den ordinerats. Hos en del patienter med bristande följksamhet är orsaken en negativ inställning till läkemedel. I så fall kan patienten farmakologiskt sett vara en responder trots att ”svaret” uteblir. Det är angeläget med fortsatta studier om patienters inställning till mediciner och om hur det påverkar medicineringens resultat.

Rickard Fuchs

Medlem i ABLA III-projektet
rickardfuchs@swipnet.se

Referenser

1. Morris LS, Schulz RM. Patient compliance: an overview. *J Clin Pharmacy and Therapeutics* 1992;17:183-95.
2. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979:11-22.
3. Lassen LC. Patient compliance in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1998;7:179-80.
4. Donovan JL. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11:443-55.
5. Griffith S. A review of the factors associated with compliance and the taking of prescribed medicines. *Br J Gen Pract* 1990;40:114-16.
6. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO 2003. ISBN 924 4 1545992
7. Waeber B et al. Improved blood pressure control by monitoring compliance with antihypertensive therapy. *Int J Clin Pract* 1999;53(1).
8. Burnier M et al. Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *J Hypertens* 2001;19:335-41.
9. Isacson D, Bingeors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
10. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Research* 1999;47(6):555-67.
11. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ): the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1998;14:1-24.

ANNONS

ANNONS

Allmänmedicinen på Riksstämman

– fler aktiviteter och bättre organisation behövs

Efter årets Riksstämma i Göteborg har jag funderat kring var den svenska allmänmedicinska vetenskapliga debatten skall föras. Sektionen för allmänmedicinska vetenskapliga program lämnade mycket i övrigt att önska men dessa brister bör med enkla medel kunna avhjälpas. Jag frågar mig också om det inte finns möjligheter för SFAM och dess medlemmar att vara mer aktiva och sätta en tydligare allmänmedicinsk prägel på hela programmet.

De som önskade delta i det vetenskapliga programmet blev ombudda att skicka in sammanfattningar i augusti via ett webbaserat system. Jag skickade in två arbeten från samma större studie. Båda accepterades som postrar men med 23 nummer emellan. Numreringen av postrar stämde inte heller med den uppenbara numreringen i katalogen, så både utställare och besökare hade svårt att hitta rätt. Det fanns ingen tydlig gruppering av postrar. Jag kunde i programmet se en möjlig ordning då tolv handlade om datoriserade hjälpmedel för läkemedel, sju om astma/KOL/rökning, tre epidemiologiska studier om folkhälsosjukdomar, tre om infektionssjukdomar, två om depression/ångest och slutligen sex om varierande ämnen.

I programmet stod inte heller som brukligt när man skall närvara vid sin poster. Syftet med närvarotid är att besökare vet när det finns möjlighet att träffa posterutställare personligen. Istället fick utställarna via e-post en vecka innan stämman veta att man skall "vara beredd med en presentation av din poster vid postersessionen...".

Urvalet gick till så att tre allmänmedicinska professorer markerade med diplom de

som skulle vara med på presentationen. Det fanns inte utrymme för diskussion eller presentation i detta urval. Jag fick inget diplom vilket var tråkigt men inte min huvudpoäng för så är det i den akademiska världen. Mitt bestående intryck av hela processen var bristen på respekt för det arbete som lagds ned av utställarna. Avsaknaden av tydlig numrering, närvarotid, ordning, postervandring med kommunikation mellan utställare och den vetenskapliga professionen bör vara lätta att åtgärda till nästa år.

"Varför ordnar inte allmänmedicin en hearing, 'allmänläkare diskuterar' efter de officiella dragningarna?"

Det som inte är lika lätt att åtgärda är hur hela det allmänmedicinska programmet egentligen ska utformas men jag kan inte låta bli att ha synpunkter på det också. Jag vet att det är svårt att ordna symposier men jag slås av hur vanligt det är att andra sektioner skriver "av intresse för sektionen för allmänmedicin". Dessa symposier handlade nu om "sena komplikationer av cancerbehandling", "anemi hos barn – nya krav på diagnostik", "autoantikroppsdiagnostik vid artrit hos barn", "onkoplastikkirurgi: ett nytt synsätt vid bröstcancerbehandling". Några symposier hade mer tydlig allmänmedicinsk kärna men anordnades av andra sektioner exempelvis "Depression i primärvård: Mer som astma än appendicit", "Behandling av patienter med grav demens" och "Vanliga hudproblem hos barn och ungdomar". Det fanns i programmet endast två symposier "Homocystein i primär-

vård" och "Vem skall bestämma över fortbildningen" som var organiserade av sektionen för allmänmedicin, bägge evenemangen inföll på onsdagen till råga på allt.

Två aktuella SBU rapporter om sjukskrivning och hypertoni presenterades. Det blir mycket sällan tid för den viktiga diskussionen kring dessa brännande ämnen. Varför ordnar inte allmänmedicin en hearing, "allmänläkare diskuterar" efter de officiella dragningarna? Kan inte SFAM, liksom andra sektioner ha ett gemensamt möte, ett öppet styrelsemöte eller föredrag med ett aktuellt tema, t.ex. Protos under riksstämman? Ytterligare ett förslag är att de allmänmedicinska institutionerna kunde ha ett gemensamt lunchmöte. Det som händer på institutionerna runt om i landet är intressant att höra om, och ett sådant möte kan bli ett forum för den vetenskapliga debatt jag nu saknade. ►►



Mikael Hasselgren
Karlstad
mikael.hasselgren@swipnet.se

ANNONS

Kommentar Lars Borgquist:

Tack Mikael för dina reflexioner och konstruktiva förslag till förbättringar på allmänmedicins vetenskapliga program vid Riksstämman. Det är mycket som kan göras bättre.

Många svårigheter uppstod i samband med det webbaserade systemet för registrering av bidrag som tillämpades år 2004. Flera av de vetenskapliga sektionerna hade problem. Bland annat uteslöts en del bidrag vilka var accepterade, och en del som inte var accepterade kom med. Det rättades till i hast på slutet och kan ha ändrat ännu mera på numreringen och grupperingen av bidragen som inte var tillfredsställande från början. En miss från min sida var att det inte var angivet närvarotid vid postrarna. För att i någon mån rätta till detta skickades e-post till de berörda deltagarna före stämman.

Vid Riksstämman i Göteborg 2004 hade vi valt att endast ta med postrar och hade inga fria föredrag, vilket begränsade antalet enskilda presentationer. En del av postrarna utvaldes och fick tid vid en efterföljande posterpresentation. Jag var tacksam för att två av våra mera erfarna professorer bistod mig vid detta urval. Det finns en tradition att dela ut 2–3 diplom till de föredrag eller postrar som på något sätt utmärker sig och ett viktigt kriterium är att det skall finnas en tydlig "allmänmedicinsk kärna". Man kan verkligen diskutera om det skall finnas diplom och vilken grupp som i så fall skall utse de som tilldelas diplom.

Det finns en avdelad tid för varje sektion vad det gäller symposier och föredrag/postrar. Den tiden är inte lätt att påverka för en enskild sektion. Vi hade haft tid för ytterligare ett par inomvetenskapliga symposier. Förhoppningsvis kan vi år 2005 få med flera sådana tillfällen i form av symposier eller liknande. Varför inte som du föreslår i form av hearings efter officiella dragningar av intressanta ämnen?

Riksstämman har som helhet visat en nedåtgående trend i antalet deltagare de senaste 10 åren, från 10 000–12 000 till cirka 8 000 deltagare. För allmänmedicin ligger deltagandet på cirka 14 procent av 6 000 specialister i allmänmedicin, vilket gör att allmänmedicin trots en relativt låg procent jämfört med andra specialiteter ändå utgör ett stort antal personer (cirka 800). SFAMs styrelse har uppmärksammat problemet med Riksstämman och har helt nyligen tillsatt en arbetsgrupp som skall komma med förslag till förbättringar. Ett större engagemang från de allmänmedicinska avdelningarna är önskvärt. Några representanter från dessa tycker att det finns flera andra tillfällen då de träffas, exempelvis vid de årliga höstmötena för SFAM och mötena med avdelningarna för allmänmedicin på våren. Dessutom finns de nordiska mötena, WONCA-möten i Europa och WONCA-möten globalt, liksom träffarna två gånger per år med de europeiska allmänläkarna inom ramen för EGPRN (en sammanslutning av europeiska allmänläkare som diskuterar vetenskapliga problem). Andra vetenskapliga sektioner, exempelvis sektionerna för kirurgi och ortopedi, har av dessa skäl (alltför många andra möten), valt att inte ha någon aktivitet på Riksstämman sedan några år tillbaka.

Inom allmänmedicin tycker vi att fördelarna överväger med Riksstämman och vill därför arbeta för att fler allmänläkare kommer, och att det blir bättre kvalitet och bättre ordning på Riksstämman.

Mikael – du och andra är välkomna att kontakta mig. Vi behöver sådan konstruktiv kritik som din och välkomnar förslag på förnyelse, så att det allmänmedicinska deltagarantalet kan öka på Riksstämman.

Lars Borgquist

Vetenskaplig sekreterare i SFAM
larbo@ihs.liu.se

Lär av misstagen

Vi bör inte enbart lära oss av studier och projekt som visat sig vara framgångsrika, utan även lära oss att systematiskt utnyttja de erfarenheter vi får när någonting misslyckats. Om vi inte gör det, får vi en falsk bild av verkligheten. Tanken är självklar men den tillämpas sällan.

Företagsekonomen Lars Strannegård skrev en läsvärd artikel om detta i Dagens Nyheter den 19 november under rubriken *Det mesta går åt skogen*. Han utgår, liksom i sin bok *Flipp eller flopp – om misslyckandets dynamik*, från affärlivets perspektiv, men finns det mycket i hans artikel som är allmängiltigt. Enligt honom visar studier att de flesta projekt och satsningar misslyckas, men det som sprids är resultatet från de fåtal projekt som lyckats.

För vår del kan s.k. publication bias leda till feltolkning av verkligheten genom att de vetenskapliga studier som påvisat signifikanta samband ofta sprids till praktiskt verksamma läkare, medan studier som inte visat statistiska samband mellan undersökta faktorer vanligen inte blir publicerade. Även när det gäller försök att ändra organisation eller arbetsrutiner kan vi lära oss själva och varandra genom att beskriva och sprida de erfarenheter som misslyckade försök innebär. Eller är prestige ett allt för stort hinder för att man skall våga dela med sig av det som inte fungerat? Sune Sunnessons bok *När man inte lyckas – om hinder, vanmakt och oförmåga i socialt arbete* från 1981 är fortfarande läsvärd. Han utgår från socialtjänstens arbete, men med det finns intressanta likheter med vårt arbete.

Tidskriften *AllmänMedicin* tar gärna emot artiklar som förmedlar viktiga erfarenheter, oavsett om de beskriver framgångar eller misslyckanden. De bidrar till att allmänmedicinen utvecklas. Nyttan med artiklarna blir större om författarna också försöker analysera vilka faktorer som bidragit till utfallet.

Roland Morgell

ANNONS

KursDoktorn

kvalitetsgranskad fortbildning

Sedan två år tillbaka ordnar KursDoktorn fortbildningskurser av familjeläkare för familjeläkare. Vi ringde upp KursDoktorns chef Ingmar Lönquist för att få veta mer.

Hej Ingmar. Vilka är det som ligger bakom KursDoktorn?

Västra Götaland och Familjemedicinska institutet (Fammi) beslöt att januari 2003 gemensamt dra igång en nationell fortbildningsverksamhet för familjeläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Kursverksamheten sköts av tre familjeläkare på deltid, förutom mig själv som arbetar i Tidaholm är det Britt Bergström som arbetar i Göteborg och Kerstin Holmberg som arbetar i Sollebrunn. Enheten sorterar formellt under Västra Götaland men leds av en styrelse där Fammi representeras av Gösta Eliasson. KursDoktorns kansli finns på Regionens Hus i Mariestad.

Hur kom det sig att ni började?

Västra Götaland har även tidigare haft omfattande fortbildningsverksamhet med stort utbud av kurser, samtidigt som det inte minst inom SFAM sedan länge funnits diskussioner kring nationellt behov av sådan verksamhet. Själv har jag länge varit aktiv i SFAM olika råd för utbildning/fortbildning. Det fanns även ett intresse på Fammi, varför vi beslöt oss för att dra igång tillsammans.

Hur stor är verksamheten?

Vi erbjuder årligen ca 50 kurstillfällen på flera håll i landet. 600 läkare har i år gjort 1150 kursansökningar. Förslag till kurser får vi framförallt genom lokala nätverk för fortbildning. Utöver detta ordnar vi även SK-kurser. Om önskemål finns, kan vi diskutera att förlägga en



KursDoktorns personal fr v: Tom Mårgård informationsansvarig, Kerstin Holmberg familjeläkare Sollebrunn, Kjell Pettersson kursadministratör, Britt Bergström familjeläkare Göteborg, Ingmar Lönquist familjeläkare Tidaholm, Monica Runnquist sekreterare och Maria Svensson ekonom.

viss kurs till en specifik geografisk del av landet.

Vilka får gå kurserna?

Alla familjeläkare och blivande familjeläkare är välkomna. Av dem som går kurser i år kommer drygt 40% från andra delar av landet än Västra Götaland. Vi är ju en resurs för hela landet, så denna procentsiffra blir förhoppningsvis än större i framtiden. Ungefär hälften av alla kursdeltagare är ST-läkare.

Vilka leder kurserna?

Alla kurser leds av familjeläkare. Kollegor som vill ordna kurs tillsammans med oss är välkomna att höra av sig. De kvalitetskriterier vi satt upp är:

- Av familjeläkare, med familjeläkare och för familjeläkare.
- Tyngdpunkt interaktiv pedagogik.
- Utan samarbete med läkemedelsindustri, vilket även gäller sociala arrangemang.
- Kvalitetsgranskning genom SFAM, vilket innebär att alla kurser granskas och skall godkännas av SFAM.

Vi har märkt att det finns en efterfrågan på fler kurser i Stockholmsområdet, men även på andra håll i landet behövs familjeläkare som vill medverka till vår professionella fortbildning. Än en gång, hör av Dig till oss om Du vill ordna en kurs!

Finansiering?

Västra Götaland och Fammi har under uppstartningsperioden skjutit till bidrag för 2003–2004, därefter kommer verksamheten helt och hållet att finansieras via kursavgifter. Vi är en icke vinstdrivande verksamhet, som varken bör gå med vinst eller förlust.

Hur kommer man i kontakt med er?

Information finns på vår hemsida www.kursdoktorn.nu som även är tänkt att fungera som en fortbildningsportal med länkar till andra intressanta sidor. Via hemsidan kan man få information om våra kurser och anmäla sig direkt. Via hemsidan kan Du också nå mig och andra på KursDoktorn eller lämna synpunkter på vår verksamhet. Vi ger ut en kurskatalog två gånger varje år. Nästa katalog kommer 22/11 med senaste anmälningsdatum 20/11 till vårens kurser.

Hur vet man om det finns platser kvar?

Anmäler sig gör man via hemsidan. Om kursen är fulltecknad efter anmälnings-tidens utgång så får man besked att anmälan inte kan tas emot. Annars är man välkommen med kursansökan ända fram till aktuell kursstart.

Roland Morgell

ANNONS

När Balintgrupperna kom till Sverige

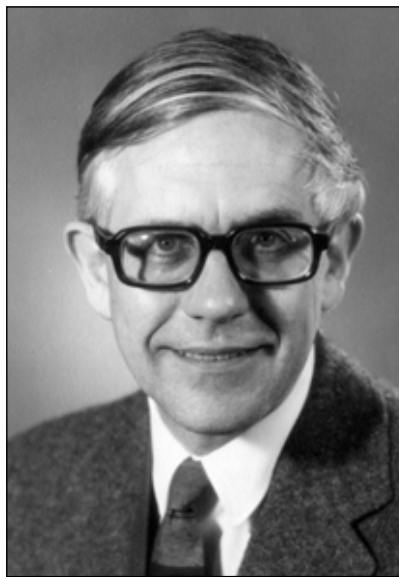
Med anledning av att de första Balintgrupperna startade för 50 år sedan har Svensk förening för medicinsk psykologi bitt Kerstin Kaij beskriva hur verksamheten startade i Sverige, där hennes avlidne make Lennart Kaij haft stor betydelse. Vi publicerar här en sammanfattning av Kerstins artikel, som i sin helhet publiceras i *Journal of Balint Society*. Kerstin, som numera är pensionerad från sitt arbete som distriktsläkare, har tidigare bland annat lett uppskattade SK-kurser i Dalby.

I mitten av 1960-talet fick Lennart Kaij, psykiatriprofessor i Malmö, kontakt med Michael Balints bok ”The Doctor, His Patient and the Illness”. Tankarna stämde väl med hans egna funderingar, då han var införstådd med allmänläkarens roll för en fungerande sjukvård. Han insåg betydelsen av att patienterna tidigt får en allsidig bedömning, där allmänläkaren kan anlägga en helhetssyn genom att samtidigt göra somatisk och psykologisk bedömning. Allmänläkaren har en svår men spännande roll i mötet med patienter, där sjukdomsbilden är diffus och där många är s.k. besvärliga patienter.

Lennart tog 1967 kontakt med Balint och fick under tre månader närvara vid seminarierna. Balint var karismatisk, jovialisk och stillsam men skarpt iakttagande och hade förmågan att med små medel få deltagarna att berätta om iakttagelser som räckte för att gruppen skulle kunna göra en hypotes om patientens problem. Lennart var också imponerad av den grupp av GP:s som ligger till grund för forskningsprojektet i boken – deras kunnande och hur generöst de bjöd på sin professionella person.

Entusiasm och motstånd

Lennart kom hem fylld av entusiasm och energi. Han ordnade att boken översattes och uppmuntrade psykiatrer, psykologer och kuratorer på sin klinik att bli ledare för grupper. På den tiden fanns det dock inte så många allmänläkare och



Lennart Kaij, professor i psykiatri i Malmö 1965–1985, introducerade Balintverksamhet i Sverige.

”Balint var karismatisk, jovialisk och stillsam men skarpt iakttagande”

klimatet var kärvt. I början av 1970-talet gjordes försök att starta en Balintgrupp på Dalby vårdcentral med Lennart som ledare. Redan efter ett par sammankomster havererade gruppen. Ett nytt försök gjordes med en annan ledare, men inte heller denne lyckades engagera gruppen. Så småningom övertogs ledarskapet av Peter Silversköld som med stort tålamod lotsade fram gruppen trots många skär. Som exempel på klimatet på den tiden kan nämnas att dåvarande professorn i allmänmedicin, som jag respekterar i andra sammanhang, vid ett tillfälle be-

gärde att få vara med i gruppen. Efteråt sa han att han inte kunde acceptera att vi höll på med något sådant. Detta fick emellertid till följd att gruppen svetsades samman mer än tidigare.

På den psykiatriska kliniken höll Lennart seminarier efter Balints modell. Läkarstuderande erbjöds att delta i Balintgrupper under medicin-kirurgiterminerna. Professorn i internmedicin hotade emellertid med att de som var med i denna typ av grupper skulle få det svårt under tjänstgöringen på medicinkliniken.

Dagsläget i Skåne

I dag är situationen annorlunda i Skåne. Det finns fler allmänläkare och ST-läkare och fler som är intresserade. Fler inser att Balintgrupper kan vara ett sätt att göra patienterna intressantare, problemen mer begripliga och doktorerna mindre frustrerade. Hur många grupper som finns i området vet vi inte, men vi känner till ganska många. Det förekommer fortfarande, särskilt bland allmänläkare i chefsställning, ett visst motstånd och brist på förståelse för värdet för patienter och läkare. På senare år har vi försökt få igång en utbildning av Balintgruppledare i Skåne. Det finns intresse att delta men makthavarna har inte ansett sig ha ekonomiska möjligheter. Vi hoppas på framtiden.

Kerstin Kaij
kerstinkaij@hotmail.se

ANNONS

Balintgrupper i Sundsvall

Vi var några allmänläkare i Sundsvall som 1982 blev entusiastiska inför tanken att bilda en egen grupp sedan vi läst Balints bok. Det var lätt att uppbringa en intresserad gruppleddare, Gunnar Jacobsson som är präst, psykoterapeut och arbetshandledare. I gruppen deltog sex läkare från tre vårdcentraler, Lena Kälvesten, Klas Eriksson, Per Olsson, Markus Kallioinen, Per-Olof Kaiser och undertecknad.

Vi hade alla några års erfarenhet som allmänläkare och ville utveckla oss själva samt söka nya sätt att möta patienten. När gruppen startade hade vi alla läst Balints bok. Vi var fyllda av nyfikenhet och entusiasm och var beredda att släppa till fritid för gruppens möten. Kontrakt utformades så att vi träffades två timmar på kvällstid varannan vecka under ett år. Tiden förlängdes till två år. Därefter avslutades gruppen då gruppleddaren flyttade till annan ort.

Eftersom Gunnar inte var läkare, använde vi en del tid att inviga honom i vår arbetssituation och i sådant som annars är underförstått vid samtal läkare emellan. Vi var mycket diskussionslystna, men han lyckades på ett naturligt sätt avvärja alltför mycket intellektualisering och återföra till känslor. Gunnar såg till att skapa en trygg och positiv anda i gruppen och att hejda biomedicinska hårklyverier. Första året arbetade vi med utvalda relativt svåra patientfall och fick kontinuerlig handledning på dessa. Under det andra året ville vi ha mer bredd på fallen och beslöt att var och en i gruppen presenterade sin patientlista för dagen.

Omfattande verksamhet i Sundsvall

Vår grupp följdes upp av fler under 1980-talet och numera har två tredjedelar av Sundsvalls allmänläkare deltagit i Balintgrupper. Sedan 1995 har grupperna skett på arbetstid inom ramen för FQ-grupper, där vissa väljer att arbeta som Balintgrupp. Gruppleddare har sökts bland utbildade arbetshandledare med

bakgrund som präster och psykologer. Vår modell är idag 90 minuter i månaden under två år.

När den nya målstyrda ST 1992 talade man om att Balinträning skulle bli obligatorisk i utbildningen. Våra AT-grupper arbetar på ett annat sätt, där erbjuds processhandledning med syfte att integrera teoretiska kunskaper, introducera föregångsmannaskap och aktualisera läkarens arbetssituation. Våra ST-läkare är därmed gruppvana sedan AT-tiden. De införlivas i FQ-grupperna och flera har också deltagit när dessa omvandlats till Balintgrupper.

Seminarier

Varje år arrangeras ett nationellt Balintseminarium av Svensk förening för medicinsk psykologi, en underavdelning inom Svenska Läkaresällskapet. Det första seminariet hölls i Umeå 1983 och det sjätte i Sundsvall i 1987. Till varje seminarium samlas ett 40-tal läkare och gruppleddare för att under ett par dagar lyssna på och delta i demonstrationsgrupper. Några av de första gästerna och "demonstratörerna" var de engelska allmänläkarna Michael Courtney och Max Clyne. Till Sundsvall kom Bern Carrière, norsktalande psykiater och psykoanalytiker från Lübeck. Han höll ett inspirerande föredrag runt "Flash i samband med kort konsultation". Han framhöll att Balinträning är en mycket viktig del av läkares fortbildning och syftar till att öka det känslomässiga engagemanget på ett medvetet och professionellt sätt hos läkare i alla specialiteter.



Ylva Johansson, studierektor, medlem i SFAMs råd för kompetensvärdering samt ansvarar för SFAMs examenskansli i Sundsvall.

1989 hölls ett internationellt möte i Stockholm med ett hundratal deltagare. Internationell Balint kongress ordnas nästa gång i Stockholm 24–28 augusti 2005.

Lärdomar

Behållningen kan sammanfattas så att vi lärde oss att:

- Uppfatta dolda budskap från patienterna, som varför vissa ger oss ångest och frustration. Vi fick insikt i överföring och motöverföring, som kan bli till ett neurotiskt upprepningstvång och blockera vår förmåga att hjälpa.
- Se Balintgruppen som en möjlighet för oss att hjälpa våra "besvärliga patienter".
- Se våra personliga förutsättningar för att handlägga olika patientärenden. Vilka patienter kan vi med förtröstan fortsätta med och vilka bör vi remittera ifrån oss.
- Det går att arbeta bort prestigetänkande och omnipotens.
- Gruppen blev en avlastning i vårt arbete.
- Det är lärorikt att höra kollegornas sätt att tackla olika arbetssituationer.

Ylva Johansson
ylva.johansson@lvn.se



Från vänster ses Karin Fahlgren, Stockholm, Kerstin Lodén, Saltsjö-Boo, Anna-Karin Svensson, Sandviken, Lotta Dahlberg, Göteborg, Conny Svensson, kursledare, Lene Chidekel, gynekolog Göteborg, Estera Wernering, Stockholm, Essie Andersson, Eslöv, Anita Häggmark, kursledare, Peter Molin, handledare och Birgitta Bergsjö, Eslöv. Ej med på bild är Lars Hårdelin, kursledare.

Nya Balintledare

I januari examineras sju allmänläkare som nya ledare för Balintgrupper. Det betyder att antalet gruppleddare som är allmänläkare fördubblas. Med Conny Svensson och Anita Häggmark som kursledare har Svensk förening för medicinsk psykologi i samarbete med SFAM under två år handlett och utbildat dessa allmänläkare från olika delar av landet.

”Tidigare har det främst varit psykologer som handlett Balintgrupper, men det är viktigt att handledaren har god kännedom om allmänläkarens vardag”, säger Brita Bergöö från Eslöv, som själv varit med i en Balintgrupp under många års tid. Att ta steget att utbilda sig till gruppleddare blev därför inte långt. Under två år har hon tillsammans med sex kollegor agerat som gruppleddare för varsin egen Balintgrupp. Samtidigt har de fått professionell handledning och deltagit i föreläsningar för vidareutbildning i bland annat psykoanalytiska teorier, försvarsmekanismer och gruppdynamik.

”Gruppleddarens främsta roll är att tillföra psykologiska erfarenheter till de problem som diskuteras och att hålla ramarna”, berättar Anna-Karin Svensson som till vardags arbetar i Sandviken och som

också genomgått utbildningen. ”Det är också viktigt att det inte blir ett forum för individuell eller gruppterapi. Det här är en grupp i patientens tjänst”, tillägger hon. Fokus ligger på det kliniska arbetet och mötet med patienten. En Balintgrupp är ett sätt att diskutera och utforska just mötet och de känslor som ibland uppstår i dessa möten.

”Man kan också tillåtas att fantisera kring patienten”, säger Anna-Karin Svensson som menar att det skänker nytt ljus och öppnar nya dörrar i en tidigare svår situation. Gruppdynamiken spelar stor roll liksom att man är jämbördiga kollegor med förtroende för varandra. Likaså bör gruppen ses regelbundet och under en längre tidsperiod, helst flera år. Att det tar tid att delta är ett argument som ibland höjs bland kritiska röster. ”Men då ska man veta att man vinner tid genom att delta i en Balintgrupp. Det blir lättare att ta hand om en viss patient efter mötet och man möter henne med nyfikenhet istället för med negativa känslor som man hade innan”, säger Brita Bergöö.

Anna Barnéus
ST-läkare Lidingö
barneus@hotmail.com

Den 14:e Internationella Balint-kongressen 24–27 augusti 2005 Stockholm

”Balintverksamhet i en tid av förändring och minskande resurser”

Med fokus på:

1. Vardagen för patienten, läkaren och Balintgruppen – hur ser den ut i olika länder?
2. Att skapa utrymme för patient-läkarrelationen i en tid med minskande resurser i vården
3. Läkarens roll i socialförsäkringssystemet – hur hanterar vi den?

Kongressen äger rum på ABF-huset, Sveavägen 41 i Stockholm

Programmet startar med registrering onsdag 24 augusti följt av välkomstfest på Stockholms Stadshus. Därefter blir det plenarföreläsningar, mindre parallella föredrag, Balintworkshops och mycket utrymme för diskussion och samvaro. De sociala arrangemangen innefattar middag och en spännande utflykt

Mer information på www.balint.se

Balint

Michael Balint (1896–1970), engelsk psykiatriker och psykoanalytiker, född i Ungern men verksam vid Tavistock Clinic i London. Själv son till en familjeläkare var han intresserad av vad som händer i mötet mellan allmänläkare och de patienter som uppfattas som besvärliga. Balint utvecklade på 1950-talet en metod där grupper av 8–10 av läkare, under ledning av en psykodynamiskt utbildad ledare, tillsammans skall försöka förstå vad som egentligen händer vid mötet och därigenom även bättre kunna hjälpa sina patienter. Balint beskrev erfarenheterna i en numera klassisk bok, ”The Doctor, His Patient and the Illness”, som 1972 kom ut i svensk översättning ”Läkaren, patienten och sjukdomen”. Betydelsen av Balints tankar och erfarenheter för familjeläkarens professionella utveckling kan knappast överskattas. Förutom att Balintgrupper bildats över hela världen, så har Balint också tidigt tydliggjort den möjlighet till kompetensutveckling som finns i erfarenhetsutbyte mellan allmänläkare och att det inte räcker med medicinska baskunskaper, utan att man även på ett professionellt sätt måste kunna förhålla sig till de känslomässiga dimensionerna i mötet med sina patienter.

ANNONS

ANNONS

Wonca 2004 - smältdegel och fyra dagars universitet för familjeläkare

Wonca 2004, den 17:e allmänmedicinska världskongressen, samarrangerades med American Association of Family Physicians, vilket gav möjlighet till att även få en inblick i AAFPs omfattande utbildningsarbete. 6 500 allmänläkare från hela världen, varav 4 500 från USA, samlades under några intensiva höstdagar i Orlando, Florida. I AllmänMedicin nr 6/04 gav Gustaf Lilliehöök en reserapport. Här följer kompletterande intryck av fler svenska deltagare.

Numbers tell the story: The best health care is primary care

Liksom Gustaf tycker vi att ett viktigt budskap lämnades av Barbara Starfield. Alla epidemiologiskt accepterade mått (födelsevikt, barnadödlighet, livslängd osv.) visar att primärvårdsorienterade hälsovårdssystem är associerade med friskare befolkning som lever längre.

Om man skulle höra ljudet av klappande hovar är det troligen en häst som närmar sig, knappast något så ovanligt som en zebra. Men specialister "letar efter zebror istället för hästar", vilket kan leda till onödigt utredande, överbehandling och oönskade effekter, inklusive död. Tillfrågad varför erfarenheterna inte lett till ett familjeläkarsystem svarade hon att den amerikanska kongressen påverkas av motkrafter med effektivt lobbyarbete. "Om primärvården ska växa, måste den hitta starka allierade i befolkningen".

Stor spännvidd

Francis S Collins ansåg att alla sjukdomar har ett genetiskt korrelat och att genetiska test kommer att få större betydelse och att det då gäller för allmänläkare att hänga med. En man med trötthet, nedsatt libido och ledvärk uppfattades lida av bipolär sjukdom, men facit var homozygot C282Y mutation i HFE-genen. Hänger ni med? Från att förstå DNA-kodens undertext till våra livshistorier är steget långt till John Salinsky och hans föredrag om vikten av att lyssna på patienternas egna berättelser, vilket Tina Nyström Rönnås skrev om i en tidigare artikel i denna tidning. Frågan är var man vill lägga tonvikten: avkod-



John Salinsky höll ett uppskattat föredrag.

Foto: Börje Svensson

ning av det mänskliga DNA:s text eller tolkning av patientens berättelse om sin situation.

AIDS

Godfrey Sikipa berättade att det globalt finns nästan 38 miljoner HIV-infekterade. 2003 nyinsjuknade 4,8 miljoner personer, varav 630 000 barn under 15 år, av dessa 90% i Afrika söder om Sahara. I de värst drabbade länderna har förväntad medellivslängd halverats sedan början av 80-talet. Bromsmedicin når bara enstaka procent i utvecklingsländerna, liksom profylax för nyfödda till infekterade mödrar. Sikipa väddade till oss att åka ut till något drabbat område, då bristen på läkare, inte minst allmänläkare, är skriande.

We can win the war

Sean David ansåg att tobak för närvarande är det största globala hälsoproblemet. Det finns idag 500 miljoner människor som kommer att dö en tobaksrelaterad död. Det behövs en genomtänkt strategi med systematiskt rökstopp, lagstiftning för minskad tillgång och minskad acceptans av tobak i samhället. Woncas president Michael Boland har medverkat till att rökförbud införts på pubar och restauranger på Irland.

Deadly diabetes

Det arrangerades flera diabeteskurser under kongressen. Diabetes dödar en amerikan var tredje minut och orsakar i USA fler dödsfall än AIDS och bröstcancer tillsammans, etniska minoriteter ►►

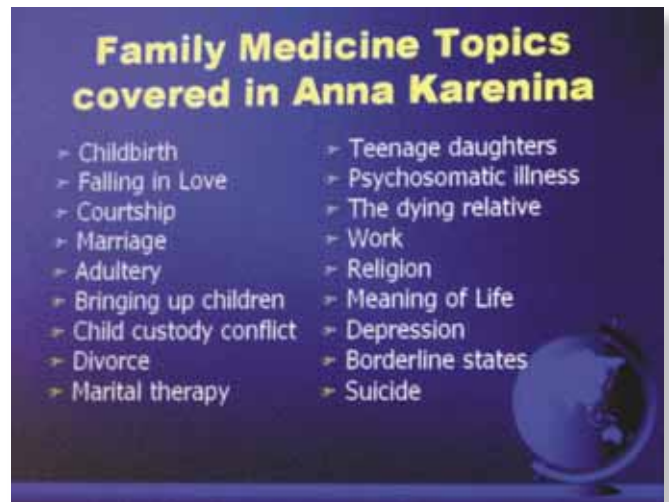
ANNONS



Foto: Börje Svensson



Jan Stålhammar diskuterar med John Salinsky. Gösta Eliasson med sällskap och Anna-Karin Svensson lyssnar begrundande.



Skönlitteraturen innehåller många familjemedicinska teman.

är särskilt utsatta. Av vita barn är 15% överviktiga, av afroafrikanska och latinamerikanska barn 25%, bland de senare beräknas hälften utveckla diabetes. Värdet av intensiv multifaktoriell behandling av typ 2 diabetes underströks av *Russel White*. Varje procents minskning av HbA1c minskar mikrovaskulära komplikationer med 40%. Bra blodtryckskontroll minskar kardiovaskulär sjuklighet med 33–50% och mikrovaskulär sjuklighet med 33%. Förbättrad kontroll av lipider reducerar kardiovaskulära komplikationer med 20–50%. Tidig upptäckt av retinopati kan minska blindhet och utvecklad fotvård kan reducera amputationsfrekvensen.

Intimate Partner Violence

Sylvie Lo Fong Wong från Rotterdam visade att manliga och kvinnliga familjeläkare ofta hade olika syn på orsaker till våld i nära relationer. Kvinnliga läkare var mer intresserade och tog också hänsyn till barnens situation. Utbildning ledde till att familjeläkarna upptäckte fler fall av kvinnomisshandel.

Personal doctor means security

Hur upplever patienterna att ha en fast läkarkontakt i motsats till att möta korttidsvikarier och stafettläkare? En av författarna till denna artikel, *Gösta Eliasson*, presenterade en kvalitativ studie initierad av Socialstyrelsen, som visade att tillgång till fast läkare för äldre och kroniskt sjuka

framförallt gör att de upplever *trygghet*, vilken i sin tur baseras på *sammanhang*, eftersom läkaren har en helhetssyn och känner till sjukhistorien och noterar när något förändras, *tilltro till vården*, därför att läkaren visar ansvar och upplevs som kompetent, *en förtroendefull relation*, eftersom läkaren ger bekräftelse och visar respekt, medkänsla och förståelse samt *goda kontaktmöjligheter*, dvs. man vet var man kan hitta sin läkare, och att han/hon också är möjlig att nå [1].

Establishing a Successful Family Practice

Genom en daglig kongresstidning fick man en inblick i det som man annars inte hade möjlighet ta del av. Till exempel villkoren för allmänmedicinsk praktik i USA: "Make your medical practice a successful business. Physicians who open their own offices aren't launching medical practices. They're launching new businesses that happened to provide medical services. Many doctors don't understand the difference between founding a medical practice business and practicing medicine, and that can lead to problems. Hire the right people, retain good advisers who know the business of medicine, and establish office systems that enable you to practice medicine rather than oversee the details of the business. Otherwise you won't own a business; the business most likely will own you."

Now That You Have Been Sued

Som andra sidan av samma mynt kunde man se: "Survival strategies for physicians. Physicians in the US have nearly a 100 percent probability of being named in at least one lawsuit over the course of their careers. Be mindful of the importance of things like dress and demeanor. Judges and juries will judge physicians according to a certain image. If a physician shows up at his trial date in jeans and a T-shirt wearing Birkenstock sandals, it's not going to send the message he wants. Similarly, the physician who comes to court wearing a \$5,000 suit and \$2,000 Gucci loafers also sends the wrong signal"

Sammanfattningsvis gav mötet tillfälle till en bred inblick i den globala allmänmedicinen. Sedan Syd- och Melanamerika anslutits till Wonca omfattas nu 82% av världens befolkning. Kommande kongresser blir Singapore 2007 och Mexico 2010.

Referens

[1] von Bültzingslöwen I. Trygghet. En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården. Artikelnr 2003-123-21. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003

Elisabeth Edén, Elisabeth Tönnesen och Jan Stålhammar,
(Jan.stalhammar@pubcare.uu.se)
vid Eriksbergs vårdcentral i Uppsala
samt Gösta Eliasson,
Fammi, Stockholm
(gosta.eliasson@fammi.se)

ANNONS

Wonca 2004 - smältdegel och fyra dagars universitet för familjeläkare

Som ST-läkare på världskongress

För mig som blivande allmänläkare var kongressen en källa till inspiration och ny energi. Det var spännande att få en känsla för hur utbildningen ser ut ur ett globalt perspektiv. Det mest slående var att förutsättningarna för att bli allmänmedicinare ser så olika ut i olika länder. I många utvecklingsländer är specialiteten mycket ung. I Brasilien och Thailand har den bara funnits i ett par år, och utbildningen håller på att ta form. De skandinaviska länderna framhölls vid flera tillfällen som föregångsländer för specialistutbildningen och en väl fungerande primärvård. Som med mycket annat insåg jag att vi i Sverige tar väldigt mycket för givet och detta sätter ju onekligen ens egen vardag i ett annat perspektiv. Jag talade med två ST-läkare från USA som var helt förbryllade av att höra att jag arbetade så självständigt. De får inte fatta ett enda beslut utan att journalen signerats av en handledare. Självklart ligger det ständigt överhängande stämningshotet bakom den här ansvarsfördelningen. Jag kan ju inte annat än att undra hur övergången från "superkandidat" till riktig läkare går till i det systemet. Ansvarsfrågan genomsytrade alla de amerikanska föreläsningarna, och det blev mycket tydligt att den här juridiska aspekten styr utövandet av medicinen i USA i stor utsträckning.

Allmänmedicinen behöver fler kvinnliga ledare

Utöver de utmärkta föreläsningar som redan refererats, vill jag nämna May Cohens inspirerande föreläsning om varför vi behöver fler kvinnor i ledande positioner inom allmänmedicinen, och vad som hindrar denna utveckling. Hennes tankeväckande fråga var om ett gott ledarskap måste innefatta de kvalitéer det av tradition alltid gjort (läs manliga)?



Elisabet Jädersten, Michael Lidström och Emma Brasen från Stockholm samt Ulf Peber från Halmstad.

Temat på kongressen var annars de stora hälsofrågorna globalt sett; rökning, AIDS, barnadödlighet, fattigdom. Dessa problem tillhör ju inte vår vardag (undantaget rökning), men sätter våra vardagsåkommor i ett nyttigt perspektiv.

Professionell stolthet

Det jag främst tog till mig som jag tycker vi svenska allmänläkare ofta saknar, eller i alla fall inte visar utåt, är stoltheten i professionen, kårandan, som många andra förmedlade i Orlando. Kanske kan vi lära oss något av nybyggerandan hos de hoppfulla, drivande entusiasterna i Sydafrika eller Brasilien? Kanske kan vi smittas av John Salinskys glädje att få praktisera i en specialitet, där vi har förmånen att ta del av fantastiska livsöden och har en möjlighet att påverka dessa livsöden, om vi verkligen lyssnar? Kanske kan vi sträcka på oss och tillåta oss själva att fyllas av stoltheten i Barbara Starfields röst när hon berättar hur mycket våra

patienter vinner på att det är just vi, allmänläkarna, som är deras familjeläkare och inte andra specialister?

En fråga som en kollega ifrån Halmstad tog upp en kväll i Orlando angränsar till just detta tema: Vad betyder det för vår identitet och kåranda att vi har så många olika namn på vår specialitet i Sverige? Jag tycker det är en mycket tänkvärd fråga. En amerikansk allmänläkare behöver inte fundera innan han säger att han är en "family physician". Ett led i att stärka vår professionella identitet måste vara att vi enas om vad vi kallar oss själva.

Jag vet att jag har fått inspiration och blivit stärkt i mitt yrkesval av den här kongressen. Jag hoppas att jag har kunnat förmedla lite av den känslan till er. Packa väskan och åk till Singapore på WONCA 2007!

Elisabet Jädersten

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

ANNONS

SPUR-inspektioner – för bättre ST



SPUR STIFTELSEN

Ett av SFAMs huvudmål är att arbeta för en bra specialistutbildning i allmänmedicin. Trots handledarutbildning, Utbildningsboken, diplomering av studierektorer, nätverk för studierektorer, specialistexamen, Mitt-i-ST m.m. återstår mycket att göra. En enkät för några år sedan visade brister, när det gäller handledning, utbildningstidens struktur och teoretiskt innehåll.

SPUR-inspektioner innerbär att utbildningen granskas av erfarna kollegor med särskild utbildning. Läkarförbundets vidareutbildningsråd, VUR, har huvudansvaret men SFAM ansvarar för inspektionerna inom allmänmedicin. På grund av det stora antalet vårdcentraler som utbildar ST-läkare har vi provat att ett studierektorsområde med sex-åtta vårdcentraler inspekteras per gång och att studierektorn aktivt medverkar. Med sin lokalkännedom kan denne med stöd av inspektören bedöma arbetsplatser, utbildningsklimat och olika utbildningsinsatser. Inspektören kan inrikta sig på att vara rådgivare och oberoende medbedömare samt att åstadkomma en externt giltig värdering.

Vid alla inspektioner görs en poängbedömning, men den är inte huvudsaken. Utgångspunkten är att förbättringar kan uppstå utifrån de diskussioner som en inspektion ger upphov till under processen, som startar före besöket och som inte avslutas förrän utvärdering gjorts några månader efter inspektionen. Inspektörerna söker i första hand att se och påvisa starka sidor och stimulera nytänkande och kreativitet. Men även svaga sidor tas upp och analyseras. Problemlösning, förbättringar och nya möjligheter diskuteras.

Det har tidigare varit vårdcentraler med ovanligt bra utbildning som deltagit. Det är inte fel att bra vårdcentraler premieras. Men vi vill att *vanliga* vårdcentraler, som kämpar med problem och brister i sin verksamhet, genomgår inspektion för att få en bra start för en förbättringsprocess. Att ha genomgått en SPUR-inspektion är en merit för vårdcentralen, även om den inte fått toppoäng.

Genomförande

Den studierektor eller verksamhetschef som vill få inspektion anmäler sig till SPUR-kansliet på Läkarförbundet. Vi utser en eller två inspektörer som kontakter studierektorn. Därefter startar förberedelserna med enkäter till berörda personer och enheter. Studierektorn får till sin hjälp en manual där inspektionens olika moment beskrivs. ST-läkarna är inspektionens huvudpersoner och de bör förbereda sig inför inspektionen genom att träffas i förväg för att diskutera utbildningsvärdet på sin tjänstgöring vid vårdcentralen och sidoutbildande enheter samt enas om svar på enkäten.

Under inspektionen besöker inspektör och studierektor tillsammans de aktuella vårdcentralerna. På varje vårdcentral intervjuas i första hand ST-läkare och handledare men även andra resurspersoner samt verksamhetschef. Alla ST-läkare bör vara på plats, även de som för tillfället gör sin tjänstgöring på annat håll. Bedömningen omfattar ett antal specifika delområden. Avslutningsvis gör inspektör och studierektor en preliminär bedömning som de redovisar och diskuterar med berörda.

Rapport och uppföljning

Efter inspektörens besök skriver studierektor i samråd med inspektören en bedömning med poäng för de inspekterade enheterna. Innan rapporterna avslutas skall de berörda haft möjlighet att komma med synpunkter. Därefter skriver inspektören en slutrapport med sammanfattande bedömningar och poäng både för vårdcentralerna och av området som helhet. I rapporten bör ingå en s.k. SWOT-analys (strengths, weaknesses, opportunities, threats), vilket är ett effektivt sätt att gå igenom fördelar, svagheter och möjligheter. Rapporten skickas till studierektor och till VUR-kansliet. Resultatet publiceras i Läkartidningen. Studierektorn skall ordna uppföljningsmöten på de inspekterade vårdcentralerna cirka sex månader efter inspektionen. Då utvärderas effekterna av inspektionen och studierektorn tar reda på om de förbättringsåtgärder som beslutades vid inspektionen har genomförts.



Stig Andersson
Kontaktperson SPUR allmänmedicin
gits.joel@tele2.se

ANNONS

Plikten, profiten och konsten att vara människa

När Rosenbergs familj kommer till svärfaderns dödsbädd i ett naket rum sitter en ung man och håller den gamle i handen. Den unge mannen överlämnar varsamt den döendes hand till hans maka. Scenen överraskade familjen. Den gamle hade brådstörtat flyttats från ett sjukhem till ett provisoriskt äldreboende, där vikarierna avlöste varandra. Någon bekantskap hann aldrig utvecklas mellan svärfadern och vårdarna. Det fanns inte ens någon förväntan på individuell relation i ett system där utbytbarheten av människor var satt i system. Men här sitter ändå en ung person och håller respektfullt och vänligt den döende i handen. Det kunde knappast ingå i hans arbetsinstruktioner. Ändå gjorde han det.

Tidsandan och samhället

Göran Rosenberg har gjort sig känd som en framgångsrik samhällsjournalist. Utvecklingen inom vården och skolan det senaste årtiondet har oroat honom och han bestämde sig för att skriva en pamflett mot idén att sjukvården skulle bli effektivare, äldreomsorgen mänskligare och skolan mer vital genom att utnyttja profiten som drivkraft. Men ämnet förde honom till studier och tankar om människans behov och drivkrafter, samhällets sammanhållande band och relationen mellan individ och samhälle. Resultatet blev en imponerande bok med karaktären av en lärd essä, där han med hjälp av författare och filosofer allt ifrån Platon till nutida samhällsanalytiker får läsaren med sig i en diskussion av samtidsandan och dess betydelse för vård, omsorg och fostran. Rosenberg framträder här som en engagerad moralist som siktar in sig på vad som skapar tillit människor emellan och därmed möjlighet att bygga ett samhälle där mänskliga relationer beaktas.



Plikten, profiten och konsten att vara människa
Göran Rosenberg
Essä
Bonnierpocket 2004
ISBN 91-0-010474-4

En stor glömska

Rosenberg tycker sig se en stor glömska breda ut sig i samhället. Det är glömskan om vad som driver oss att göra vad. Glömskan om att det finns saker och ting som vi måste göra trots att det ställer till besvär för oss själva, och att de måste göras även när budgeten inte räcker till och det inte lönar sig för något företag att ta itu med det. Glömskan om att människan alltid har varit nödgad att göra vissa saker och ting av plikt, eftersom det annars inte går att upprätthålla det samhälle som i sista hand gör hennes individualitet möjlig.

Tidigare i historien skrevs om "konsten att vara människa". Den gällde förmågan att med insikt om tillvarons

trånga gränser och tragiska inslag ändå leva ett värdigt liv. Vår nuvarande civilisation odlar inte längre den konsten, tycker Rosenberg. Den är inriktad på att begränsa och besegra det oförutsägbara och ofrånkomliga i livet som olyckor, sjukdom och död. Tragedin omvandlas till en ännu inte åtgärdad medicinsk händelse och man försöker lösa problemet så rationellt som möjligt.

Två drivkrafter, två moralsystem

En utgångspunkt är den att människan lever i ett spänningsförhållande mellan å ena sidan sina *föreställningar* om frihet, framgång, trygghet, rättvisa och å andra sidan sina *erfarenheter* av livets begränsningar, beroenden och olyckor. Ett bra liv förutsätter dels att en person har förmågan att handla så att frihet och framgång kan förverkligas, dels att hon är i stånd att leva i relation till andra och skapa former för sitt beroende av andra människor och av samhället. I det första avseendet låter hon sig drivas av profit, i det andra av plikt. Dessa båda drivkrafter har var sitt moralsystem. Profitens moral gäller hur vi organiserar vårt "fria" liv och den är marknadsbaserad. Inom den moralen kan vi köpslå med varandra, byta verksamheter och kontakter, inrikta oss på oss själva och handla optimistiskt. Det viktiga är att vi följer marknadens regler. Pliktmoralen är annorlunda. Den förväntas styra våra relationer till andra människor och hur vi organiserar oss som samhällsvarelser. För en god plikt moral är begrepp som rättvisa, tillit, trofasthet, generositet och oegennyttiga viktiga. Den baseras på insikten om att vi är beroende av andra människor och om att svaghet, sjukdom, olyckor och död är ofrånkomliga inslag i livet.

Enligt Rosenberg har båda dessa moralsystem sitt berättigande, men det blir ►►

ANNONS

Foto: Gamma/BL Bildbyrå



Göran Rosenberg

fel när profitens och pliktens moralsystem blandas samman, dvs. att marknaden tar över samhällliga funktioner och samhällets institutioner går in på marknadens område. Han nämner exempel från polisväsendet, kriminalvården och sjukvården på det ena sortens felsteg, och kommunismen, det militärindustriella komplexet och maffian som exempel på det andra området. Inom sjukvård i USA

har profitdriften tilltagit kraftigt sedan början av 90-talet. Det har inneburit lockelser till korruption och bedrägerier, och skandalerna har varit talrika. Om en förtroendebaserad relation omvandlas till en marknadsbaserad kontakt, måste förtroendet ersättas med kontroll. Tendensen mot marknadsdrift kan ses också i vårt land.

Bör sjukvården drivas av samhället?

Rosenbergs bok kan läsas som ett engagerat försvar för en socialiserad sjukvård. Jag tycker att han pekar på ett viktigt mönster när han lägger fram profiten och plikten som skilda mänskliga drivkrafter med var sitt moralsystem. Det skulle säkert ha stor betydelse om både medicinskt yrkesverkssamma och politiker arbetade med Rosenbergs moraliska mönster för ögonen. Ändå kan jag inte utifrån Rosenbergs bok i princip döma ut privata vårdföretag, förutsatt att samhället upprättar tydliga kontrakt med vårdföretagen om vårdens innehåll och fördelning. Även samhällsligt drivna institutioner är sårbara för otillbörligt utnyttjande och för att de

som arbetar där inte ser den moraliska innebörden i mötena med patienter och klienter. Ett privat vårdföretag kan arbeta på ett utmärkt sätt bara man har en tydlig och medveten gräns mellan vårdarbetet, som är området för pliktens moral, och administrationen av företaget som främst är ett område för profitens moral. Förutsättningarna för detta rör den mänskliga kvaliteten i ledarskap, utbildning, avtal och kontroll. Vårdbiträdet som höll Rosenbergs döende svärfar i handen är ett exempel individens betydelse i organisationen.

Läsningen av Rosenberg får mig att inse att "konsten att vara människa" fortfarande bör odlas. Idag handlar den bland annat om att binda samman en till synes frigjord men ensam individ med ett samhälle som tas för givet, men som samtidigt är undflyende och oklart i sina gränser och inre band. Just detta är av särskild betydelse för oss som arbetar inom sjukvården.

Stig Andersson
Säffle
gits.joel@tele2.se



Berzelius symposia 64

Atrial Fibrillation

– Scientific Evidence and Clinical Practice
2–4 November 2005 in Uppsala · Sweden

More information and registration

The Swedish Society of Medicine, P O Box 738
101 35 Stockholm · Phone +46 (0) 8 440 88 78
E-mail annie.melin@svls.se · Internet www.svls.se

Organized by

The Swedish Society of Medicine
The Swedish Society of Cardiology
The Faculty of Medicine, Uppsala University



Conference on Cholesterol, Alzheimer's disease and Statins

April 14–15, 2005 at
The Swedish Society of Medicine
Stockholm, Sweden



www.stocon.se/cas2005

ANNONS

Medisin og eksistens

Samtalet mellom patient og doktor – är det ett tema som behöver uppmärksammas mer? Det kan tyckas vara en självklarhet att vi samtal- lar med våra patienter, men det är just här som läkarna ofta sviktar. Dia logos är grekiska, och betyder genom ord. Logos- begreppet har en dubbel innebörd och betyder både ord och förnuft. Dialog är både medlet och målet för medicinskt arbete.

Har du orkat läsa så här långt, så kan du med behållning ta del av John Nessas bok "Medisin og eksistens". Den är skriven på norska, så det kan underlätta att ha en norsk-svensk ordbok till hands om man inte är van vid språket.

John Nessa är allmänläkare och arbetar i den kommun där han växte upp. Han har tidigare arbetat som psykiater. John doktorerade på en avhandling om patient-läkarsamtalet och undervisar vid universitetet i Bergen. Han har en bred allmänmedicinsk förankring även inter- nationellt. Han är alltså rätt person för uppgiften att skriva denna bok.

Medisin og eksistens omfattar 200 sidor uppdelade i åtta kapitel. Det första heter: "I begynnelsen var samtalet". Den fort- sätter med en redogörelse för olika kom- munikationsmodeller, narrativ medicin, individuell utveckling och kommunika- tion som terapi. Den innehåller många lärorika fallbeskrivningar. Boken slutar med kapitlen "Mellan allmakt och van- makt" och "Min läkare: Allmänmedi- cinen förr och nu". Boken har många referenser efter varje kapitel.

John Nessa ger ett viktigt bidrag till dis- kussionen om allmänmedicinens roll och om allmänläkarens uppgifter. Det enkla är ofta det svåra. Allmänmedi- cinen kärna är samtalet. Uthålligheten i en relation är central, att doktorn går att lita på och inte är avvisande. Det är svårt

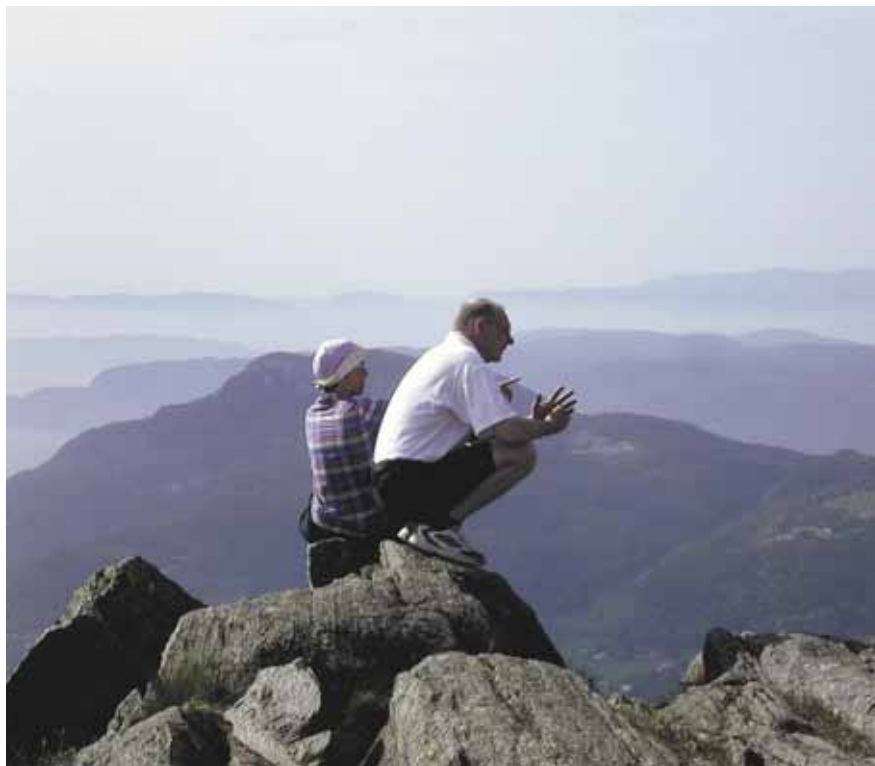


Foto: Björn Nilsson

Iona Heath och John Nessa

att teoretisera kring detta, men John Nessa lyckas i hög grad i denna bok. Det är dock inte en i första hand teoretisk bok utan den är praktiskt anpassad med rika exempel från vardagsarbete. Den bör kunna ge ett värdefullt tillskott till den svenska debatten. Avsnittet om all- mänmedicinen förr och nu skulle kunna anpassas efter svenska förhållanden.

Boken är värdefull att ha stående i bok- hyllan, att gå tillbaka till efter en tung dag eller när du stött på en speciellt be- svärlig patient eller kollega. Någon har varit i din situation tidigare! Det finns alternativa synsätt och handlingsvägar, värda att pröva. Boken borde vara idea- lisk som underlag för diskussioner i FQ- grupper. Köp den och läs den! Kan vi få den på svenska, tack!

Björn Nilsson
Västerås

bjorn.nilsson@ptj.se



Medisin og eksistens – Samtale og psykodynamikk i allmenntillegning
Gyldendal Akademisk, Oslo 2003.
ISBN nr 82-05-31420-9.
209 sidor
Pris: 280 NOK.

Pressgrannar

Vestmanlands läns tidning beskriver i en ledare 20 december 2004 situationen som katastrofalt dålig sedan landstinget vid upphandling valde bort befintliga familjeläkarmottagningar.

Tiotusentals människor har avskurits från kontakten med sina sedan många år valda familjeläkare. Det är faktiskt katastrofalt dåligt. Det har inte gått många månader sedan landstinget under stor uppståndelse tackade nej till en rad av de privata familjeläkarmottagningar som tillhörde Praktikertjänst. Upphandlingen ledde till att dessa mottagningar måste upphöra och deras personal skingras. Man borde bättre ha kunnat förutse resultaten av sina beslut. Det är klart att det blir problem när man börjar flytta om familjeläkarmottagningarna som schackpjäser. Och det är många patienter som drabbas. Sammanlagt har hittills 29 familjeläkare i länet slutat inom familjeläkarsystemet eller bytt arbetsplats. Nettoförlusten är 14 familjeläkare.

I Distriktsläkaren nr 8, 2004 kan man i helhet läsa det remissvar som Distriktsläkarföreningens styrelse lämnat till äldre-vårdsutredningens förslag om Sammanhållen Hemvård.

DLF tycker det är bra att man föreslår lagstadgad skyldighet för huvudmännen att sörja för att de äldre ges möjlighet att få den fasta kontakt med en allmänläkare, som hälso- och sjukvårdslagen redan nu föreskriver. DLF tycker det är en fördel om endast en eller möjligen två läkare har ansvar för ett äldreboende och att primärvården även tar jouransvar. Det behövs möjlighet till konsultstöd från geriatriker och andra specialister, samt möjlighet till direktinläggning på vårdavdelning. Brist på allmänläkare gör det svårt att förverkliga intentionerna. Nationellt Familjeläkarsystem enligt Protos kan underlätta rekrytering och ger möjligheter att teckna avtal om tillsyn av äldreboenden. Det bör finnas tydliga ekonomiska incitament för besök på äldreboenden. Kommuner och landsting har idag parallella system för

rehabilitering av äldre, sammanslagning skulle gynna effektivitet. Utredningen föreslår att landsting och kommuner upprättar avtal som reglerar läkarinsatser, samt att om landstinget inte lever upp till sin del av avtalet, kommunen skall ges möjlighet att skaffa läkarhjälp på annat håll och att kostnaden då faller på landstinget. DLF önskar att man förtydligar vilken av parterna som har tolkningsföreträde och vad som gäller om man inte kan enas om avtal. Utredningen har lanserat begreppet hemvård för att peka på utökad samverkan mellan medicinska insatser och social omvårdnad. DLF tycker begreppet är tydligt och bra, liksom man stödjer förslaget att kommunerna får ansvar även för de personer som vårdas i eget hem eller korttidsboende. DLF delar utredningens uppfattning att de behövs mer forskning och fortbildning men att man måste värna om den breda helhets-syn som generalistperspektivet ger.

Roland Morgell

Fördjupningskurs om KOL för allmänläkare 10-11 maj 2005

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

Plats: Kursen är förlagd till Tammsviks konferens, Bro
Kursavgift: 2 500 kr (inkl kost, logi och kursavgift). Om resa ej krävs är avgiften 1 250 kr.
Anmälan: Svarkort beställs av Elisabeth Johansson, 08-721 24 25 eller fax 08-721 21 89. Sista anmälan 1 april. Först till kvarn gäller.

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (nr 20040239)

Med vänliga hälsningar

Programkommittén

SFAM:s astma och allerginätverk:

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

SLMF, Svensk Lungmedicinsk Förening:

Prof Kjell Larsson, KI, Stockholm

Boehringer Ingelheim AB:

Produktchef Peter Josefsson, 0708-582 134
 Kurssekreterare Elisabeth Johansson, 08-721 24 25

Pfizer AB

Utbildningsansvarig
 Kristina Sandberg, 0703-273 586

Årets pristagare i Örebro län

Örebro läns allmänläkarklubb har vid sitt höstmöte utsett årets pristagare i klubben.

Åke Kihlberg, ST-läkare, får priset ”bästa allmänmedicinska insats” för att tagit huvudansvaret för att anordna SFAMs ST-dagar 2005 i Örebro. ST-dagarna är ett viktigt utbildningsforum för blivande allmänläkare och ger en möjlighet för länets allmänmedicin att presentera sig.

Hans Nordin, distriktsläkare, får priset ”kunskapens ljus” för förtjänstfulla pedagogiska insatser. Han lyckas trots en

stor klinisk arbetsbörda skapa utrymme för ett omfattande och mycket uppskattat handledarskap för såväl studenter, AT-läkare och ST-läkare. Han lyckas att förmedla en myckenhet av allmänmedicinsk klokskap och entusiasm.

Samtidigt avtackades Lennart Holmquist som varit klubbmästare under tjugo år, och han tilldelades ”Stora Hederspriset”. Lennart har under många år bedrivit ett hängivet och fruktbart arbete för allmänmedicinen i länet. Han har genom ett visionärt nyskapande och stor produktivitet varit föregångare på många

viktiga områden såsom vårdplanering, kvalitetsarbete, datoriserad journaldokumentation, kunskapsstöd och informationsförmedling. Lennart har på ett unikt sätt kombinerat kreativitet och entreprenörsanda med organisation och uthållighet, alltsammans kryddat med en naturlig lekfullhet. Med Lennart som klubbmästare har allmänläkarklubben varit en levande och roande mötesplats. Hans insats är extraordinär.

Bengt Karlsson
Studierektor

Allmänmedicinskt forskningscentrum, Örebro
bengt.karlsson@orebroll.se



Åke Kihlberg – ”bästa allmänmedicinska insats”



Hans Nordin – ”kunskapens ljus”



Lennart Holmquist – ”Stora Hederspriset”

Avhandling visar nytt instrument för snabb prognos vid akut sjukdom

En viktig uppgift för läkare har alltid varit att kunna lämna besked om prognos vid olika tillstånd, vilket inte alltid är så lätt då allvarlighetsgraden kan variera vid en och samma sjukdom och många patienter dessutom har flera samtidiga sjukdomar.

Thomas Olsson har skapat ett scoringssystem – Rapid Emergency Medicine Score – för att bedöma prognosen för patienter som söker på internmedicinsk akutmottagning. REMS, som omfattar sex variabler (Ålder, Blodtryck, Andningsfrekvens, Hjärtfrekvens, Med-

vetandegrad och Syrgasmättnad i arteriellt blod), testades på mer än 12 000 patienter vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Med REMS kunde man vid ankomst till akuten snabbt och enkelt bedöma risken för patienten att avlida under vårdtiden. Varje ytterligare poäng ökade risken 1,4 gånger oavsett sjukdom. Vid uppföljning visade det sig att poängsumman även kan förutsäga risken att dö inom fem år efter besöket på akutmottagningen. Avhandlingen blir en påminnelse att vi inte skall övervärdera betydelsen av de medicinska diagnoserna, vilket lätt kan ske bland annat vid framtagande

Datum: 26 november 2004

Avhandling: *Risk Prediction at the Emergency Department*

Författare: Thomas Olsson

Institution: Medicinsk vetenskap, Uppsala Universitet

Opponent: Bengt Widgren

av vårdprogram för olika specifika sjukdomstillstånd. I klinisk verksamhet är det alltid enskilda patienter som måste bedömas, och då räcker det inte om varje separat sjukdom är indelad i olika allvarlighetsgrader, utan det måste utvecklas metoder för värdering och beskrivning av patienters samlade sjukdomspåverkan.

Roland Morgell

ANNONS

Vad gör SFAM?

SFAM är allmänläkarnas professionella förening, och enligt stadgarna ska vi ägna oss åt ”att på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling inom allmän-medicin” samt ”stödja nationella, regionala och lokala nätverk för gemensamma och för allmänmedicinen övergripande intresseområden.”

SFAM har en **styrelse**. Medlemmarna väljs på två år i taget, hälften varje år, så att inte hela styrelsen ska bytas ut samtidigt. Det sker på fullmäktigemötet i samband med det årliga höstmötet. Styrelsen bevakar frågor som rör allmänläkare, planerar föreningens verksamhet, förvaltar dess ekonomiska resurser, besvarar remisser från myndigheter, bevakar debatten om allmänläkare i media och samverkar med alla som kan ha intresse för allmänmedicinska frågor nationellt och internationellt. Styrelsen träffas 3–4 gånger per termin, oftast under en dag men ett eller två möten per år är internat. Efter senaste årsmötet har styrelsen följande sammansättning:
 Ordförande: Johan Berglund
 Vice ordförande: Annika Eklund-Grönberg
 Facklig sekreterare: Karin Lindhagen
 Vetenskaplig sekreterare: Lars Borgquist
 Kassör: Gunnar Carlgren
 Övriga ledamöter: Christer Andersson
 Eva Jaktlund, Per Sundberg
 Anna-Karin Svensson

SFAM har **lokalföreningar**, nästan överallt i landet. De kan vara små med bara ett tjugotal medlemmar, eller stora med flera hundra medlemmar. Lokalföreningarna bedriver verksamhet, mer eller mindre aktivt. Många lokalföreningar stödjer FQ-grupper och verkar för att åstadkomma bra lokala fortbildning. Det är lokalföreningarna som anordnar höstmötena, och även om det ibland under planeringen ser knaggligt ut att skaffa ekonomiska resurser till dessa möten, så brukar det oftast sluta med



Kursledningen för "vecka-3-kursen" i kompetensvärdering 2005: Robert Svartholm, Mogens Hey, Bibbi Breitholtz, Ylva Johansson, Marianne Ledström, Ulf Måwe, Karin Lindhagen, Nisse Årman och Inge Carlsson.

ett visst plus i kassan för den förening som var värd.

SFAM har flera **råd**, som bildades för omkring tio år sedan då SFAMs utbildningsprogram skulle sättas i verket. Dessa råd omorganiserades för ett år sedan och är för närvarande:
 Läkemedelsrådet (SFAM-L; ordförande Jan Håkansson.)
 Kvalitets- och informatikrådet (SFAM-IQ; ordförande Sven Engström och Olle Staf)
 Nya utbildningsrådet (SFAM-NU; ordförande Annika Eklund-Grönberg och Ulf Måwe)
 Fortbildningsrådet. (ordförande Meta Wiborgh och Karin Ranstad)
 Rådet för forskning (ordförande Lars Borgquist.)
 ST-rådet (SFAM-ST; ordförande Eva Jaktlund, avgående, Sofia Hellman, tillträdande)
 Tidskriftsredaktionen för AllmänMedicin: chefredaktör Anders Lundqvist.

SFAM har **nätverk**, som utgörs av grupper av allmänläkare med något gemensamt intresse. För närvarande finns mer eller mindre aktiva nätverk för:
 Allmänläkarkonsulter
 Fortbildningssamordnare

Studierektorer
 Examinatorskollegiet
 Astma/Allergi – intresserade allmänläkare
 Diabetesintresserade allmänläkare
 Allmänläkare med intresse för magtarmsjukdomar (Gastroprima)
 Balint
 Palliativ medicin / Hemsjukvård
 Riskbruk
 Allmänläkare i läkemedelskommittéer (SFAM-ALLK)
 ASK-projektet
 med flera

Ibland tillsätts särskilda arbetsgrupper med avgränsat uppdrag. En aktuell sådan är **Protosgruppen** – samverkansgrupp mellan SFAM, DLF, SPLF och SYLF, där Johan Berglund och Eva Jaktlund är SFAMs representanter. En annan arbetsgrupp är **målbeskrivningsgruppen**, som har styrelsens uppdrag att skriva ny målbeskrivning för specialistutbildningen i allmänmedicin..

Den som är intresserad av att debattera allmänmedicinska frågor kan gå med i **Ordbyte**, diskussionsforum på nätet. Gå till SFAMs hemsida, www.sfam.nu, så hittar du vägen dit.

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

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

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

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

Kassör

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

Övriga ledamöter

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

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

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

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

Arbetsutskott:

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

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Examenskansliet

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

Fortbildningsrådet

Ordförande: Meta Wiborgh
Meta.wiborgh@telia.com

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitet/Informatikrådet

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

ST-rådet

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

Utbildningsrådet

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

Forskningsrådet

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

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin
Jonas Sjögren, 070-679 92 83
jonas.sjogreen@ptj.se

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-53507
bjorn.stallberg@nlm.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

Charlotte Joborn
0490-870 33
charlottejo@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
0480-819 63

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
0371-842 10
bostad 0370-971 10

KRONOBERG

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

BLEKINGE

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

SYDOSTSKÅNE

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

MELLANSKÅNE

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

LUNDATRAKTEN

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

Diabetesnätverk

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

Diplomerade allmänläkare

Cecilia Ryding, 08-672 38 77
 cecilia.ryding@telia.com

Etiskt nätverk

Ulf Måwe
 ulf@mawe.se

Hemsjukvård

Sonja Modin
 sonja.modin@sspo.sll.se

Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh
 meta.wiborgh@telia.com

Kliniskt mentorskap

Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
 charlotte.hedberg@telia.com

Palliativ vård

Anne-Marie Gravgaard
 anne-marie.gravgaard@skane.se
 tel 042-149560

Riskbruk

Hans Hallberg
 hans.hallberg@dfr.se

SFAM post.doc

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

Studierektorskollegiet

Anna Källkvist
 anna.kalkkvist@ks.se

Transkulturell allmänmedicin

Monica Löfvander
 monica.lofvander@rinkeby.vsspo.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@vgregation.se
 Claes Hegen
 claes.hegen@vgregation.se
 Benny Lorentzon
 benny.lorentzon@vgregation.se

SÖDRA ÄLVSBORG

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

SKARABORG

Trygve Lövoll
 trygve.lovoll@vgregation.se
 Per Angesjö
 per.angesjo@vgregation.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@lftblekinge.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?

En specialisttjänstgöring i allmänmedicin innebär som bekant tjänstgöring inom flera olika specialiteter på olika kliniker. När en sådan resa närmar sig sitt slut, börjar någonting annat. Frågor har besvarats och nya har väckts. Vilka är förutsättningarna för att fungera bra som familjeläkare? Sett ur patientens perspektiv såväl som ur läkarens eget. Kanske kan svaret bli det samma för båda?

Den långvariga och återkommande kontakten med de människor som besöker våra mottagningar är meningsfull för båda parter, genom att man bygger en relation över tid. Läkaren lär känna sina patienter, patienterna lär känna sin läkare. I de många återkommande samtalen på mottagningsrummet skapas ett nu och ett då. Gemensam historia är basen som krävs för att ett sammanhang skall uppstå. Ett arbete som innebär skapandet av ett meningsfullt sammanhang är av godo både för patient och läkare. Det skyddar mot det vi kallar för "utmattningssyndrom" och det bidrar till att man som läkare kan känna arbetsglädje och stolthet i sitt arbete. Familjeläkaren kan då utföra sitt arbete med ökad trygghet. Fördelarna kan även vara att behovet av uteslutningsdiagnostik minskar eftersom läkaren känner sin patient. Hos oss yngre läkare finns ofta en rädsla för att göra fel och för att bli anmälda. Ett arbetssätt där man har ansvar för en överblickbar mängd individer och där man kan ha en god kontinuitet i sina patientkontakter bidrar till att minska rädslan för anmälningar.

Grunden för arbetsglädjen blir enligt detta synsätt att fokusera på patient-läkarrelationen och vara relationsskapande i sitt sätt att möta patienten. Att redan som ST-läkare ha fått möjlighet att arbeta som personlig läkare med ansvar för en egen patientlista har givit mig arbetsglädje redan från början. För att vi skall kunna uppleva livslång arbetsglädje som familjeläkare krävs att vi ger oss själva möjligheten att arbeta som personliga läkare med relationskapande patientkontakter. Då kan vi få en god spiral med allt fler familjeläkare som upplever arbetsglädje. Detta kommer i sin tur våra patienter till godo genom att fler och fler får en god vård baserad på kontinuitet. En minskad efterfrågan på olika medicinska åtgärder i form av till exempel läkemedel, krav på undersökningar och specialistbedömningar kommer sannolikt att märkas.



Christer Andersson
ST-läkare, Göteborg
christer.c.andersson@vgregion.se

2005

Mars

Att vara personlig läkare - kompetens, arbetssätt och organisation
8-9 mars, Bergendal kurs & konferens, Sollentuna, www.bergendal.se
Kontaktperson Göran Sjonell.
Intresseanmälan före 15 dec till goran.sjonell@kvam.nu

Fammi hemsjukvårdsdagar 2005, Mötet i hemmet
16-17 mars, Stockholm. För information och program se www.fammi.se/mih

April
Upprop Primärvårdskonferens i Jönköping
5-6 april, arrangerat av Kulturum.
Tema: Klokskap, vetenskap och galenskap. Anmälan: www.lj.se/primarvardskonferens2005

EAPC: 9th Congress of the European Association for Palliative Care
6-10 april, Aachen, Tyskland

Conference on Cholesterol, Alzheimer's disease and Statins
14-15 April, 2005 på Läkarsällskapet i Stockholm.
Mer information om mötet finns på www.stocon.se/cas2005

Kongress glesbygdsmedicin
14-17 april anordnas i Arvidsjaur den 5:e nationella kongressen i glesbygdsmedicin. Omfattande program med föreläsningar, "state of the art", kultur m.m. Allmänläkare och andra med intresse för glesbygdsmedicin är välkomna.
Info: www.glesbygdsmedicin.info

Maj
Kurs i konsultation och videosupervision
Kalymnos, Grekland 20-27 maj, Det finns fortfarande enstaka platser kvar - se mera på www.fammi.se
Kontaktperson: Jan Helge Larsen, jhl@dadlnet.dk

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 sep, Geneve
www.MIE2005.net

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

September-oktober
AAFP Annual Scientific Assembly i San Francisco
28 sep-2 okt, 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

December
Vitalis 2005. Medicinsk informatik.
12-15 december, Göteborg
www.vitalis.nu



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