

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 5 2004 ÅRGÅNG 25



Fångarna i primärvården – allmänmedicin blir primärvårdsmedicin/sid 15

SFAM.L granskar Score/sid 5 • Reportage från McWhinneyland/sid 27

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

Det våras för allmänmedicinen på höstmöte i Lund.
Omslagsfoto: Lennart Piculell
Lunds Universitet

3 Ledare

Personlig doktor med förhinder – dags för renässans!
Anders Lundqvist

5 SFAM.L granskar

Score och HeartScore – nya instrument med begränsningar för värdering av risk för kardiovaskulär sjukdom
Jan Håkansson, Anders Hernborg, LO Hensjö, Peter Rosenberg, Rolf Wahlström, Robert Svartholm

8 Vetenskap och utveckling

Kan Score ersätta en erfaren och kunnig klinikers bedömning?
Mai-Lis Hellenius

Osäkra "sjukdomar" – dilemman och möjligheter
Pia Åsbring

Rapportserie från Qulturum
Kjell Lindström

15 Debatt

Fångarna i primärvården – allmänmedicin blir primärvårdsmedicin
Eva Jaktlund, Bengt Mattsson, Carl Edvard Rudebeck, Göran Sjönell, Mikael Stolt

Att agera i vården – allmänläkarens olika intressentkrav
Lars Salmi, Bertil Hagström
Ur Ordbytesfloden

24 Notiser

Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling
Birgitta Hovelius
På gång för ST-läkare
Eva Jaktlund

27 Reportage

Canada – från Hippokrates ed till McWhinneys katekes
Mogens Hey, Eva Jaktlund, Ulf Måwe

29 Recension

Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår av Jörgen Nordenström
Roland Morgell

31 Reportage

Göts Eliasson i delat ledarskap på Fammi
Göran Umefjord

37 Utbildning

Internationellt sudentutbyte inom allmänmedicin
Bengt Mattsson
Anorexia nervosa sett ur ett allmänläkarperspektiv
Leila Bawa, Bengt Mattsson

43 Notiser

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2004
Vem ska bestämma över vår fortbildning?

44 SFAM informerar

SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004
Kontaktpersoner

48 Krönika, kalendarium

Albert och meningen med livet
Björn Olsson

"Score och dess dataapplikation HeartScore är nya och förmodligen bättre instrument för kardiovaskulär riskvärdering än de hittills använda. De kan användas av läkare och patient tillsammans för en grov uppskattning av risken. En allvarlig brist är att de inte är tillämpbara för de grupper där prevention är mest angelägen."

SFAM.L granskar på sidan 5



Fångarna i primärvården – allmänmedicin blir primärvårdsmedicin.
Sidans 15



Eva Jaktlund, Ulf Måwe och Mogens Hey har varit på besök i McWhinneyland.
Sidans 27



Anorexia nervosa sett ur ett allmänläkarperspektiv.
Sidans 39

ANNONS

Personlig doktor med förhinder

Dags för renässans!

Jag har haft förmånen att vara familjeläkare för i stort sett samma människor sedan jag blev specialist för tretton år sedan. De barn jag hade på BVC i början har kommit in i tonåren nu. En viss omsättning på listan har ägt rum förvisso.

En del har flyttat, andra dött. Flyktingar har tillkommit, studenter på den lokala högskolan passerar revy, och en del äldre har sålt sina villor i förorten och flyttat till innerstan där jag finns. Några år tog det innan jag lärde mig hur familjebanden såg ut, och efterhand har jag fått en fördjupad uppfattning om personernas sociala nätverk. Jag vet nu också en del om vilka bevekelsegrunder som människorna har för att ta kontakt med mig. Deras föreställningar, förväntningar och oro är inte längre ett vitt fält på kartan. I detta landskap kan jag orientera mig ganska fort för det mesta. Med telefonens hjälp försöker jag arbeta effektivt, och jag tror att det skulle vara svårt att uppnå samma saker om jag inte hade denna personliga erfarenhet och kännedom om det subjektiva. Jag förstår arbetsuppgiften på ett helt annat sätt nu än när jag var nyfärdig specialist. Nu tycker jag mig kunna hantera såväl patient- som doktorsagenda på ett smidigt sätt inom ramen för denna djupare förståelse. Den förmågan hos en familjeläkare bidrar onekligen till en ökad kostnadseffektivitet i det direkta patientarbetet, vilket talar för en satsning på ett nationellt familjeläkarsystem i stil med Protosförslaget.

En liknande erfarenhet som personlig familjeläkare borde ju vara ett ganska normalt förhållande i en medelålders familjeläkares arbetsliv kan man tycka, men hur ser det egentligen ut i Sverige? Många av mina jämnåriga kollegor i landet har flyttat runt en del. En del

har arbetat som stafettläkare och andra har sökt sig till företagshälsovården på jakt efter en trivsammare arbetsmiljö. Trötta på primärvårdens ständiga kräftgång har de inte riktigt funnit ro i patientarbetet. Glädjen över lyckade möten med patienter i vården har inte kunnat uppväga vantrivseln med arbetsmiljön. Uppdraget har blivit än mer otydligt och arbetet mer slitsamt än tidigare. Organisationsförändringar har kommit och gått, och många gånger bara lämnat efter sig en djup känsla av otillfredsställelse hos de berörda. Ständiga uppbrott gör att en del av kollegorna aldrig förmår upptäcka de långsiktiga dimensionerna i yrket. Det är sorgligt att se den personlige doktorn på undantag.

Har vi blivit "fångar i primärvårdsmedicinen" lyder den provocerande frågan i en angelägen debattartikel i detta nummer. Den personliga allmänmedicinens idégrund behöver lyftas fram ur dunklet, och författarna inbjuder oss följaktligen till ett spännande seminarium 8–9 mars 2005. Det är en inspirerande artikel av namnkunniga författare och som grädde på moset utlovas en fortsättning. Boka av i era almanackor, gott folk!

När jag läste Ian McWhinneys "A Textbook of Family Medicine" för många år sedan hjälpte den mig till en ökad förståelse av mitt arbete. Allmänmedicinen fick en klarare kontur. Nu kommer den snart i svensk översättning. Passa på att skaffa den, och missa inte det intressanta reportaget från

McWhinneyland i detta nummer. En av McWhinneys grundsatser är att familjeläkaren ser de människor som är listade vid mottagningen som "en population i riskzonen". Ett annat perspektiv på begreppet risk får vi i SFAM-L:s grundliga genomgång av olika instrument för riskvärdering med hänsyn till hjärt-kärlsjukdom. Här vägs nyttan med att skaffa sig underlag för rationella beslut om livsstilsförändringar mot risken för en ökande medikalisering. Riskbegreppet är för övrigt ett av många högtintressanta debattämnen på SFAMs höstmöte i Lund 10-12 november. Vi ses väl där?

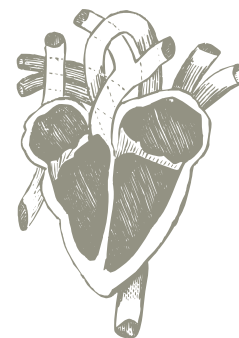
Anders Lundqvist
chefredaktör



ANNONS

Score och HeartScore

– nya instrument med begränsningar för värdering av risk för kardiovaskulär sjukdom



Score och dess dataapplikation HeartScore är nya och förmodligen bättre instrument för kardiovaskulär riskvärdering än de hittills använda. De kan användas av läkare och patient tillsammans för en grov uppskattning av risken. En allvarlig brist är att de inte är tillämpbara för de grupper där prevention är mest angelägen.

Att värdera och försöka minska risken för hjärtkärlsjukdomar är en vanlig men svår uppgift för allmänläkare. De risktabeller som hittills varit mest använda och rekommenderade (1) har byggts på data från Framinghamstudien, där man sedan 1950-talet mycket noggrant följt en population på USA:s östkust. På senare år har ifrågasatts hur generaliserbara dessa data är till andra populationer med annan ärftlighet, levnadsvanor och sociala strukturer. Flera undersökningar har visat att Framingham exempelvis överskattar risken för kardiovaskulär sjukdom i europeiska populationer. (2)

Det finns behov av riskvärderingsinstrument, som är mer representativa för europeiska populationer i dag. Mot den bakgrunden har Scoreinstrumentet utarbetats (3). Det bygger på data från tolv kohortstudier i Europa – varav en svensk (4) – med över 200 000 deltagare och 2,7 miljoner observationsår. Data om riskfaktorer och risken för kardiovaskulär död har anpassats nationellt med hjälp av lokala populationsundersökningar. Den svenska versionen Score-Sverige har nyligen publicerats (5).

Hur är Score konstruerat?

I Score ges en procentsiffra för risken för kardiovaskulär död den närmaste 10-årsperioden. De faktorer som ligger till grund för beräkningen är kön, ålder, rökning, systoliskt blodtryck och totalkolesterolvärde (alternativt totalkolesterol/HDL-kolesterol). Gränserna där Score kan användas är ålder 40–65

år, systoliskt blodtryck 120–180 mm Hg och kolesterol 4–8 mmol/l. Ett diagram med färgmarkeringar risken anger på ett enkelt sätt (grönt för låg risk, rött för hög risk). Ålder och kön är två faktorer av stor betydelse. Den enskilda påverkbara riskfaktorn som har störst betydelse är rökning. I runda tal är risken för rökare fördubblad jämfört med icke-rökare i alla riskkategorier.

En datorapplikation, HeartScore, har även framställts, där den enskilde individens riskbild kan följas över tiden och de olika riskfaktorernas relativa betydelse illustreras mm. Den svenska versionen av HeartScore testas f.n. av en grupp allmänläkare och avses bli allmänt tillgängligt i slutet av 2004. HeartScore sponsras av flera stora läkemedelsföretag.

Förtjänster och brister med Score

Jämfört med data från Framinghamstudien har Score några uppenbara fördelar, men också några nackdelar. Fördelarna är främst att det är färskare data, att de baseras på en större population och att de anpassats nationellt. En fördel är också att det är data som avspeglar ”vanliga människor”, som inte är föremål för några särskilda interventioner och att inga exkluderas.

Scores storlek är också orsak till några brister. Uppföljningen har inte varit lika utförlig som i Framinghamstudien. Bortfallet är i de flesta delstudierna i storleksordningen 20–30 procent, i en av delstudierna hela 64 procent (6), vilket begränsar tillförlitligheten. De effektmått man studerat har inte varit en-

hetligt definierade för t.ex. hjärtinfarkt och stroke och Score har därför endast kardiovaskulär död som effektmått. Det gör att riskvärderingen blir ganska grov, när syftet med preventionen också är att minska risken även för icke-dödliga hjärt-kärlsjukdomar. Score innehåller inte heller data om viktiga riskfaktorer som tidigare genomgången hjärt-kärlsjukdom eller diabetes, dvs faktorer där prevention är särskilt angelägen. Det blir därför enbart ett program för primärprevention tillämpligt för friska människor med riskfaktorer. Många svårkvantifierade men viktiga riskfaktorer som familjehistoria, sociala faktorer, fysisk aktivitet m.m. ingår inte heller, men de ingår i och för sig inte heller i Framinghamssiffrorna.

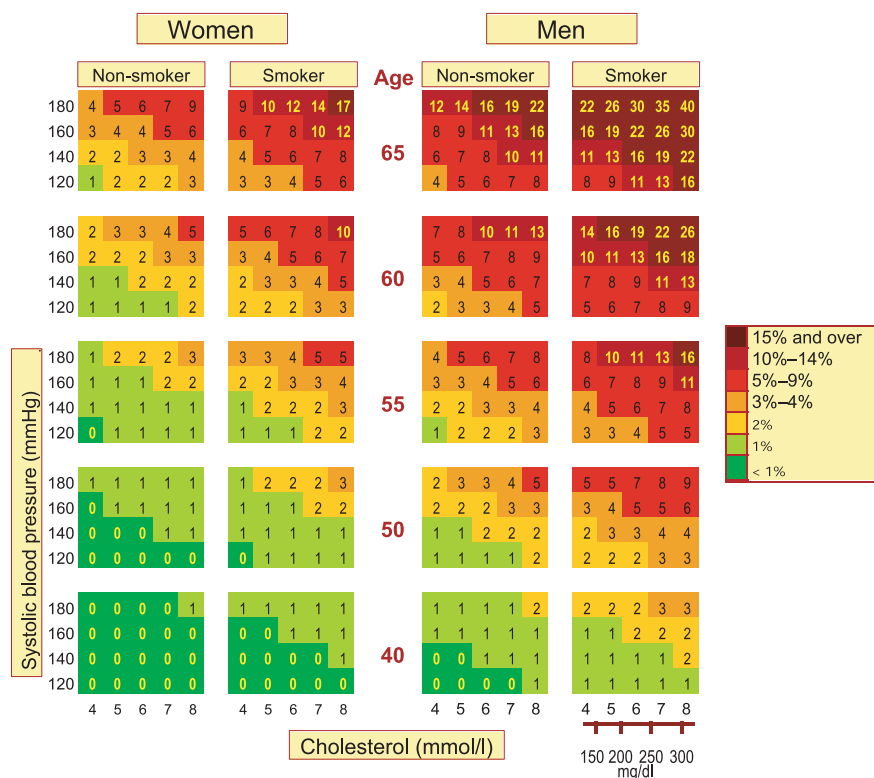
Precision

De angivna procentsiffrorna innehåller naturligtvis en del osäkerhet. Dels finns rimligen konfidensintervall (som inte anges), dels finns bortfall i de studerade populationerna, som inte säkert är slumpmässigt. Den skenbart exakta siffran måste därför tas med en nypa salt. När man sedan skall bedöma den enskilde individens riskbild måste förstås andra riskfaktorer som kan vara av stor betydelse beaktas (familjehistoria, fysisk inaktivitet, övervikt m.m.).

Hur ska risken värderas?

När är risken hög?

Heart Score använder sig genomgående av absoluta risktal. Det är mer relevant än relativa risktal när den enskilde indi- ▶▶



Figur 1. HeartScore-diagram, Sverige.

videns risk skall värderas – en riskminskning från 20 till 10 procent i absoluta tal är mer betydelsefull än en minskning från två till en procent även om den relativa riskminskningen i båda fallen är 50 procent.

European Society of Cardiology (ESC) har publicerat guidelines baserade på HeartScore (7). Ett flertal “European Societies” – däribland European Society of General Practice/Family Medicine – har anslutit sig till rekommendationerna. Där föreslår man att en absolut risk på 5% för kardiovaskulär död under den kommande 10-årsperioden bör utgöra interventionsgräns för medikamentell prevention. För personer i de lägre åldersintervallen (där risken för de flesta är låg) föreslås att man ska se vad risken skulle vara vid 60 års ålder om man har samma riskfaktorer för att stimulera personerna att försöka förbättra sin riskbild i framtiden.

Ett annat riskvärderingsinstrument – Riskscore

Det finns flera andra instrument för riskvärdering. Ett lättanvänt riskvärderingsprogram är Riskscore (<http://www.riskscore.org.uk/>), som har en annorlunda

konstruktion (8). Det baseras på åtta stora hypertoni-studier, som genomförts under 1980- och 1990-talet i Europa och Nordamerika, med drygt 47 000 deltagare. På samma sätt som i Score får man där en procentsiffra för risken för kardiovaskulär död, men för en kortare tid, den närmaste 5-årsperioden. Värdet relateras till den genomsnittliga risken för en person av samma kön och ålder och upplysning ges om vilka riskfaktorer som är viktigast att påverka. Förutom systoliskt blodtryck, kolesterolvärden och rökning tar Riskscore även hänsyn till om man har diabetes eller någon episod av hjärtinfarkt, stroke eller vänsterkammahypertrofi i sin sjukhistoria. Möjligheter finns också att ta hänsyn till serumkreatinin (som mått på njurfunktion) och kroppslängd (men inte vikt!). Fördelar med Riskscore jämfört med Score är dels att även personer med känd hjärtkärlsjukdom och diabetes kan bedömas, dels att data är något säkrare då patienter i studier följts upp noggrannare och bortfallet är mindre. En uppenbar nackdel är att data baseras på personer som ingått i studier och inte är helt representativa för ”vanliga” patienter pga exklusionskriterier, noggrannare

uppföljning m.m. Merparten av personerna i studierna som Riskscore baseras på har inkluderats därför att de bedömts ha behandlingskrävande hypertoni.

Hur användbart är Score i allmänmedicinsk vardag?

Score och även Riskscore har stort värde då de ger en välgrundad bedömning av olika riskfaktors betydelse för hjärtkärlsjukdom i ett epidemiologiskt perspektiv. Det är lätt att konstatera att rökning är den enskilt viktigaste riskfaktorn för hjärtkärlsjukdom och att den har särskilt stor betydelse för personer med hög risk av andra orsaker. Man kan också konstatera att skillnaderna mellan män och kvinnor är större än vad som avspeglas i klinisk praxis. Enligt Score har en man genomgående minst dubbelt så hög risk som en kvinna vid samma riskfaktorer. Med Score som grund borde betydligt färre kvinnor än män behandlas primärpreventivt för högt blodtryck och höga kolesterolvärden. En nyligen publicerad genomgång av behandling av hyperkolesterolemi har också visat att effekten av lipidsänkande behandling hos kvinnor är så gott som obefintlig när behandlingen riktas till kvinnor utan genomgången hjärtinfarkt, men däremot påvisbar till kvinnor med genomgången hjärtinfarkt (9).

ESC:s rekommendation om 5 procent risk för kardiovaskulär död under en 10-årsperiod som interventionsgräns förtjänar att diskuteras. Om man accepterar den bör i princip inga icke-rökande kvinnor under 60 år med systoliskt blodtryck under 180 mm Hg och kolesterol under 8 mmol/l behandlas med annat än råd om livsstilsåtgärder! Å andra sidan bör nästan alla icke-rökande män över 60 år med systoliskt blodtryck över 140 och kolesterol över 6 behandlas och alla rökande män över 60 år oavsett blodtryck och kolesterolvärden!

Resonemangen i ESC:s riktlinjer att projicera risken för yngre individer till 60 år är inte helt entydiga för hur man bör agera om man inte med livsstilsåtgärder kommer under 5 procent. Om man i så fall skall använda förebyggande mediciner finns en risk att en stor mängd

friska personer med ganska låg risk kommer att bli föremål för medikalisering med liten nytta.

Vi ifrågasätter om det är rimligt att använda 5% som gräns för riskintervention i alla åldrar. Rimligen måste man acceptera en högre gräns i högre åldrar med kortare förväntad återstående livslängd (t.ex. 10% över 60 år) om inte behandlingsinsatserna ska stjäla resurser från andra angelägna områden. Sådana resonemang har förts av bl.a. SFAM:s norska motsvarighet NSAM, som för några år sedan utformade egna riktlinjer för hanteringen av kardiovaskulär risk i allmänpraxis (10).

Score har i jämförelse med tidigare utformade riskberäkningsmodeller en större ambition att engagera patienten. I dataversionen HeartScore finns möjlighet att följa hur riskbilden förändras över tiden och man kan trycka ut råd om hur olika riskfaktorer kan påverkas. Formuleringarna i råden är de samma för alla som har systoliskt blodtryck över 140 eller kolesterol över 5 utan att ta hänsyn till om personen har låg eller hög risk. De blir därför ganska fyrkantiga och innebär att risken överdrivs för personer med lätt stegring av blodtryck eller kolesterol.

Man kan i HeartScore även se till vilken absolut risknivå den aktuella personen sänks om behandlingsmålen uppfylls. Därmed kan även ungefärligt NNT beräknas. NNT = number needed to treat anger hur många personer med samma risknivå som behöver behandlas under en viss tid (i detta fall tio år) för att en händelse skall undvikas hos en individ.) I ESC:s guidelines betonas vikten av livsstilsfaktorer redan innan man med ålder kommer upp i högre riskkategorier.

En underliggande tanke i att engagera friska personer med riskfaktorer är att människor utifrån en riskprognos är kapabla att fatta rationella beslut om sina livsstilsfaktorer. Så fungerar säkert många, men man måste också beakta faran att många som konfronteras med en uppgift att risken för kardiovaskulär död är X procent kan utveckla en hjärtneuros. Det är i alla händelser inte självklart att läkaren och patienten har

samma uppfattning om vilka åtgärder som är motiverade vid olika risknivåer.

Hur HeartScore kommer att fungera i klinisk vardag och hur väl programmet fungerar för att förutsäga kardiovaskulär risk har ännu inte hunnit prövas, men kommer troligen att studeras ingående de närmaste åren.

I bästa fall kan Score och HeartScore hjälpa personer med riskfaktorer att göra rationella val, som förbättrar prognosen för allvarlig sjukdom och lugna personer med låg risk, så att sjukvården kan styra sina resurser dit de är mest angelägna; till personer som redan är sjuka.

I sämsta fall kan verktygen bli instrument för obefogad oro och medikalisering av friska personer med låg risk till stor kostnad och liten nytta.

Sammanfattande bedömning

- Score och dataapplikationen HeartScore är troligen bättre instrument för kardiovaskulär riskvärdering på gruppnivå än de hittills använda.
- Det är en brist att de inte kan tillämpas för personer med känd hjärtkärlsjukdom eller diabetes, där preventiva åtgärder är särskilt angelägna. Det är likaså en brist att det inte kan tillämpas på personer över 65 år. Ett annat program – Riskscore – kan då vara ett alternativ.
- För användning i primärpreventivt syfte hade det varit önskvärt med ett effektmått som även beaktat icke-dödliga manifestationer av hjärt-kärlsjukdom.
- Viktiga riskfaktorer som är svåra att kvantifiera måste beaktas i bedömning av den enskilda individens risk.
- Bästa användningsområdet för Score och HeartScore anser vi är som beslutsunderlag i dialog mellan läkare och patient om någon form av intervention eller aktiv expektans är motiverade. Rätt använt bör rimligen en stor del av befolkningen kunna lugnas med att deras risk är låg.
- ESC:s riktlinjer för behandling, som baseras på Score är vi skeptiska till. Vi befärdar att rekommendationen att risken för unga personer skall projiceras till högre ålder, då risken är högre,

kan medföra medikalisering av friska personer till stor kostnad och liten nytta.

Jävsdeklaration: Samtliga författare är medlemmar i SFAM.L (rådet för läkemedelsterapi). Jan, Anders och Peter arbetar i läkemedelskommittéer. LO är medicinsk chef vid Infomedica.

Jan Håkansson,
jan.hakansson@jll.se
Anders Hernborg, LO Hensjö,
Peter Rosenberg, Rolf Wahlström,
Robert Svartholm

Referenser

1. Wood DA, De Backer G, Faergeman O et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.
2. Pyörälä K. Assessment of coronary heart disease risk in populations with different levels of risk. *Eur Heart J* 2000;21:348-50
3. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
4. Wilhelmsen L, Berglund G, Elmfeldt D et al. The multifactor primary prevention trial in Göteborg, Sweden. *Eur Heart J* 1986;7:279-88.
5. Wilhelmsen L, Wedel H, Conroy R, Fitzgerald T. Det svenska SCORE-diagrammet för kardiovaskulär risk. *Läkartidningen* 2004;101:1798-1801.
6. Anonymous (The BIRNH Study Group) Regional differences in dietary habits, coronary risk factors and mortality rates in Belgium. Design and methodology. *Nutrition and health: an interuniversity study. Acta Cardiol* 1984;39:285-92.
7. DeBacker G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-10.
8. Pocock SJ, McCormack V, Gueyffier F, Bouillon-Buonafina F, Fagard RH, Boissel JP. A Score for Predicting Risk of Cardiovascular Death in Adults with Elevated Blood Pressure. *BMJ* 2001;323:75-81.
9. Walsh JME, Pignone M. Drug treatment of hyperlipidemia in women. *JAMA* 2004;291:2243-52.
10. Meland E, Ellekjaer H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell förebyggning av hjerte- og karsykdommer I allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:2643-7.

Kan Score ersätta en erfaren och kunnig klinikers bedömning?

Som ett komplement till den värdering av Score som SFAM-L gjort har redaktionen bätt Mai-Lis Hellenius göra en kommentar. Mai-Lis har som allmänläkare mångårig erfarenhet av preventivt arbete och förestår numera Livsstilsenheten vid Centrum för allmänmedicin Stockholm.

Att försöka skatta den totala risken för kardiovaskulär sjukdom hos en patient är en svår uppgift som de flesta allmänläkare ställs inför varje dag. Ett stöd för beslut om vidare utredning, behandling och uppföljning skulle förstås vara till stor hjälp. Instrument som Score och andra liknande har dock flera begränsningar i klinisk vardag och flera av dessa belystes i ovanstående artikel. Tyvärr tar det tid att ta fram nya och bättre instrument för riskvärdering och riskfaktormönster i befolkningen förändras kontinuerligt.

Risikfaktorer som fysisk inaktivitet och bukfetma har sannolikt ökat i betydelse och en familjär ansamling av tidig kardiovaskulär sjukdom har alltid varit en tung riskfaktor. Inga av dessa faktorer finns med i de aktuella instrumenten. Den ansamling av riskfaktorer man ser i det metabola syndromet – övervikt/bukfetma, höga triglycerider, låga HDL nivåer, små täta LDL partiklar, postprandiell hyperlipidemi, insulinresistens, glukosintolerans, nedsatt fibrinolys etc. – är enligt flera nya stora prospektiva studier starkt kopplad till ökad risk för insjuknande i kardiovaskulära sjukdomar. Det metabola syndromet låter sig dock kanske inte fångas i ett riskvärderingsinstrument som Score. Möjligen är ett enkelt midjemått en bättre riskindikator?

Nya stora prospektiva studier visar också att halterna av apolipoprotein B och A eller kvoten ApoB/ApoA är en bättre riskindikator än total kolesterol eller LDL kolesterol (1,2). I den nyligen publicerade INTERHEART-studien, en fall-kontrollstudie med 15 152 fall av en första hjärtinfarkt och 14 820 ålders och könsmatchade friska kontroller från 52 länder världen över, visades också förhöjd ApoB/ApoA kvot vara bästa blodfettmarkör. I samma studie fann man nio faktorer som var signifikant kopplade till risk för hjärtinfarkt. Rökning, hög ApoB/ApoA kvot, hypertoni, diabetes, bukfetma och psykosocialstress var signifikant förknippade med en ökad risk, medan dagligt intag av frukt och grönsaker, regelbunden fysisk aktivitet och en regelbunden alkoholkonsumtion var kopplade till en minskad risk (3). Dessa faktorer förklarade tillsammans drygt 90% av alla insjuknanden och gällde för både män och kvinnor, alla åldrar och i alla delar av världen. Kanske kan den kloka allmänläkaren bättre skatta

risken med ett samtal om livsstil, genom att mäta blodtryck och midjemått samt att ta blodprov för analys av blodsocker och apoproteiner?

1. Walldius G, Jungner I, Holme I, Aastveit AH, Kolar W, Steiner E. High apolipoprotein B, low apolipoprotein A-I, and improvement in the prediction of fatal myocardial infarction (AMORIS study): a prospective study. *Lancet*. 2001;358:2026-33.
2. Sniderman AD, Furberg CD, Keech A, Roeters van Lennep JE, Frohlich J, Jungner I, Walldius G. Apolipoproteins versus lipids as indices of coronary risk and as targets for statin treatment. *Lancet*. 2003;361:777-80.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.

Mai-Lis Hellenius
docent, Centrum för Allmänmedicin,
Huddinge
Mai-lis.hellenius@klinvet.ki.se

Vad är carcinoid?

Informationsdag om den endokrina tumörsjukdomen som är expert på att imitera andra sjukdomar. För läkare, vårdpersonal och andra intresserade.

Fred 4 febr 2005 kl 9 – 18

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Innehåll: Symptom/diagnostik, behandling, forskning m m.

Medv: behandlande läkare Håkan Ahlman, Bo Wängberg, Lars Kölby, Ola Nilsson, Eva Forssell-Aronsson. Dietister, vårdpersonal m fl. Skådespelaren **Tom Deutgen** från Borås Stadsteater ger en monolog om bemötande i vården. *Avgift:* 150 kr inkl lunch och kaffe. *Frågor:* info@carcinoid.se Läs mer på: www.carcinoid.se



Arr: Endokrinkirurgiska enheten vid SU och patientföreningen Carpa

ANNONS

ANNONS

Osäkra "sjukdomar" – dilemman och möjligheter

På grund av komplicerade symtombilder, oklar etiologi, osäker prognos samt svårigheter att behandla kännetecknas sjukvårdens handläggning av patienter med kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi av stor osäkerhet. Pia Åsbring har studerat hur berörda patienter och deras läkare upplever dessa problem.



Pia Åsbring

A vhandlingen [1] skildrar den subjektiva verklighet som beskrivs av kvinnor med kroniskt trötthetssyndrom (KTS) eller fibromyalgi och av deras läkare (med varierande specialiteter). Sjukdomarna kan ha betydelse för individens hela liv. Till följd av sjukdomen kan ett biografiskt brott uppstå i individens identiteter, framför allt avseende socialt liv och arbete. Deltagande i aktiviteter kan försvåras och ett aktivt liv förbytas ett passivt. Ensamstående drabbas särskilt hårt. Identiteter omdefinieras i förhållande till det förflutna, nuet och framtiden. Tidigare aktiviteter och intressen ersätts med nya och det vardagliga livet omorganiseras. De flesta hade påbörjat en process, där de fått nya insikter och omvärderat det liv de tidigare levde. Flera beskrev en större integritet och minskat livstempo. Några försökte i stället vidmakthålla sina tidigare identiteter.

Ifrågasatt trovärdighet (och därmed moralisk karaktär), psykologisering samt diagnosens karaktär upplevdes stigmatiserande. Vid diagnostillfället flyttades stigmatiseringens fokus från person till diagnos, vilket inte upplevdes lika stigmatiserande. Att hålla distans till andra, dölja sjukdomen utåt samt undanhålla information om sjukdomen var strategier för att undvika att bli stigmatiserad. Att sprida information om sjukdomen

var en strategi som användes för att öka förståelsen för patientgruppen.

Kvinnorna sökte kunskap för att finna orsaker till sina besvär och för att kunna planera vårdprocessen. Efterhand beskrev sig flera som kunniga på sin sjukdom och på att söka vård. Många behövde ta ett stort eget ansvar, vilket upplevdes betungande. Ofta ansåg sig kvinnorna kunna påverka vårdgivarna (i synnerhet läkarna) att agera enligt deras önskemål. För att få inflytande, behålla sin värdighet och integritet samt känna kontroll över situationen kunde olika maktstra-

"Många av kvinnorna ansåg att läkarna drog en skarp gräns mellan kropp och själ, vilket gjorde att de kunde ifrågasätta läkarnas kompetens."

teger ibland behövas. Strategierna var sorti, non-compliance, konfrontation, övertalning/enträgenhet, att ställa krav och demonstrativt avståndsstagande.

En stor del av sjukvården präglas av synsätt som kan ge problem i mötet med dessa patienter. Det finns en skepsis avseende besvär som inte objektivt kan verifieras och som inte syns utåt. Läkarna hade svårt att avgöra om patienterna var

sjuka eller om de simulerade, varför patienternas arbetsmoral kunde ifrågasättas. En diskrepans kunde uppstå mellan läkarnas idealbild av sin yrkesfunktion och den verklighet de mötte, vilket kunde medföra negativa känslor. Ideal och verklighet kunde också mötas då läkaren ställt diagnosen eller givit patienten ett långvarigt stöd och denne visat tacksamhet. Läkarkoncentrerade strategier användes för att förhindra känslor av frustration och otillräcklighet hos läkaren och patientfokuserade främst i syfte att hjälpa patienterna.

Många av kvinnorna ansåg att läkarna drog en skarp gräns mellan kropp och själ, vilket gjorde att de kunde ifrågasätta läkarnas kompetens. Osäkerheten om sjukdomarna bidrog till att omhändertagandet kunde skilja sig åt beroende på vilken läkare patienten råkade komma till. Studien visar också att läkarna kunde bedöma patienterna och deras sjukdomar moraliskt och patienterna kunde bedöma läkare på motsvarande sätt. Dess-▶▶

utom ville kvinnorna inte bli betraktade som problematiska patienter som söker hjälp upprepade gånger, varför de kunde dra sig för att söka vård eller söka olika läkare. Läkarna kunde uppleva det frustrerande med patienter som söker flera gånger för samma sak utan att de upplevde sig kunna göra så mycket. Båda parter beskrev således samma situation som besvärande.

Personer med KTS och fibromyalgi kan bli erfarna patienter. Läkare inte har samma kunskapsövertag i förhållande till välinformerade patienter som till andra. Med en patientfokuserad vårdrelation har patienten mer kontroll i interaktionen, men också större eget ansvar för sin situation. Maktstrategier uppstod ofta som en konsekvens av skilda uppfattningar hos patienter och

läkare. Det är viktigt att ta reda på hur patienterna definierar sin situation, så att missförstånd och konflikter kan undvikas. Resultaten visar också att det finns en risk att dessa patienter inte åtnjuter sjukrollens rättigheter, såsom att bli sjuk-skrivna, i synnerhet innan diagnosen är fastställd. Dessutom finns en risk för att de inte förväntas sträva efter bot. Många av kvinnorna var kritiska till att läkarna inte försökte hjälpa dem att finna en väg ut ur deras lidande.

Den osäkerhet som finns kring KTS och fibromyalgi samt bristen på yttre tecken på besvär hos patienterna kan bidra till problem för både patienter och läkare. Bägge parter beskrev dilemman men också handlingsmöjligheter för att bemästra situationen och uppnå kontroll. Det är viktigt att fokus även riktas mot

patienternas egna erfarenheter och att ta reda på hur de definierar sin situation. Det är också en fördel att anlägga ett helhetsperspektiv på problematiken. Att visa patienterna respekt och ge dem stöd att hantera sin situation är väsentligt.

Referenser

1. Åsbring P. Osäkra 'sjukdomar' – dilemman och möjligheter. Kvinnliga 'patienters' och läkares erfarenheter av kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi [avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2003.

Ytterligare referenser kan rekquireras från författaren.

Pia Åsbring

med dr, utredare/forskare inom Enheten för psykisk hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting
pia.asbring@smd.sll.se

Nyhet! En enklare start med ny Zoloft®-förpackning
(sertralin)



ELIXIR S-03-ZOL-032

Skriv Zoloft 25 mg + 50 mg på receptet när du ordinerar Zoloft till dina patienter med tvångssyndrom, paniksyndrom, PTSD eller social fobi.

Zoloft 25 mg + 50 mg är en startförpackning som täcker in de fem första veckorna av behandlingen. Den första veckan doseras Zoloft 25 mg dagligen, resterande veckor 50 mg dagligen. Det är bara för dina patienter att följa veckodagsmarkeringarna i pilens riktning.

Zoloft är effektivt och vältolererat, vilket medger en god följsamhet.¹⁻⁶ Med Zoloft har du därför goda förutsättningar att uppnå ett gynnsamt behandlingsresultat, även på lång sikt.

Zoloft®
(sertralin)
Effektivt – även på lång sikt



VÄRLDSLEDANDE INOM LÄKEMEDELSFORSKNING

PFIZER AB BOX 501 183 25 TÄBY TEL 08-519 062 00 FAX 08-519 062 12 www.pfizer.se

REFERENSER: 1. Lundborg PD, et al. Br J Psychiat 1998; 173: 54-60. 2. Greist JH, et al. Int Clin Psychopharmacol 1995; 10: 57-65. 3. March JS, et al. JAMA 1998; 280: 1752-56. 4. Brady K, et al. JAMA 2000; 283: 1837-44. 5. Humble M, et al. Br J Psychiat 2001; 179: 23-30. 6. Doogan DP, et al. Br J Psychiat 1992; 160: 217-22. INDIKATIONER: Egentlig depression med melankoli, djupa eller långvariga depressioner utan melankoli. Vid tillfredsställande svar kan Zoloft ges förebyggande mot återfall eller nya episoder med depression. Tvångssyndrom hos vuxna och barn över 6 år. Paniksyndrom med eller utan agorafobi. Posttraumatiskt stressyndrom. Social fobi. FÖRPACKNINGAR: Tabletter 25 mg, 28 st och 98 st, 50 mg (med brytskåra) och 100 mg, 28 st och 98 st (tryckpack), 50 x 50 mg (endos), 200 x 50 mg (burk), oral lösning 20 mg/ml, 60 ml (flaska med graderad pipett). För vidare information, se fass.se

Rapportserie från Qulturum

Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping ger ut en rapportserie, som kan vara av intresse även för er som arbetar i andra landsting. Rapporterna kan beställas eller skrivas ut från hemsidan www.lj.se/fouenheten, där man också kan se vilka vi är och vad vi arbetar med. Vi blir glada om ni tar kontakt med oss! En glad nyhet är att Sigvard Mølstad blivit professor i allmänmedicin knuten till Linköpings universitet. Här några av de senaste rapporterna.

2003:3 Läkemedelsförskrivning – patriarkalt eller demokratiskt beslut? Utvärdering av ett hjälpmedel för att skapa ökad delaktighet.

Rapporten beskriver hur ett hjälpmedel inför läkarbesöket utformats och värderats av patienter och doktorer vid vårdcentraler och en medicinklinik. Inför ett urval av planerade läkarbesök har patienterna fått ett brev med ”7 frågor om läkemedel”, som handlar om prioritering (vilka läkemedel är viktigast), alternativ till läkemedel, provförpackning, nya läkemedels ofta bristfälliga dokumentation, interaktioner, hur uppföljningen kan ske samt att särskild observans behövs med läkemedel som ges i förebyggande syfte. Förslag lämnas på praktiska vägar att gå om ”de 7 frågorna” ska implementeras på en vårdcentral och vilka patientgrupper som i första hand bör bli aktuella. Resultaten antyder att patienterna i högre grad än läkarna tycker att ökad delaktighet är viktigt i valet av behandling!

2003:4 Det är inte farligt att pröva! Om utsättning av långtidsbehandling av SSRI-preparat hos äldre.

Av de patienter som blev föremål för omprövning av behandlingen bedömdes utsättning medicinskt motiverat hos c:a 75%. Utsättningen lyckades hos två tredjedelar av dessa, vilket innebär att hälften av patienter som haft långvarig SSRI-behandling kunde avsluta behand-

lingen utan att bli sämre under 2 månaders observationstid.

Det är svårt att i förväg veta vilka som klarar att avsluta behandlingen. De flesta klarar att sluta utan problem. I några fall krävdes tät kontakt och mycket stöd för att utsättningen skulle lyckas. En sjuksköterskekontakt bedöms i dessa fall vara mycket värdefull.

2003:5 Fler öron i vården! Hur telefontillgängligheten till vårdcentraler förbättrades.

Telefontillgängligheten till vårdcentralernas rådgivningssköterskor förbättrades markant. Det uppsatta målet – att 90% av de som ringer skall komma fram på första försöket och inom 3 minuter – som många till en början upplevde som en utopi, nåddes av flera vårdcentraler och det stora flertalet är nära. Fler samtal rings till vårdcentralerna nu när tillgängligheten förbättrats. Fler patienter tas om hand dagtid på vårdcentralerna och färre söker på jourcentralen och sjukhusets akutmottagningar. Vi anser att vår metod, utan att kosta mer, bättre marknadsför vårdcentralen som första instans vid sjukdom och är bättre ur patientperspektivet jämfört med central sjukvårdsupplysning och tekniska telefonpassningssystem. Om förbättringarna skall bli bestående är det viktigt att ledningen fortsätter att fokusera på telefontillgängligheten genom att ständigt framhålla att detta är en av vårdcentralernas viktigaste uppgifter. Det är också viktigt att fortsätta att mäta och följa upp hur man lyckas och att uppmärksamma goda resultat.

2004:2 Jourcentral på sjukhus eller på vårdcentral?

Utvärdering av flyttningen av Jönköpings jourcentral från sjukhusets akutmottagning till vårdcentralen Hälsan 2002.

Antalet läkarbesök har minskat på jourcentralen med c:a 30% och på akutmottagningen med 4%. Kostnaderna på års-



basis har minskat med 3 miljoner kronor. Kortare öppethållande och lägre bemanning minskade lönekostnaderna med 2 miljoner. Övriga kostnader minskade med 1 miljon. Mest anmärkningsvärt är att röntgenkostnader minskade 70%, eftersom denna besparing inte tycks dyka upp i andra delar av vården. Personalen upplever klart bättre arbetsmiljö och bättre arbetstider. Det finns inte längre några problem att rekrytera personal. För patienterna har väntetiderna blivit kortare till följd av att de flesta ringer före besök och att vårdbehoven i större utsträckning går att tillgodose med egenvårdsråd eller styrning till dagtid på vårdcentral. Telefontillgängligheten har förbättrats och patientklagomålen på jourcentralen har blivit betydligt färre, medan klagomålen på akutmottagningen ökat. Den viktigaste fördelen med utflyttad jourcentral är primärvårdens möjlighet att formulera sin egen policy. Primärvårdens egna sjuksköterskor, med hög kompetens och förståelse för primärvårdens villkor, sköter sjukvårdsupplysning och prioritering. Förväntningar och sökmönster hos patienterna förändrades överraskande snabbt. Primärvården blev plötsligt även under jourtid tydlig för befolkningen och samverkan med specialistsjukvården blev bättre.

Kjell Lindström
FoU-chef, distriktsläkare
kjell.lindstrom@lj.se

ANNONS

Fångarna i Primärvården

Allmänmedicin blir primärvårdsmedicin

Primärvården har problem. Nationella handlingsplanen fullföljs inte. Vi är nu färre allmänläkare i tjänst (c:a 3600) än när det nya seklet började (c:a 4200). Inom några landsting görs upprepade neddragningar, vilket gör bemanningsmålen än mer avlägsna. En sådan vankelmodighet är ingen upplyftande signal till alla de unga läkare som nu utbildar sig till allmänläkare.

Att primärvården har problem är ingenting nytt. Den har i själva verket alltid haft problem, mer buren av provisorier och förhoppningar än tydliga framgångar, och därför också i hög grad ifrågasatt. Primärvårdssatsningen i slutet av 60-talet var redan den ett svar på provinsialläkaryrdens sammanbrott, och allt sedan dess har drivande allmänläkare knackat dörr hos beslutsfattare för att lösa de kriser som med årtidernas obönhörlighet återkommit.

Primärvårdens problem är allmänmedicinens problem. De uppenbara bristvarorna har varit tillgänglighet och kontinuitet hos allmänläkarna. Men allmänmedicin och primärvården är inte varandras speglar. Allmänmedicinens problem är också primärvården som sådan. I primärvården avleds uppdraget från den personliga relationen till patienterna till att bli konturlös primärvårdsmedicin, utövad av alla och ingen. Det är ingen slump, att AT-tjänstgöringen i allmänmedicin ofta kallas "distrikt". Klangen av periferi och organisation överröstar den möjliga och särskilda yrkeskunskapen. Originaliteten i allmänläkaryrket skymms av alla andra uppdrag än det genuina – den personliga läkarens.

När allmänmedicin blir primärvårdsmedicin, anpassas den till organisationens drivkrafter och behov. Anpassningen blir synlig vid primärvårdens gräns mot befolkningen, i förhållandet



Montage: Gunnar Brink

mellan yrkesgrupperna, i avvägningen mellan person och sjukdom och i förhållandet mellan professionen och primärvårdens ledning. Följdriktigt har primärvårdsmedicinens fyra tydliga ingredienser; förstalinje-, team-, sjukdoms- och organisationsmedicin.

Förstalinjemedicin – gränsen mot befolkningen

När allmänmedicin, i ett organisatoriskt perspektiv, framför allt ses som den första linjens medicin, är huvuduppgiften att filtrera sjukvårdsfrågan. Enklare medicinska problem handläggs medan ett anrikat och kvalificerat patientmaterial leds vidare till sjukhusen. Effektiviteten i första linjens medicin avläses framför allt som avlastning av sjukhusen. I detta perspektiv har allmänmedicin inget tydligt eget ändamål. Den förlorar därför den egna kunskapen ur sikte och kan följdriktigt inte heller odla någon sådan kunskap.

Teammedicin – förhållandet mellan yrkesgrupperna

I allmänmedicin som teammedicin är arbetslaget den egentliga vårdgivaren.

Vem som helst kan leda verksamheten, eftersom uppdraget är lika synligt för alla i teamet. Denna teamfilosofi skiljer inte på det arbetslag som alla arbetsplatser behöver och teamet som ett systematiskt samarbete mellan experter för att nå den högsta nivån av kompetens. I själva verket löser en allmänläkare de allra flesta problem på egen hand tillsammans med patienten eller genom att remittera till specialistbedömning, precis som sjukgymnasten eller distriktssköterskan löser de flesta av sina. I jämförelse med till exempel en kirurg är allmänläkarens ensamarbete omfattande. När allmänläkaren gömmer sig i nivellering, blir han eller hon en remissinstans i den egna organisationen och drar sig tillbaka från den primära kontakten med de människor som söker. Utan personlig kontakt överges det omedelbara ansvaret inför patienterna. I arbetslaget krymper i samma slag allmänläkarens auktoritet, eftersom den är grundad i relationen till patienten.

Sjukdomsmedicin – avvägning mellan människa och sjukdom

I primärvårdsmedicin behandlas framför allt sjukdomar. Specialisering på ►►

sköterskenivå inom allt fler områden, prioriteringar utifrån sjukdomsgrupper, vårdprogram och sjukdomskampanjer, där impulserna ensidigt kommer från den specialiserade medicinen är några exempel. Allmänläkaren tilldelas särskilda uppgifter som att ordinera undersökningar och förskriva mediciner i en glesnande relation till patienten där andra har initiativet. Ju mer sällan allmänläkaren träffar sina patienter, desto effektivare bedöms vården vara. I sjukdomsmedicinsk anda anammats också behandlingsprinciper baserade på epidemiologisk forskning, vilket innebär att många människor tar mediciner till stora kostnader och med mycket begränsade hälsovinster. I detta skeende överges patienten för sjukdomen. Kohorten och mätvärdena och inte den enskilda människan med sina upplevelser, funderingar, viljor och behov, blir det intressanta.

Organisationsmedicin – förhållandet till ledningen

Organisatoriska varianter, ofta med ideologiskt och ombytligt innehåll, tros på avgörande sätt reformera primärvården och därmed vårdens innehåll och kvalitet. Det allmänmedicinska yrkeskunnandet uppfattas snarast som ett störande element i dessa förändringssträvanden. Att anpassa verksamheten till alla administrativa nyordningar tar kraft och tid. Allmänläkarnas utvecklingsreserver försvinner i inre tjänst i organisationen, istället för att föra allmänmedicinen framåt. Professionen förlorar initiativ, inte bara i sammanträdesrummen, utan också i mottagningsrummet. Organisationens utseende med team, vårdlag, områdesansvar, förebyggande arbete mm, dominerar ledningens dagordning och ändras dessutom ständigt. Patientens behov av en personlig kontinuerlig läkare negligeras.

Allmänläkaren i Ingenmansland

De flesta svenska allmänläkare befinner sig nu i ett ingenmansland mellan en sköterskelinje och sjukhusen, där specialiteten är uppdraget för dagen, varken mer eller mindre. Lobbying och lagar har inte förslagit i försöken att skapa en

plattform för den personliga läkaren som allmän nytthet för Sveriges medborgare. En sådan läkare har helt enkelt aldrig passat in i den svenska sjukvårdsmodellen. Vi tror därför inte att det räcker med ännu mer lobbying. Vi är inte ens säkra på att det finns någon lösning. De allmänläkare som vill arbeta som personliga läkare måste vända primärvården ryggen, tacka för sig och fokusera på patientarbetet – kärnan i uppdraget. Primärvårdsmedicinen kan byråkrater, sjuksköterskor och specialistkollegor få sköta själva.

Vi tror att det är nödvändigt att de allmänläkare, som vill vara personliga läkare för sina patienter, själva söker former för sin yrkesutövning. I detta kan de behöva finna inspiration och idéer hos varandra i en gemensam aktion för allmänmedicin. I det följande vill vi föreslå en idégrund för en sådan aktion och samtidigt inbjuda till ett konkret samarbete kollegor emellan. Utgångspunkten är att allmänmedicinen är en odelbar helhet av kompetens, arbetssätt och organisation.

Kompetensen

Det stora flertalet av bedömningar av störande och hotfulla kroppsupplevelser gör människorna själva, ensamma eller med hjälp av andra. Förmågan är framför allt intuitiv. Den är långt ifrån ofelbar men räcker ändå ganska långt och den verkar generellt inte stärkas av mer information och kunskap. Allmänläkare imponeras av patienters pålästhet, men noterar samtidigt att behovet att söka finns kvar. Primärvården är inte den första linjen utan den finns redan där ute bland människorna som deras tillgångar och tillkortakommanden. Patienten som söker har i allmänhet vägt för och emot innan sitt beslut att konsultera en läkare. Allmänläkaren bjuds in till att lyssna, undersöka och göra sin bedömning i förhållande till patientens egen och diskutera åtgärder, allt i dialogens form. Här ges chansen att identifiera och tillvarata patientens förmåga i såväl bedömning som handling och läkning. Majoriteten av de problem som avhandlas kräver inte andra medicinska insatser än denna första

konsultation. Allmänläkarens kunskap och förhållningssätt i dessa vardagliga möten har stor betydelse. Om till exempel intresset är ensidigt inriktat på möjliga sjukdomar, blir patienterna benägna att hand i hand med sin läkare ta fasta på sin oförmåga. I förlängningen ser vi stora ökningar i sjukvårdsefterfrågan och därmed i uteslutningsdiagnostisk aktivitet, onödigt behandling och destruktiva sjukskrivningar.

Å andra sidan ligger i människornas egen kompetens också att innerst inne ofta veta när de verkligen är sjuka. Allvarliga diagnostiska misstag kan göras när läkare brister i den kroppsliga lyhörddhet som ligger utanför varje diagnosschema.

Expertkunnandet som konsult vid den första linjen handlar om förmågan att leva sig in patientens upplevelser och sätt att resonera, och att sedan i åtgärderna söka sig fram till en ansvarsfördelning som tillgodogör sig patientens resurser fullt ut. För att expertkunnandet ska få legitimitet och verkan, behöver allmänläkaren dessutom ha sjukdomskunskaper i stor bredd och rimligt djup, och förmågan att tillämpa dem i samförstånd med patienten i diagnostik, prevention och behandling. Ju bredare kunskapen är, desto större blir kontaktytan med människorna och deras familjer, och därmed den ömsesidiga kännedomen mellan patient och läkare. Vad det än handlar om, från en krusning i välbefinnandet till en dödlig sjukdom, är det patient – läkarrelationen som bär det kliniska arbetet. Relationens bärighet bestämmer i hög grad det utbyte patienten får.

Arbetsättet

Kompetensen bestämmer naturligtvis arbetsättet. Det är svårt för en kirurg att operera utan kniv. Lika svårt är det för allmänläkaren att utföra sitt tolkningsarbete vid den första linjen, om hon av olika organisatoriska filter hindras att nå dit. Den patient som meriterat sig för ett besök på en svårtillgänglig mottagning säger inte samma sak, som den som yppar sin första oro för sin läkare. Tillgängligheten till den personliga läkaren, per telefon och på mottagningen, är själva grunden i utövandet av allmänmedici-

nen. Den ger automatiskt den personliga kontinuiteten, som är den nivå av kontinuitet som krävs för att en patient ska uppleva sig ha en personlig läkare, och som skapar en slitstark relation. Tillgängligheten är inget servicepåfund. Påtagliga begränsningar, annat än som kortvariga nödlösningar, driver allmänmedicinen in i primärvårdsmedicinen.

Hembesök är en viktig del i arbetet som personlig läkare. Förutom att det är till stor praktisk fördel i många situationer, ger det en oersättlig kunskap om patienten och hennes närmaste livsmiljö.

Personlig läkare och familjeläkare är i den optimala situationen synonyma. Barnhälsovård för barnen på den egna listan har därför hög prioritet. Allmänläkaren bör också kunna erbjuda sina kvinnliga patienter kompetenta bedömningar inom den basala gynekologin och också ställa upp inom mödrahälsovården, där ett allmänmedicinskt perspektiv ofta är mycket gångbart.

Till arbetssättet hör att hela tiden sträva efter balansen mellan läkarens och patientens ansvar. Till exempel ska mångbesökande och krävande patienter ses som en professionell utmaning, och inte som ett organisatoriskt problem. En allmänläkare får aldrig bättre belöning för sitt arbete, än när en sådan person börjar klara av saker på egen hand, eller får rimlig proportion på sina förväntningar.

Organisationen

Allmänläkarens klinikorganisation bör vara just organisk, det vill säga göra det möjligt för allmänläkaren att på enklaste sätt utöva sitt kunnande. En sådan organisation utvecklar också kompetensen maximalt, eftersom koncentrationen kan ägnas åt arbetet när den inte ideligen skingras av administrativa störningar. Det finns ingen enskild modell som alla allmänläkare omedelbart kan tillägna sig. Det viktigaste är att läkaren genom organisationen har inflytandet över sin yrkesutövning. Med det inflytandet skapas också utrymme för enskild läkares personliga stil och rytm. Det är svårt att skapa en bärande relation till patienten i en ständig känsla av ofrihet. Patienternas

behov och kollegiala hänsyn sätter gränserna för det individuella svängrummet inom de ramar ersättningsystemet ytterst ger. Idealet är att läkaren är direkt anställd av sina patienter, och inte anställd av någon organisation.

Den organisatoriska basen är den egna mottagningen med de medarbetare som behövs för att förverkliga den personliga och breda allmänmedicinen för en definierad grupp innevånare. På en grupp mottagning samordnar kollegor sitt arbete, men det är viktigt att den enskilda läkarens ansvar för delen finns kvar i den gemensamma helheten. Uppdraget i förhållande till patienterna är ett ansvar i organisationen. Prioriteten och måste alltid ges till patienterna.

En organisation som tar sin utgångspunkt i patienternas behov och lagliga rättigheter kännetecknas av;

- Möjligheten att välja sin egen allmänläkare
- Ett kontrakt mellan parterna d.v.s. – listning
- Erbjudande om mödra- och barnhälsovård
- Kontinuitet och tillgänglighet

Den självständiga allmänläkare som har gott förtroende hos sina patienter blir en attraktiv samarbetspart för distriktssköterskor och barnmorskor, sjukhuskollegor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och primärkommunen. Alla vill ju erbjuda en bra hälso- och sjukvård som är anpassad till den enskilda människans behov. Om den viljan förstärks till att bli ett tydligt ansvar för uppgiften blir organisationen mindre självupptagen och i stället blir patienten synlig. Att allmänläkare i handling hävdar rätten att utöva sitt yrke som personliga läkare är därför en mycket angelägen reform. Den hämtar sin kraft direkt ur mötet med patienten. I detta skiljer den sig från flertalet av de organisationsförändringar primärvården genomlevt sedan husläkarförsöket.

Eva Jaktlund, Ånge
Bengt Mattsson, Göteborg
Carl Edvard Rudebeck, Västervik
Göran Sjönell, Stockholm
Mikael Stolt, Stockholm

Seminarium 8–9 mars 2005 på Bergendal kurs & konferens

Den personliga allmänmedicinen är helheten kompetens, arbetssätt och organisation. Denna idégrund behöver diskuteras vidare, konkretiseras och framför allt illustreras med praktiska exempel. Redan finns allmänläkare i vårt land som söker egna vägar. Vi inbjuder till därför till ett seminarium på Bergendal kurs & konferens, www.bergendal.se, i Sollentuna utanför Stockholm 8–9 mars 2005 under rubriken "Att vara personlig läkare – kompetens, arbetssätt och organisation"

Innehållet har följande huvudrubriker:

- Att vara personlig läkare – personliga (i dubbel bemärkelse) erfarenheter
- Kompetens och ideologi
- Arbetssätt – att omsätta kompetensen i vardaglig praktik
- Den inre organisationen samt samarbete med andra vårdgivare
- Den yttre organisationen: Privat/Offentligt, ersättningsystem, listor, grindvakt, Lagen om offentlig upphandling
- ST-utbildningen och den personliga läkaren
- Hur ska vi gå vidare?

Kostnaden för helpension blir ca 2000 kr, vilket inkluderar konferenslokaler. Vi räknar inte med att behöva ta ut någon avgift, vilket vi hoppas gör att intresserade vid behov kan ta kostnaderna ur egen ficka. Seminariet kommer dock att ha ett tydligt allmänmedicinskt utbildningsvärde.

För att vi ska få en uppfattning om det preliminär intresset ber vi dig skicka din intresseanmälan till:

goran.sjonell@kvam.nu
senast 15 december 2004.

Väl mött!

ANNONS

Att agera i vården

- allmänläkarens olika intressentkrav

- patientens krav på vårdkvalitet
- samhällets krav på kostnadseffektivitet
- sjukvårdsadministrationens krav på verksamhetsstyrning

Samhällets ständigt ökande krav på effektiv sjukvård sätter press på den organisatoriska utvecklingen inom vården. Dessutom är det tydligt att allmänläkaren tvingas balansera alltmer av förväntningar och krav från olika intressenter såsom patienter, personal, administrativ ledning och politiker. Som kontrast till det organisatoriska top-down-synsättet har vi studerat allmänläkarens möjligheter att hantera kraven på vårdkvalitet, tidseffektivitet och resursåtgång när det samtidigt är ont om tid, pengar och allmänläkare.

Styr allmänläkaren patienternas behandling?

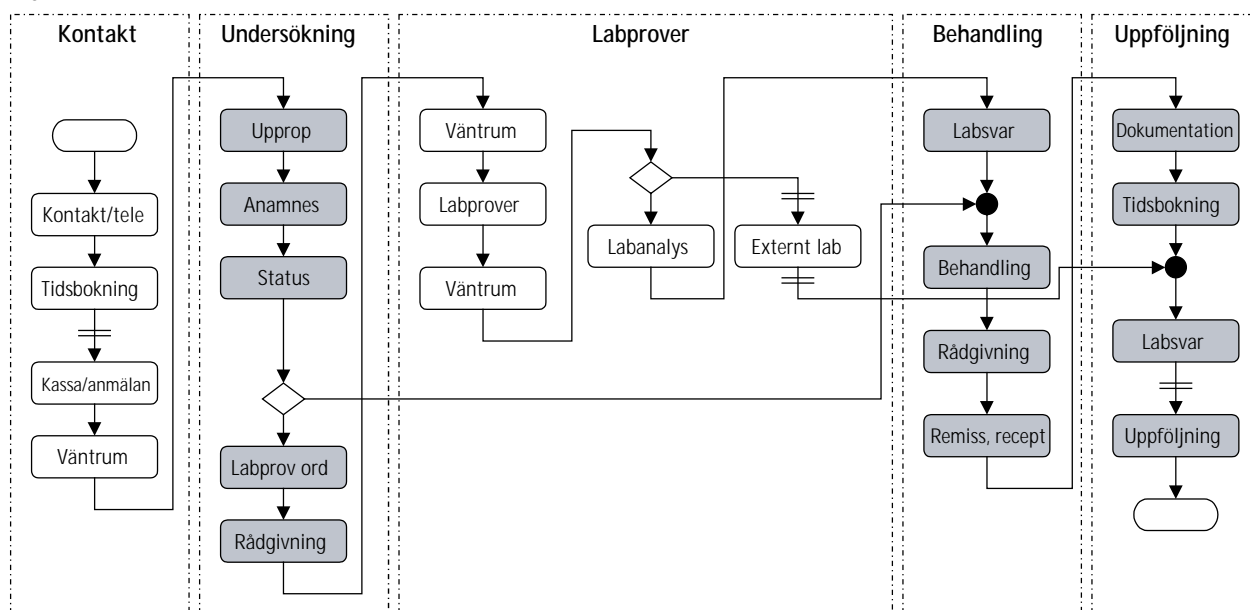
Genom ett geografiskt urval inom Storgöteborg studerades tio olika distriktsläkare, sex män och fyra kvinnor med lång erfarenhet av primärvård, minut för minut under en hel arbetsdag var, av en av författarna (LS). Alla aktiviteter i samband med patientbesök noterades systematiskt med avseende på innehåll och tid.

Ett vanligt aktivitetsmönster under patientbesöket såg ut enligt figur 1.

Vi uppfattar patientbemötandet i allmänhet som bra och effektivt och möjligheten att väsentligt korta ner konsultationstiderna utan att inkräkta på patientnyttan förefaller begränsad.

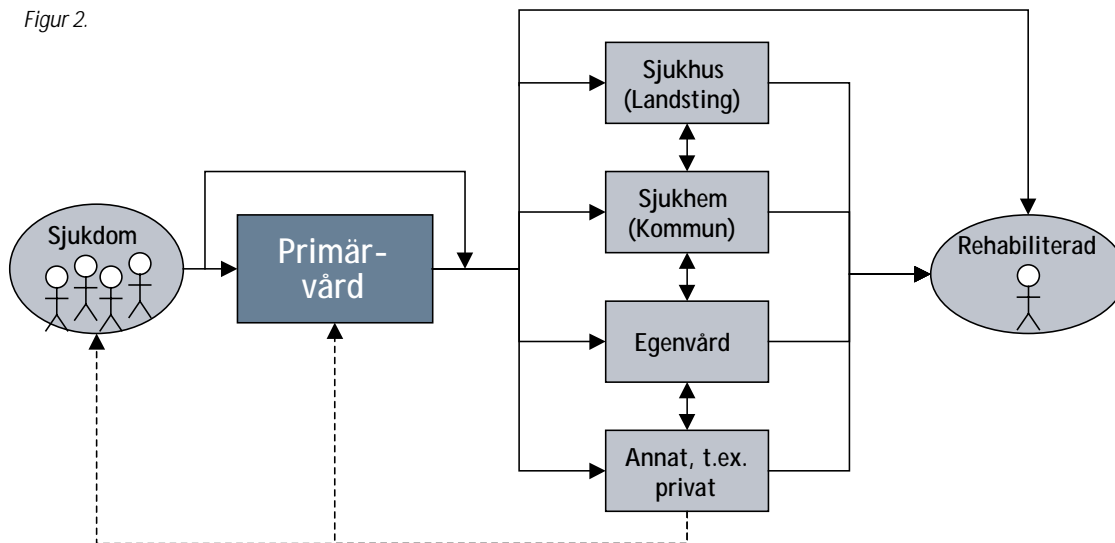
Direkta patientuppgifter, såsom anamnes, status, patientrelaterad administration (journalskrivning, intyg, remisser, etc.) samt övrig rådgivning tog 64% av den totala arbetstiden i anspråk. Patientrelaterad administration utgjorde 24%. Övriga administrativa uppgifter som inte direkt kunde hänföras till patientärenden, t ex personresor, ledningsfrågor, industrikontakter, etc., uppgick till mindre än 9%. I jämförelse med många andra yrkeskategorier kan denna andel administration (totalt 33%) inte uppfattas som uppseendeväckande hög. I viss utsträckning noterades t.o.m. att säkerheten ökar i arbetet om allmänläkaren behåller en del av det administrativa patientarbetet. ▶▶

Figur 1.



Uppgifter traditionellt utförda av allmänläkare: Tidsfördröjning:

Figur 2.



Vi anser att det finns möjligheter att effektivisera systemstöd och samverkan mellan olika yrkeskategorier. Framförallt upplever vi avsaknaden av effektivt stöd för att bedöma och följa upp såväl medicinska som ekonomiska konsekvenser av läkarens agerande längs vårdkedjan som problematisk. När en patient har remitterats till en annan klinik befinner sig patienten mellan olika organisatoriska ansvarsområden under en ofta lång tidsrymd. Detta är plågsamt för patienten och frustrerande svårpåverkligt för allmänläkaren. Här finns potential att anpassa och utveckla kompetens, samverkansformer och behandlingsalternativ gentemot övriga aktörer längs vårdkedjan för att snabbare och enklare uppnå patientens behandlingsmål. *Ett traditionellt remissförfarande kan inte betraktas som en effektiv samverkansform för många gånger komplicerade och allvarliga ärenden.*

Vårdkedjan

– vem är det som bestämmer?

De inrättningar och funktioner i samhället som har som uppgift att rehabilitera patienter kan beskrivas som delar i en vårdkedja där aktörerna har olika roller i ett komplext nätverk. Kopplingar mellan nätverkets aktörer existerar på en mängd olika sätt och riktningar. Patienten är tänkt att kunna remitteras mellan dessa

aktörer på ett för behandlingen optimalt sätt (se figur 2).

En patientprocess kan beskrivas som flöden och aktiviteter utförda av personal med olika rollfördelning samt gränssnitt med överlämnande av information mellan dessa deltagande aktörer. Effektiva processer involverar traditionellt följande centrala delar och begrepp:

- processorganisation, ansvar, gränssnitt
- arbetsaktiviteter, rollfördelning, kompetensbehov
- koordination, kommunikation, systemstöd

Vårt intryck av dagens vårdkedja är att ansvar och ansvarsområden som är kongruenta med patientprocessen saknas. I stället motsvarar ansvarsområden ofta de inom vårdkedjan existerande interna organisatoriska linjestrukturerna. Mellan sjukhus, kliniker, mottagningar och vårdcentraler finns dessutom få stödjande system. Vården är ett dynamiskt system med många intressenter men tyvärr utan tydligt processansvar. Det är som att köra ett tågsätt utan att koppla ihop vagnarna!

Styr någon vården idag?

Inom de flesta landsting förekommer en form av köp och säljförhållande med

syftet att tydliggöra för ansvariga politiker och tjänstemän att man får det man tänkt sig för de pengar som fördelats till olika vårdområden. Balanserade styrkort har införts i förhoppning om att man skall kunna förena flera för verksamheten viktiga perspektiv i uppföljning och styrning. Som exempel har primärvården inom Västra Götalandsregionen på övergripande nivå de perspektiv och styrtal som presenteras i tabell 1 på nästa sida.

I det ekonomiska perspektivet talas om ett ekonomiskt resultat i balans. För detta formuleras styrtal för kostnader och intäkter i förhållande till beställning från sjukvårdens huvudmän. Att en vårdcentral lyckas uppnå ett visst ekonomiskt resultat innebär dock inte att ekonomin har optimerats för hela vårdkedjan eller ens för den del av vårdkedjan som faller inom primärvårdens ansvarsområde. En uppenbar suboptimeringsrisk föreligger när kostnader minimeras lokalt, men till priset av ökade vårdkostnader i andra delar av vårdkedjan. Det är därför av vikt att ta fram instrument och organisera på ett sätt som gör det möjligt att uppskatta och överblicka den totala patientkostnaden.

På individuell nivå anser vi att allmänläkaren har begränsade möjligheter att påverka patientrelaterade kostnader.

Perspektiv	Mål	Styrtal
Kund/patient	Kontinuitet Tillgänglighet Bemötande	Läkarkontinuitet Telefonsvarstid, öppettid, väntetid Antal anmälningar, personalenkät, patientenkät
Ekonomi	Resultat i balans	Produktion och ekonomi mot beställning
Process	Samverkan FoU Inre struktur	Mängd samverkan, utbildning, folkhälsoinsatser (ej färdigställt 2003) Antal som arbetar enligt balanserat styrkort
Medarbetare	Värdegrund Arbetsmiljö	Bemötandebildning Sjukfrånvaro, utvecklingssamtal, individuella utvecklingsplaner

Tabell 1.

Bland annat saknas effektivt systemstöd för att överblicka totala kostnadskonsekvenser av olika behandlingsalternativ. Budgetmål för vårdcentraler är dessutom oftast inte nedbrutna till relevanta måttetal för den enskilde allmänläkaren. Resultatet av detta blir att besluten i det enskilda patientärendet till övervägande del grundas på medicinska aspekter utan hänsyn till ekonomiska konsekvenser. För övriga perspektiv förefaller situationen vara likartad. Det förekommer måttetal som inte omedelbart kan påverkas av allmänläkaren och som inte heller entydigt stödjer övergripande strategiska mål.

Våra sammanfattade intryck är följande:

- Allmänläkaren har ensam begränsade möjligheter att hantera och påverka intressentkrav kring ekonomi och processeffektivitet, men blir en viktig kompetens och aktör i den framtida process- och organisationsutvecklingen, där allmänläkarens roll är i behov av effektivare gränssnitt och nya samverkansformer
- En patientprocess utan tydligt processansvar, vilket i praktiken försvårar utveckling och effektivisering av vårdprocesser i ett patientperspektiv.
- Styrtalen relaterar inte alltid tydligt till strategiska mål eller till patientprocessen.
- Kommunikationen och överlämnanden över gränssnitt sker främst

via remissförfarande. Effektiviteten i detta kan ifrågasättas vad avser informationsinnehåll, snabbhet samt förmågan att optimera behandling i ett helhetsperspektiv.

Artikeln bygger på en studie utförd inom ramen för ett 10 p projektarbete under 2003/04 vid Avdelningen för allmänmedicin vid Göteborgs Universitet.



Lars Salmi

Lars Salmi

Läkarestuderande i Göteborg, Tekn Dr, tidigare organisationskonsult och teknisk projektledare inom industrin
lars.salmi@telia.com

Bertil Hagström

Avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs Universitet
bertil.hagstrom@telia.com

Ett påklistrat leende kan dölja symtomen

Försöker du hålla skenet uppe, trots att du sedan en tid känt dig trött och nedstämd? Vill du inte medge att du börjat tappa intresset för omvärlden och lusten att ta itu med de enklaste uppgifter?

Orsaken kan vara depression, en sjukdom som det finns effektiva behandlingar mot. Besök depressionslinjen för mer information eller boka tid hos läkare redan idag.

www.depressionslinjen.com

Pfizer
VÄRLDSLEDANDE INOM LÄKEMEDELSFORSKNING

PFIZER AB BOX 501 183 25 TÄBY TEL 08-519 062 00 FAX 08-519 062 12 www.pfizer.se

Föreningen **Balans** Patientförening för deprimerade och anhöriga Tel 08-618 13 33 www.foreningenbalans.nu

ANNONS

Ur ordbytesfloden

En intressant diskussion om cortisoninjektioners vara eller icke vara uppstod på Ordbyte efter ett inlägg av Eva Wahlgren.

Eva Wahlgren:

Jag välkomnar alla som har kompetens att bringa klarhet i kortisoninjektionens berättigande. Det skulle inte skada att utöka diskussionen med att diskutera ordinationer Betapred 12 st vid alla slags allergiska tillbud. Är det rimligt och om ja hur motiverar vi det och vilka konsekvenser har en upprepad behandling?

Robert Svartholm uttrycker sig entusiastiskt:

”Allergisprutor då?” En utmärkt och effektiv behandling, som utprövas under årens lopp. ”Vi gör som vi brukar” ger en bra dos år från år. Flera försök att konstatera bieffekter har gjorts, men inte lyckats. Det finns teoretiska nackdelar med binjurepåverkan m.m., men inga i praktiken. Ska vi spruta mer mot allergi och mindre mot leder – som väl också påverkar binjure? Det finns stor användning för kortison. Min tanke är väl kanske att vi är för rädda för medlet ifråga. Kan verkligen korta övervägda behandlingar vara till bestående skada?

Margareta Söderström spred lite ljus och efterlyste forskning:

Sen vi läst och begrundat alla artiklarna så var vår uppfattning den att det var mer positiva än negativa effekter på enstaka cortisoninjektioner. Men naturligtvis är det alltid svårare att publicera negativa resultat. Det som vi ändå har svårt att förstå är att denna terapi ej rekommenderas av ”allergisällskap”. Vår slutsats var i alla fall den att i viss mån är det kommersiella krafter som styr terapirekommendationerna eftersom en spruta cortison vid pollenssäsong är betydligt billigare, än att dagligen ta ögondroppar, cortisonnässpray och antihistamintablet-

ter. Egentligen borde fler studier göras med cortisoninjektion eftersom det ändå används i ”smyg”. Var skriver vi och sammanfattar våra erfarenheter, positiva som negativa av denna terapi?

Roland Morgell instämde:

För 6–7 år sedan diskuterade vi allergibehandling i en grupp läkare – flera allmänläkare, en företagsläkare och en öronläkare – som hade gemensamma möten tillsammans med vårt lokala apotek. Vår slutsats, baserad på våra samlade kliniska erfarenheter, var att depåinjektioner 1–2 ggr/år var ett bra alternativ, ffa för patienter där ett annat preparat inte var tillräckligt. Ingen av oss hade upplevt problem med sådan praxis. Vi behöver studier som kan ligga till grund för uppdaterade riktlinjer. Om studierna visar att depåinjektioner inte är så bra som flera av oss tror, måste vi ändra praxis.

Martin Enander gjorde en sökning:

Att bieffekter i ett kort perspektiv är sällsynta är också min egen erfarenhet. Men hur är det egentligen på lång sikt? Jag gjorde en sökning på Pubmed och det verkar inte finnas mycket skrivet om detta. Läkemedelsverkets behandlingssrekommendationer från 2003 tar upp denna text, och är för övrigt avvisande till behandling med återkommande systemisk behandling varje år som basterapi. Men uppenbarligen verkar det vara ett område där vi inte riktigt vet. Om det gällde min egen kropp skulle jag inte vilja ha behandling med 1–2 skott högdos depåkortison per år, vilket i praktiken innebär 1–2 månaders behandling per år, för en åkomma som kommer varje år, men skiftar i intensitet. Så länge det inte finns klara solida



kunskaper om långtidseffekter så tror jag på en riktad terapi. Hur är det med risken bidrag till osteoporosutveckling vid mångårig upprepad systembehandling ett par månader per år?

Håkan Ivarsson bistod med lite matematik:

2 ml Depot-Medrol innehåller 80 mg metylprednisolon. Det motsvarar totalt 16 tabletter Prednisolon (eller Betapred). Denna dos, som alltså skall räcka i tre veckor, ger en genomsnittlig dagsdos på 3/4 tablett. Jag tror för det första att den antiallergiska effekten av 0,75 betapred-tablett är rätt försumbar, och mest beror på en kraftig placeboeffekt (sprutor är sprutor). Jag tror för det andra att väl-informerade patienter hellre ska utrustas med en 25-burk Prednisolon för att kunna ta några tabletter utöver sin dagliga dos Cetirizin om dom skall sova i tält eller plocka midsommarblomster. Min erfarenhet är att den samlade steroidkonsumtionen på detta sätt blir mindre, och att patienterna kan möta besvären mer effektivt och flexibelt.

Så här lätt är det att gå med i Ordbyte: gå in på www.sfam.nu/Debatt och följ sedan anvisningarna, eller skriv ett tomt brev från den e-postadress Du vill använda till sfam-subscribe@yahoogroups.co.uk

Sammanfogat av **Anders Lundqvist**
chefredaktör

Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling



I Vetenskapsrådets rapportserie Medicin 2004:2 presenteras föredrag och diskussionsinlägg från en konferens/workshop med titeln "Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling", som rådets kommitté för genusforskning ordnade november 2003, som en uppföljning av ett antal projekt med genusperspektiv inom området "Medicin, hälsa, vård" och "Teori och begreppsutveckling inom genusforskning". Av de 22 författare är sju allmänläkare!

Inledningsvis beskrivs bland annat kvinno-/genusforskningens utveckling inom medicinen från 1980-talet till dagens läge. En för genusforskarna inom medicin aktuell fråga som diskuterades under konferensen är den rådande begreppsförvirringen och kontroverserna

kring biologi, kön och genus. Några exempel på rubriker i boken som kan vara intressanta för allmänmedicinare:

- Om förvirringen kring biologi, kön och genus i medicinen.
- Ett försök att närma mig kön/genusproblematiken utan att ställa genus mot kön.
- Hur kan vi utveckla modeller för att analysera genus och biologi samtidigt?
- Behöver genusmedicinare ett delvis annat kroppsbegrepp än andra genusvetare?
- Genuskodade kroppsideal i hälso- och sjukvården.

• Genusbias inom medicinen.

• Sjukdomsföreställningar och genus – hur kan forskning om vardagsteorier bidra till vår förståelse av kvinnor och män i kulturell kontext?

• Kan begreppet "positionerade kunskaper" användas för att granska och utveckla (allmän)medicinsk kunskap?

Boken är gratis (porto 20 kr) och kan beställas på:

<http://db2.ordform.com/vrshop>

Birgitta Hovelius
professor i allmänmedicin, Lund
birgitta.hovelius@med.lu.se

På gång för ST-läkare

Den 10–12 februari 2005 blir det ST-dagar i allmänmedicin i Örebro, av ST-läkare för ST-läkare. Boka av i almanackan redan nu! Årets tema är "Nycklar till Framgång". SFAM är i år för första gången huvudarrangör. Organisationskommittén består av engagerade ST-läkare i Örebroområdet och ST-rådet.

Mer information kommer snart via SFAMs hemsida www.sfam.se

Målbeskrivningen ses över och arbetet skrider framåt. Så här långt är det tydligt att de detaljerade målen tas bort från målbeskrivningen, och att förhållningsätt och arbetsätt kommer att få större

betydelse vid bedömning av uppnådd specialistkompetens. Det känns inspirerande och spännande att det dokument som faktiskt definierar vår specialistkompetens nu stadigt växer fram. Gratulerar i förskott de ST-läkare som kommer att ha ett avsevärt förbättrat verktyg i handen på väg till specialist.

Andra förändringar på gång är Protos. Jag hoppas att ni som blivande familjeläkare verkligen läser igenom förslaget och har synpunkter. Det kommer att förändra vårt sätt att arbeta när det tas politiska beslut om genomförandet. Hur ska t.ex. vår specialistutbildning passas in i ett framtida nationellt familjeläkar-system?

E-posta era synpunkter till mig eller till DLFs ordförande Benny Ståhlberg (benny.stahlberg@dlf.se).

Kanske ska ni i er ST-grupp arrangera dagarna 2006? Hör gärna av er! Stafett-pinnen är ledig!

Ha det nu gott i det tilltagande höstmörkret, kanske ses vi i Lund i November!?

Eva Jaktlund
ordf ST-rådet
eva.jaktlund@swipnet.se

ANNONS

ANNONS

Canada – från Hippokrates ed till McWhinneys katekes

I september 2004 reste tre representanter för SFAM till Canada för att studera detta föregångsland och träffa Ian McWhinney. Det var Eva Jaktlund för styrelsen och ST-rådet, Ulf Måwe och Mogens Hey för utbildningsrådet och fortbildningsrådet, som tillsammans samlat en mångårig allmänmedicinsk erfarenhet och engagement.

Det kändes som om vi besökte "McWhinneyland" under vår resa i Canada – ett land där patientagendan och inte doktorsagendan råder, åtminstone i alla skrifter och utsagor från företrädare för allmänläkarna, och där forskningen inriktas på den patientfokuserade kliniska metod som är kärnan i allmänmedicinen.

Familjemedicinen är stark och självklar i Canada. Allmänläkarföreningen *College of Family Practitioners of Canada (CFPC)* har stort inflytande. Detta speglas av att kontoret i Toronto har 90 anställda. Universitetens familjemedicinska avdelningar spelar en väsentlig roll i både grundutbildning och utbildning till familjeläkare. Flera rektorer på de 17 universiteten är, liksom nuvarande hälsoministern, allmänläkare i botten. Den familjemedicinska forskningen är omfattande.

Den kanadensiska familjemedicinens vagger finns i universitetsstaden London i sydvästra Ontario. Här lever och verkar sedan 1968 familjemedicinens grand old man, professor Ian McWhinney, författare till den mycket uppskattade läroboken *"A Textbook of Family Medicine"*, nyligen översatt till svenska. [1,2].

Förutom vid professor McWhinneys institution har väsentliga bidrag till forskningen i modern lärande pedagogik lämnats av McMaster University i halvmiljonstaden Hamilton i West Ontario.



Eva Jaktlund, Ian McWhinney, Ulf Måwe och Mogens Hey.



Redan på 1980-talet byggde Ian McWhinney upp sin lärobok i familjemedicin utifrån en patientfokuserad klinisk metod [1,2]. Han definierar inledningsvis nio grundteser vilka sedan byggs ut i följande kapitel och bokens första del avrundas med ett kraftfullt filosofiskt kapitel. Boken bygger konsekvent vidare på denna bas, så att hela vår praktiska vardag som allmänläkare blir penetrerad. En särskild finess är hans lättillgängliga språk. Boken har därtill en stadigt byggd vetenskaplig grund med rikliga goda referenser. En hippokratisk ed i modern allmänmedicinsk form skulle kunna baseras på McWhinneys analys.

Trots att denna kristallklara deklARATION av allmänmedicinens avgörande betydelse i ett gott hälso- och sjukvårdssystem finns, så lyckas varken allmänläkare eller politiker världen över åstadkomma det som beskrivs i de nio grundtes-

terna. Inte ens i Ian McWhinneys två hemländer, Canada och Storbritannien har det fungerat. Allmänmedicinen går där bakåt. Vår irländske kollega James McCormick har skrivit en betraktelse över detta i tidningen *Lancet*: "Death of the personal doctor" [3].

"McWhinney-land" är hotat

Familjeläkarna i Canada har 30–50% lägre lön än kollegor i andra specialiteter, arbetsbelastningen är hög, och andelen läkarstuderande som vill bli familjeläkare har minskat från 48% till 28% på tio år. Många unga läkare jobbar hellre på *walk-in clinics* och *emergency rooms* än som familjeläkare.

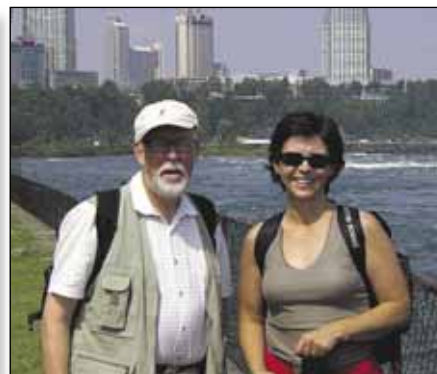
Det är bara familjeläkarna som har någon form av enhetlig organisation och kontinuitet med patienterna i det kanadensiska sjukvårdssystemet. Distrikt-sköterskor och barnmorskor, liksom ►►



Ian McWhinney



Cal Gutkin, Executive Director CFPC



Mogens Hey och Eva Jaktlund

enhetlig kommunal hemtjänst saknas. Reformförslag finns, med långt gångna tankar på att bygga upp vårdlag med olika yrkeskategorier.

Vi blev skakade av den aningslösa entusiasmen för vårdlag, eftersom vi inte såg någon filosofisk grund eller tankar på utvärdering och försöksverksamhet. Ett nationellt system för vårdlag som lösning presenterades oss som svar! Här hade vi något att bjuda våra värddar – vår erfarenhet av att arbeta i ett sådant system och de svårigheter det medfört. Vår tolkning var att hälso- och sjukvården i Canada behöver ett stålbad och en kraftfull räddningsaktion av den kanadensiska familjeläkaren.

Kort utbildning med strukturerad studieplan

De blivande familjeläkarna kommer direkt från läkarutbildningen, som är fyra år, till motsvarigheten till vår ST, *residency in family medicine*. AT togs bort 1990 då man ansåg att det var bortkastad tid, som ung läkare visste man ändå vad man skulle inrikta sig på för specialitet.

Den familjemedicinska utbildningen är på två år. De är i förväg indelade i block med totalt 8–10 månader allmänmedicin, i övrigt internmedicin, geriatrik, obstetrik/gyn, barn, kirurgi, akutmedicin och någon valfri period med längsta placering två månader på någon klinik. Efter examen får man sedan sin *license to practice*.

Den korta, komprimerade och i förväg uppgjorda utbildningen med stark universitetsanknytning gör att känslan av att vara student är starkt närvarande under utbildningsåren. Efter de två åren är man färdig generalist och redo att arbeta som familjeläkare.

Personligt möte med Ian McWhinney

Professor Ian McWhinney har med sitt engagemang och ledarskap i hög grad medverkat till den höga status som familjemedicinen har i Canada. Han och hans medarbetare har lagt grunden till den patientfokuserade kliniska metoden, beskrivit den och gjort den forskningsbar.

Professor McWhinney tog emot oss vid tre tillfällen i biblioteket i sitt hem i en förort till London inom gångavstånd till universitetet. Hans hustru var svårt sjuk och själv plågades han av värk. Trots detta var hans gästfrihet och intresse för vårt besök maximalt. Han återkom till berättelser som illustrerade familjemedicinens mångdimensionella värld. Vi ville också fokusera på det som vi funnit speciellt med hans lärobok, dess form som en reflektiv skrift till eftertanke för läsaren. Vi diskuterade speciellt de engelska begreppen ”*illness*” och ”*suffering*” som fick särskild mening när de ställdes mot de medicinska abstraktionerna ”*disease*” och ”*symptoms*”.

Han berättade om den första tiden då han upptäckte allt det som inte stod

i böckerna, och hur idén att skriva boken växte därur. Vi kom fram till att en av bokens verkliga förtjänster är att den behandlar familjeläkarnas tysta kunskap, ”*tacit knowledge*”, som den erfarna läkaren ofta vill kalla självklart. Men samtidigt just det som den unga läkaren inte vet och därför inte kan efterfråga. Det som måste upplevas, hanteras och integreras. Han entusiasmerades av våra samtal och vi av hans ödmjuka sätt och intensiva tänkande, när han sökte de rätta formuleringarna. Han uppskattade också vårt engagemang för introduktion av boken ”*Familjemedicin*” i Sverige och tackade oss varmt.

Mötena med professor McWhinney och andra kollegor filmades och kommer att sammanställas till en dokumentärfilm.

Mogens Hey

mogens.hey@swipnet.se

Eva Jaktlund

eva.jaktlund@swipnet.se

Ulf Måwe

ulf@mawe.se

Referenser

- [1] McWhinney, I.R. *A Textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, 1997 (Andra upplagan).
- [2] McWhinney, I. R. *Familjemedicin*. Studentlitteratur, 2004.
- [3] McCormick, J. ”Death of the personal doctor” *Lancet* 1996 (348:667-68).

Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår



Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår
Jörgen Nordenström,
Karolinska University Press 2004
ISBN 91-7349-806-8
78 sidor

Evidensbaserad medicin – EBM – innebär att kliniskt kunnande skall integreras med bästa tillgängliga vetenskapliga underlag. Det har getts ut olika handböcker som skall underlätta ett sådant arbetssätt även för kliniker utan vana att söka och värdera vetenskaplig litteratur. Jörgen Nordenström har ställt samman en liten men innehållsrik bok, som i första hand var tänkt för de läkarstuderande och ST-läkare han undervisar på kirurgen. Boken kan dock mycket väl användas även av andra som vill ha en komprimerad men samtidigt lättsam genomgång av principer förenat med konkreta råd. Och här gäller det att liksom den berömda detektiven med förstoringsglasat arbeta noggrant och metodiskt.

Detaljerat och med exempel beskrivs EBM-processens fyra steg, Formulera

frågan, Informationssökning, Kritisk granskning samt Applikation av resultaten, ordet FIKA kan användas som stöd för minnet och i boken presenteras en matris som kan tydliggöra de olika stegen i arbetet. Man kan i boken läsa sig till vad det finns för olika typer av studier och vilken vetenskaplig tyngd dessa har. Begrepp som Sensitivitet, Specificitet, Relativ risk, Relativ riskreduktion, Absolut riskreduktion, Numbers-needed-to-treat, Odds ratio och Likelihood ratio för positivt respektive negativt resultat förklaras.

Boken kan användas för enskild läsning eller som uppslagsbok. Den kan också användas som studiematerial för FQ-grupp och liknande. Om man inte hittar den i sin bokhandel kan den rekvireras från Medicinska Bokhandeln, KI: mb@mf.ki.se

Roland Morgell



Offerdals Hälsocentral Ek. fören.

Vi söker

1,6 tjänst Allmänläkare

Tjänsternas omfattning kan variera allt efter önskemål. I tjänsterna ingår verksamhetsansvar och medicinskt ledningsansvar.

Offerdal ligger 5 mil (restid 45 min) nordost om Östersund. Vad gäller naturupplevelser, jakt och fiske har Offerdalsbygden mycket att erbjuda. Du har också nära till den västjämtska fjällvärlden.

Offerdals Hälsocentral drivs som ekonomisk förening sedan 1992 och är medarbetarägt (kooperativ). Här är Du i allra högsta grad med och påverkar verksamheten och Din egen arbetssituation. Vi har en välutrustad mottagning i trivsamma lokaler. Apotek finns i huset. Journalsystem Profdoc III.

Kooperativet har avtal med Jämtlands läns Landsting t om 31/12 2005 med 2 års löpande förlängning.

Välkommen med Din ansökan snarast möjligt, senast 31/12 2004. Testa gärna en provanställning!

För ytterligare frågor ring oss gärna på telefon dagtid 0640-300 10, 304 40 och fråga efter verksamhetschef **Agneta Bäckman** (kvällstid 0640-230 62).

Du är även välkommen att ringa till distriktsläkare **Torbjörn Lindblom**, som arbetat på hälsocentralen under olika perioder senaste åren, telefon 073-059 09 43, 0912-202 03.

Besök gärna vår hemsida, <http://www.offerdalshalsocentral.se> och www.offerdal.com

ANNONS

Gösta Eliasson i delat ledarskap på Fammi

Inne på sitt 25:e år som familjeläkare i Falkenberg är Gösta Eliasson sedan länge en förkämpe för allmänläkarnas fortbildning. På Familjemedicinska institutet, Fammi, har Gösta ett projektuppdrag med syfte att förbättra fortbildningsklimatet inom primärvården. Vid halvårsskiftet tilldelades Gösta dessutom uppdraget som direktör för Fammi tillsammans med distriktssköterskan Elisabet Linder. Göran Umefjord har träffat Gösta för ett samtal om Fammis uppdrag.



– *Grattis till ditt nya uppdrag, Gösta! När jag idag på Fammis webbplats läser presentationen av dig anges din titel som "Familjeläkarefortbildningsdirektör", i nämnd ordning. Innebär detta val av ordning i beskrivningen av dina roller att du vill tona ner direktörsrollen? Eller är det blygsambet det handlar om?*

– Det positiva med ett delat ledarskap är jag har möjlighet att inte bara ägna mig åt ledarskapet utan även fortsätta med fortbildningsfrågorna. Jag betraktar uppdragen som likvärdiga, och har även schemamässigt lagt upp dem så i min agenda. Hittills har det fungerat bra att dela upp tillvaron på detta vis. Dessutom gick jag upp i arbetstid på Fammi från 80% till 100% från och med 1 juli.

– *Kommer din nya roll som direktör att påverka dina aktiviteter på fortbildningsområdet?*

– Ja, på ett sätt. I och med ledarrollen har jag möjlighet att kunna lägga tonvikt på fortbildnings- och kompetensutvecklingsfrågorna.

– *Vilka satsningar på fortbildningssidan skulle du vilja att Fammi tar itu med framöver?*

– Fammi vill försöka påverka arbetsgivarna och verksamhetscheferna så det byggs upp tydligare stödstrukturer så att varje yrkeskategori inom primärvården

får den kompetensutveckling man behöver. Exempel på detta är att vi anser att fortbildningen ska ha en tydligare plats i den vardagliga verksamheten. Fortbildning bör få plats på arbetsschemat men även ingå i verksamhetsplaner, verksamhetsrapporter och varje anställd bör ha ett eget individuellt fortbildningskonto och en fortbildningsplan. Varje arbetsplats i primärvården bör alltså formulera en strategi för medarbetarnas kompetensutveckling. Den modell som finns i Västernorrland ser jag som ett föredöme där varje familjeläkare har ett individuellt fortbildningskonto och en grupp av familjeläkare samordnar fortbildningsaktiviteterna. Fammi rekommenderar att varje landsting, till och med varje förvaltningsområde, tillskapar en samordnarfunktion som arrangerar lokala utbildningar i dialog med överordnad chef.

– *Hur kan Fammi stötta denna utveckling?*

– Vi ser som ett av Fammis viktigare uppdrag att uppmuntra den utveckling som jag nämnt. Vi tillskapar en plattform för kollegial dialog både genom webbplatsen och genom nationella samlingar. Fammi har arrangerat en rad träffar för de enskilda yrkeskategorierna. Några exempel som berör familjeläkare är ST-dagarna, fortbildningssamordnarträffar och inspirationsdagar för yngre

familjeläkare. Genom Fammi har också bildats nätverk för distriktssköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare och kuratorer samt för hemsjukvårdsfrågor. Vi ser alltså Fammidagarna som viktiga komplement till de kollegiala sammankomster som t.ex. SFAM ordnar – båda är lika viktiga.

– *Vilket ansvar har den enskilde för fortbildningen?*

– Varje enskild medarbetare i primärvården har ett personligt ansvar för att fortbildningen verkligen blir effektiv. För familjeläkarnas del är idag en stor del av fortbildningen oplanerad. Fortfarande är inriktningen främst fokuserad på kunskapsinhämtning. Men vi är redan mycket medicinskt kunniga idag. Det viktigaste lärandet kommer egentligen från reflektion över de vardagliga patientmötena.

Det vi egentligen borde satsa mera på är att se till att vår kunskap kommer våra patienter till godo på bästa sätt. Och då handlar det om att öka kvaliteten i omhändertagandet. Vi behöver satsa fortbildningstid på att fundera över hur vi kan förbättra logistiken, förbättra patientomhändertagandet, öka tillgängligheten, fördela arbetsuppgifterna på bästa sätt mellan olika medarbetare och också att förbättra samverkan med slutenvården. Det kan handla om remissförfarande och utvecklandet av en samsyn för att göra en bra vård ännu bättre. ►►

ANNONS

”Vi vill att det satsas mera på den allmänmedicinska och vårdvetenskapliga forskningen så att den ökar i omfattning och får större tyngd.”

– I en nyhetsartikel på Fammis hemsida där det nya ledarskapet på Fammi presenterades blev du citerad: ”Fammi har en väldig potential att underlätta arbetet med patienterna i primärvården och att se till att den blir en verklig bas inom hälso- och sjukvården”.

Kan du utveckla vad du menar med detta?

– Min tro är att kompetensutveckling är ett sätt att leda en organisation in i en positiv utveckling. Fortbildning skapar medvetenhet hos personalen, och då handlar det inte bara om rent medicinska kunskaper. Genom att ge möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling ökas förståelsen för arbetets innehåll och möjligheter. Detta ger i sin tur ett klarare mål och ett ökat engagemang för arbetet. Arbetet blir mer stimulerande och man tar själv ett större ansvar för att forma den egna miljön i samråd med kollegorna. Ett ökat engagemang och en ökad kollegial dialog på arbetsplatsen gör primärvården mer attraktiv som arbetsplats och då blir det lättare att rekrytera nya medarbetare.

– Hur ser du på utbrändhetsproblemet?

– Att oreflekterat ägna sig åt att beta av långa patientlistor riskerar att ge ett enformigt och psykiskt påfrestande arbete som kan leda till utbrändhet. Det är oerhört viktigt att det skapas utrymme för daglig kollegial dialog. Genom reflektion tillsammans med en kollega eller i grupp får man distans till jobbet och kan börja ifrågasätta inkörda arbetsmönster. Det gäller alltså inte bara att göra saker rätt utan även att göra rätt saker. Till exempel hur vi prioriterar vår tid och vilka arbetsuppgifter vi väljer.

– Rapporten ”Kunskapsstrategier för familjemedicin och primärvård”, som togs fram av Fammi förra året handlade om hur utbildning, kunskap och forskning kan

och bör förbättras. I denna rapport angavs att ”kompetensen som krävs för att sköta det familjemedicinska uppdraget behöver förstärkas och tydliggöras i den vårdvetenskapliga och medicinska utbildningen och forskningen”.

Hur menar du att detta skall genomföras?

– Vi vill att det satsas mera på den allmänmedicinska och vårdvetenskapliga forskningen så att den ökar i omfattning och får större tyngd. Det är viktigt att man väljer forskningsmodeller som passar primärvårdens egna verksamhet. Vi bör sträva efter att öka vårt vetenskapliga förhållningssätt och alla bör erbjudas grundläggande forskningskurser på 5 till 10 poäng. Sådana kurser bör alltså inte bara vara förunnat ett fåtal av kollegorna. Fler borde uppmuntras till att göra små ”Gräv där du står”-projekt utgående från den kliniska vardagen. ST-uppsatserna är en utmärkt ansats till detta. På utbildningsinstitutionerna är det också viktigt att primärvårdsperspektivet kommer in inte bara i läkarutbildningen utan även i t.ex. sjuksköterskeutbildningen för att tydliggöra att primärvården faktiskt är basen i sjukvården.

– Nämnada rapport utmynnar i tre förslag varav ett är skapandet av en nationell struktur för fortbildning/kompetensutveckling.

Vad har Fammi för tankar kring detta? Vad skulle denna nationella struktur kunna innehålla?

– Fammi har redan jobbat fram ett högst konkret förslag till en nationell struktur för kompetensutveckling. Det började med att vi gjorde en enkät som alla landsting besvarade. Åtta landsting var intresserade av att gå vidare och tillsammans med Fammi ta fram ett förslag till stödstruktur.

Detta arbete har resulterat i ett dokument som ligger tillgängligt för alla på

Fammis hemsida www.fammi.se under fliken Vi arbetar med → Kompetensutveckling → Förslag struktur kompetensutveckling. Dokumentet betraktas dynamiskt och vi planerar att revidera det regelbundet, kanske årligen, utifrån alla värdefulla synpunkter som strömmar in.

– På Fammis hemsida står det att Fammis huvuduppgift är att ”samla och sprida kunskap” samt att ”utveckla kompetens och teamarbete i primärvården”. Det står ingenstans om det som f.d. direktören för Fammi angav som huvudsakligt skäl till att han avgick, nämligen att Fammis viktigaste uppdrag var att rekrytera familjeläkare.

Hur är det med den saken – har denna uppgift aldrig ingått i Fammis uppdrag, eller har den tagits bort sedan Göran Sjönell slutade på Fammi?

– Fammis uppdrag är inte att rekrytera men vi har alltid försökt förbättra rekryteringen indirekt genom att göra primärvården mera attraktiv som arbetsplats, och det fortsätter vi med.

– Tycker du att Fammi skulle kunna göra något annorlunda för att öka rekryteringen till allmänläkarkåren?

– Det handlar om att få arbetet i primärvården att bli levande och engagerande så att fler AT-läkare väljer allmänmedicin som specialitet. För att få snabbare resultat har Fammi tidigare övervägt en modell kallad ST Express vilket innebär att ST-läkaren i ett tidigt skede knyts upp och får ett ökat ansvar för vårdcentralens arbete.

– Hur ser du på Protos-förslaget?

– Personligen tror jag på ett system där varje individ har sin egen personliga doktor. Protos kan vara en väg att nå dit och därför tilltalas jag av idén. Men det som idag saknas är en konsekvens- ▶▶

ANNONS

beskrivning av vad som skulle hända om vi tillämpade Protos fullt ut. Det är inte klart hur Protos kommer att fungera i den primärvårdsstruktur som vi har idag och vad som skulle hända med de olika yrkeskategorierna som idag jobbar i primärvården. Blir konsekvensen att distriktssköterskorna återgår till en egen organisation är t.ex. en fråga som kan dyka upp. Positivt är att Protos troligen kommer att medföra en bättre familjeläkarrekrytering. Jag skulle vilja att det någonstans ute i landet så snart som möjligt görs ett praktiskt försök att genomföra Protos-modellen som ett pilotprojekt. För min del ser jag det angeläget att även med Protos kunna ta tillvara och fortsätta att utveckla de olika yrkeskategoriernas kompetenser inom primärvården.

– I den utvärdering som Statskontoret gjorde i våras av Fammis verksamhet angavs att "Fammis nuvarande uppdrag är alltför omfattande och splittrat i förhållande till de resurser som institutet har".

Håller du med om den saken? Borde ni koncentrera er på vissa uppgifter – i så fall vilka?

– Ja, jag håller med om det. Men det har varit nödvändigt att under ett uppbyggnadsskede att satsa på en rad olika idéer. En del har varit succéer, t.ex. Fammi-dagarna och Audit, annat har kommit att läggas åt sidan. Det är naturligt att Fammi efter 2½ år nu får skörda frukterna och ta tillvara på det som fungerat bäst. Vi har nu valt att kraftsamla på enstaka frågor i höst. Det är framför allt tre saker vi prioriterar: kompetensutveckling, stöd till Fammis olika nätverk samt webbsidan, där vi kommer att fortsätta att vara en mötesplats och förmedla nyheter inom primärvården.

– Primärvårdens utveckling det senaste decenniet har inneburit en ökad splittring vad gäller utformning av driftsformer, kanske också vad gäller innehåll.

Hur ser du på Fammis möjligheter att kunna vara en inspirationskälla till de olika varianterna i den ökande mångfalden?

– Oberoende av vilken modell man jobbar utifrån är Fammis satsning på kompetensutveckling, att samla och sprida kunskap, en gemensam nämnare. Vår webbplats kan också användas till att beskriva olika driftsformer och modeller inklusive praktiska erfarenheter av Protos-modellen.

– I Socialstyrelsens rapport om den nationella handlingsplanen heter det att en av hörnpelarna är att mångfalden ska öka i primärvården och att det i de flesta lands- ting pågår en utveckling där primärvården blir en "del av en större närsjukvård".

Hur ser du på denna utveckling? Tror du att det kommer att medföra en ökad satsning på primärvården?

– Begreppet närsjukvård definieras på olika sätt och har mycket olika utseende. Därför är det svårt att veta vad det handlar om. Vissa är oroade över att närsjukvården kan riskera att minska primärvårdens roll, andra tror tvärtom. För att kunna kommentera frågan måste man alltså i detalj definiera hur modellen ser ut. Men att i dagens läge satsa på mer sjukvårdsresurser i periferin verkar rimligt i och med att verksamheten vid många sjukhus minskas.

– Hur går Socialstyrelsens formulering om "ökad mångfald i primärvården" ihop med Protos-modellen?

– Protos är inte bundet till speciella driftsformer. Det handlar alltså inte om någon likriktning av organisationen utan om att ge en avgränsad och väldefinierad roll för den enskilde familjeläkaren, något som jag ser som helt nödvändigt.

– Fammi har fått klartecken för två års förlängning efter det att projektiden tar slut i januari 2005. Vad har du för personligt mål med Fammis verksamhet under de två kommande åren? Hur vill du att den svenska primärvården ska se ut i början av 2007?

– Jag skulle önska att Hälso- och sjukvårdslagens mål om att varje individ ska ha tillgång till en personligt vald familjeläkare kommer att gälla i praktiken. Eller åtminstone att utvecklingen ska gå åt det hållet jämfört med att bara 40% har denna tillgång idag. Jag skulle också önska att tillgängligheten till primärvården förbättrades så att individen lättare får direktkontakt, och att fler därmed blir nöjda.

Det tredje och inte minst viktiga är att jag vill att familjeläkarna ska känna större entusiasm och arbetsglädje med en balans mellan resurser och efterfrågan. Vi familjeläkare ska kunna påverka vår arbetssituation och känna harmoni i jobbet!

Göran Umefjord
Härnösand
umefjord@ymex.net



Illustration: Folke Nordinder

ANNONS

Internationellt studentutbyte inom allmänmedicin – några erfarenheter från Göteborg

Avdelningen för allmänmedicin vid Göteborg universitet ingår tillsammans med ett antal europeiska länder (Holland, England, Skottland, Belgien, Tyskland, Österrike, Slovenien) i ett internationellt studentutbyte (Socrates student exchange). Studenter gör inom ramen för allmänmedicinskt arbete antingen ett "clerkship" (klinisk tjänstgöring) eller "research elective" på 3 månader.

Göteborg har sedan 2002 varit värd för sju utländska utbytesstudenter – av dessa har tre genomfört forskningsarbeten och fyra gjort klinisk tjänstgöring. De som gjort kliniskarbete har alla lärt sig svenska så pass bra att de kunnat arbeta självständigt med patienter. Alla har varit i slutet av sin utbildning och haft viss klinisk erfarenhet från sitt hemland. En har också valt att flytta till Sverige efter sitt utbyte och gör nu ST-tjänstgöring i allmänmedicin i Västra Götaland.

Det är självklart förenat med vissa problem att handleda en utländsk student. Handledaren konfronteras med studentens språksvårigheter och ovana vid svensk vårdkultur och svenska regler och vanor. Samtidigt är det vår erfarenhet att det är ett urval av utåtriktade och öppna studenter som ger sig in i ett internationellt utbyte och vårdcentralerna får också en del igen i mötet med den utländska studenten. Avdelningen för allmänmedicin är de vårdcentraler – framförallt på Styrso, i Skara och i Mellerud – som engagerat sig stort tack skyldiga.

Sverige i Europa

Vår egen allmänmedicinavdelning har också haft glädje och behållning av de utländska studenterna. Deras närvaro har vitaliserat och givit oss internatio-

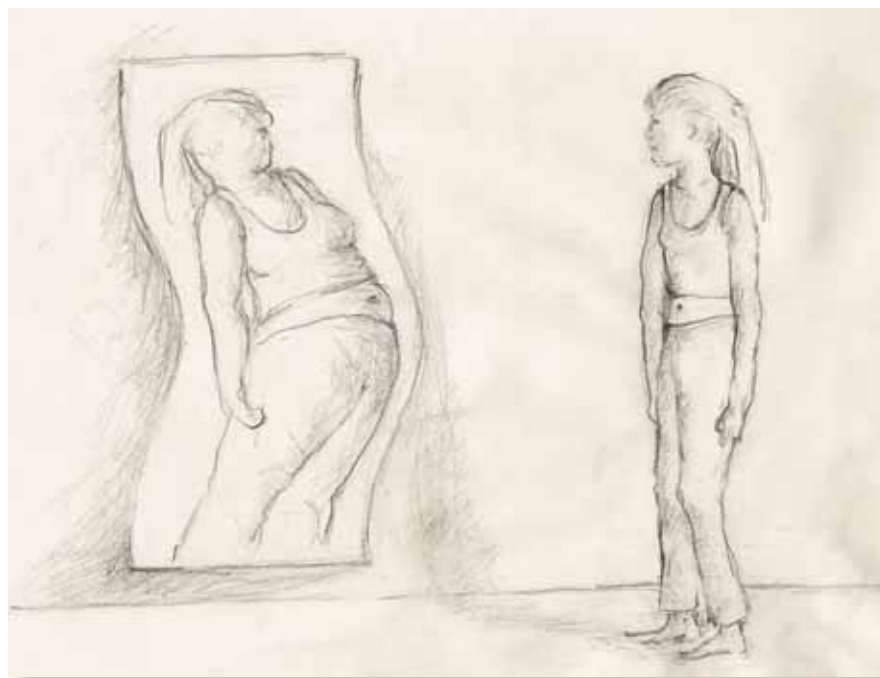


Illustration: Katarina Lilieqvist

nella impulser. Det har blivit möjligheter till jämförelser mellan länder och den svenska allmänmedicinen har satts i ett internationellt sammanhang.

Genomgående har vårt svenska system blivit väl värderat – de goda resurserna (t.ex. lokaler, laboratorietillgång, hög personaltäthet), den långa konsultationstiden och inte minst en stor kunnighet hos den svenska allmänläkaren framhålls. Det är intressanta och välgörande omdömen i kontrast till vanligen mer negativa inhemska recensioner.

Utbytet nödvändiggör också kontakt med studentens heminstitution och kollegiala relationer mellan institutioner i andra länder växer fram. Avdelningen för allmänmedicin i Göteborg var våren 2003 värd för det årliga Socratesmötet med närvaro av ämnesrepresentanter från Europa. Personliga och professionella kontakter uppstod som sedan bibehållits och utvecklats.

Forskningsarbeten

De forskningsprojekt som de utländska studenterna gjort har vi försökt anknäta till pågående arbeten vid avdelningen.Handledningen för forskningsarbetet delas i princip mellan hem- och värdinstitutionen. Projekt som har genomförts i den avsikten har varit *Depressioner hos äldre* och *Studenterfarenheter av undervisningen i patient – läkarrelationen under grundutbildningen*. Ett annat, mer fristående arbete – om anorexia – presenteras här i korthet.

De utländska rapporterna har hittills haft sådan kvalitet att de beräknas kunna ingå som delarbete i avhandlingsarbeten som utgår från avdelningen. På så sätt får vi kunskaper tillbaka och får själva glädje av det arbete som studenten gör.

Bengt Mattsson
professor i allmänmedicin
Göteborg

ANNONS

Anorexia nervosa sett ur ett allmänläkarperspektiv

Ett forskningsprojekt inom ramen för Socrates-utbytet

En av de studenter som gjorde ett forskningsarbete i Göteborg – Leila Bawa från Nottingham – arbetade hösten 2003 med en studie som resulterade i en 80-sidig rapport "Anorexia Nervosa: Through the Eyes of the General Practitioner".

Arbetet innehåller två delar. Den första delen är en litteraturgenomgång där klinik, epidemiologi, diagnostik och behandling belyses. Den andra delen utgörs av en intervjuundersökning. Leila Bawa intervjuade allmänläkare och några representanter från de personalkategorier i primärvården som särskilt kommer i kontakt med dessa patienter.

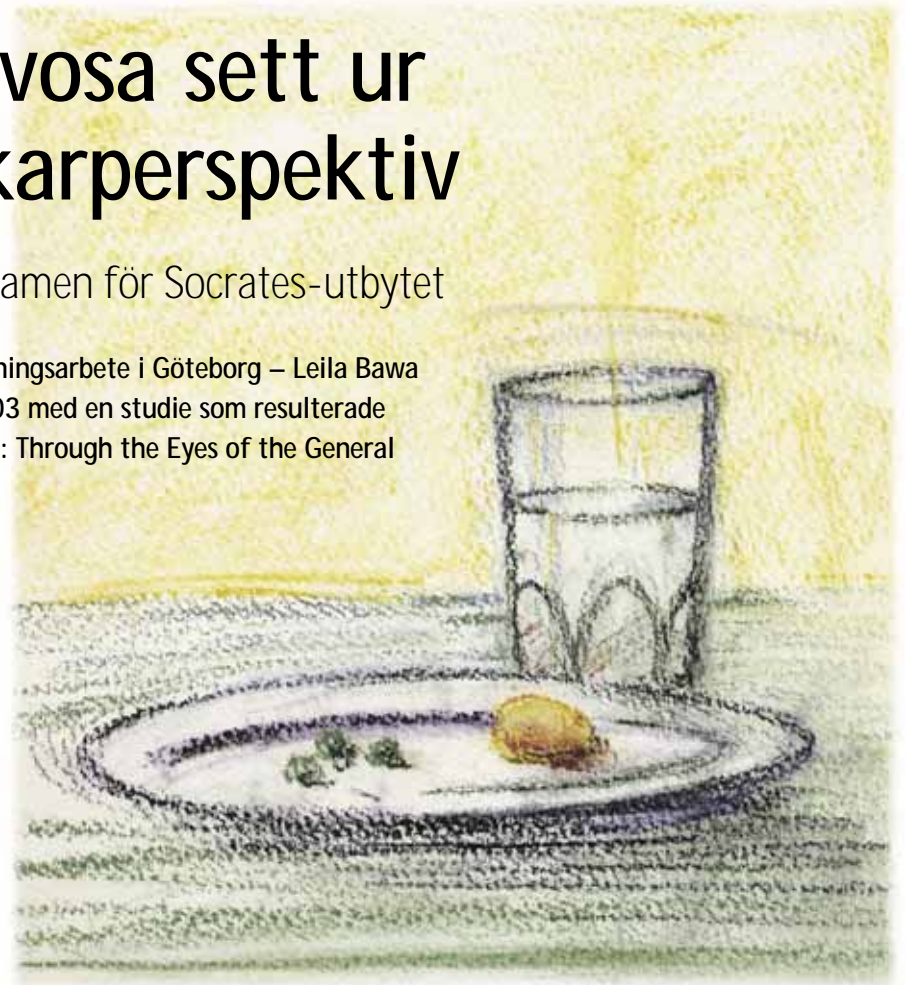
En sammanfattning av intervjudelen presenteras här. Den fullständiga rapporten kan beställas från: Heidi Bond, School of Community Health Sciences, University of Nottingham Medical School, Nottingham NG7 2UH, United Kingdom (Heidi.Bond@nottingham.ac.uk)

Bakgrund

Anorexia är en kronisk och svår sjukdom och det är besvärligt att komma den rätta diagnosen på spåren (1, 2). Studier visar att allmänläkare har svårt att känna igen sjukdomens sätt att presentera sig – allmänläkare sägs ha ett "low index of suspicion" (3)

Det finns inte mycket dokumenterat om allmänläkares erfarenheter av och attityder till anorexia och det är oklart hur allmänläkare ser på tillståndet och vad man känner inför sjukdomen.

Syftet med studien var att se anorexia nervosa ur allmänläkares och ur några av den övriga primärvårdspersonalens perspektiv. Vad är allmänläkarnas möjligheter att "upptäcka" anorexia och hur ser man på utsikterna att själv ta hand om och behandla dessa ungdomar, ofta yngre kvinnor.



"Fråga hellre: Exakt vad åt du?"

Metod

Tio personer i primärvårdslinjen intervjuades efter att ett strategiskt urval gjorts för att få bredd och variationer bland de medverkande. Fem av de intervjuade var allmänläkare, en barnläkare, en skolsköterska, en kurator, en psykolog och en barnpsykiater. Intervjun var semistrukturerad och erfarenheter, attityder och förståelse eftersöktes. Samtalen pågick mellan 20 och 100 minuter. De genomfördes av LB på engelska, spelades in på band, skrevs ut ordagrant och analyserades enligt Grounded theory principer (4). Efter varje intervju analyserades texten och en del frågor ändrades mellan intervjuerna. I varje intervju dokumenterades ett antal tema som fördes ihop till 12 olika kategorier som bl.a. rörde symptom, karakteristika, allmänläkares roll, attityder och känslor inför besvären, läkares kön.

För att validera materialet genomlästes cirka 20% av intervjumaterialet också av Bengt Mattsson och LB höll två seminarier för majoriteten av de intervjuade och kollegorna vid allmänmedicin i Göteborg. Detta för att få dela med sig och för att få reaktioner på de preliminära tolkningar som då var gjorda.

Resultat/Diskussion

Läkarnas erfarenhet och kunskap om anorexia varierade. De kunskaper som fanns var i stort överensstämmande med vad litteraturen anger (5). Man beskrev att hos patienten fanns det ofta kontrollbehov och stark vilja parad med låg självkänsla. Personen kunde ha svårt att uttrycka negativa känslor och mat- och motionsintresse var vanligt.

Den dominerande inställningen till problemet hos läkarna var osäkerhet och olust men också otillräcklig kunskap. ►►

ANNONS

Man var tveksam inför långvarig kontakt och ville inte fördjupa sig i patienternas problem. Vanligt förekommande känslor var också hjälplöshet och förtvivlan ibland även irritation och ilska. Den uppbragthet och det vredesmod som en del kunde känna är beskriven i andra sammanhang (6). Det var ett problem som tog tid och som man inte tyckte sig ha möjlighet och resurser att hjälpa.

Att remittera vidare till barnpsykiatri eller specialistenheter var vanligt förekommande. Det förelåg dock som regel långa väntetider så doktorn blev ändå en person som kom att följa och att ta ställning till hjälpinsatser.

Om allmänläkaren hade en familjeinriktning i sitt arbete var det förenat med mer gynnsamt bemötande och intresse. Den inriktningen kunde antingen vara reell i betydelsen att föräldrar eller syster fanns på patientlistan eller att man i sitt arbetssätt såg individen i sitt familjesammanhang och ofta efterhörde hur besvären upplevdes av närstående.

Det relativa ointresset uppfattades delvis som en konsekvens av de jämförelsevis få patienter man mötte. Frågan är dock: skymmer andra problem sikten för ett reellt bakomliggande ätstörningsproblem? Finns det ett mörkertal som är tämligen stort?

Epidemiologiska data visar på tämligen höga prevalenssiffror – vissa uppgifter anger att anorexi finns hos 1% av ungdomar mellan 13–19 år och subkliniska former (anorektiska beteenden) hos 10% av kvinnor mellan 16 och 25 år (7). Den särskilda barnpsykiatriska expertisen som ingick bland de intervjuade bekräftade de siffrorna.

Vad finns att göra för ungdomarna (oftast flickor)? Medicinföreskrivning (ofta SSRI-preparat) är ett vanligt alternativ – särskilt om depressivitet, oro och uppgivenhet fanns med i symtompresentationen. Dock finns det inga belägg i litteraturen att dessa preparat har någon positiv inverkan. Vad som är mer framgångsrikt är familjeorienterad terapi och kognitiv behandling. I familjebehandlingen ingår t.ex. som en uppmaning att man äter tillsammans i familjen. Att man talar om matvanorna och i dub-



Illustration: Katarina Liljeqvist

"I familjebehandlingen ingår t.ex. som en uppmaning att man äter tillsammans i familjen."

bel bemärkelse lägger problemen på (mat)bordet.

I rapporten framhålls också effekterna av de framgångsbudskap som utbasuneras i samhället. Det är viktigt att vara slank och vacker. Andra samhällsfenomen som har negativa effekter är den objektifiering av kvinnokroppen som sker, hur viktigt det är med framgång och att lyckas medan negativa känslor och misslyckanden har en tendens att hållas borta.

Några råd

I rapporten ges en del "råd" till allmänläkaren – några saker som man kan tänka på i kontakten med en anorektiker.

- kräv detaljer när du vill veta om matvanorna. Acceptera inte allmänna formuleringar av typ: "Jag åt hyggligt idag" – fråga i stället: "Exakt vad åt du?" "Vad lägger du på smörgåsen?" Gå från det allmänna till det speciella!
- försök att undvika att vara rädd, oförstående eller hjälplös genom att snabbt hänvisa till andra instanser. Stanna upp ett tag och var intresserad – det är inte farligt att gå vidare själv. Ett intresse och nyfikenhet i början lönar sig och påskyndar återhämtningsprocesserna. Det utesluter inte att man kontaktar specialkunnande senare.
- "eating disorders" har många ansikten – 50% av anorexipatienter har också bulemi (8). Tala gärna om mat och

matvanor med patienter där symptomen är blandade och ätstörningar kan tänkas föreligga.

Leila Bawa
student

Nottingham Medical School
leilabawa@yahoo.co.uk

Bengt Mattsson

professor i allmänmedicin, Göteborg
bengt.mattsson@allmed.gu.se

Referenser

1. Bryant-Waugh R, Lask B, Shafran R, Fosson A. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103-5
2. Mehler P. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Int Med* 2001;134:1048-59
3. Mattingly D, Bhanji S. The diagnosis of anorexia nervosa. *J Royal Coll Phys* 1982;16:191-4
4. Hancock B. Qualitative research. Research approaches in primary care: Radcliffe Medical Press 2000: pp 55-76
5. Kreipe R, Yussman S. The role of the primary care practitioner in the treatment of eating disorders. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 2003;14:133-47
6. Wolfe B, Grimby L. Caring for the hospitalized patient with an eating disorder. *Nurs Clin North Am* 2003;38:75-99
7. Walsh J, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician. *J Gen Int Med* 2000;15:577-90
8. Fairburn C, Harrison P. Eating disorders. *Lancet* 2003;361:407-16

ANNONS



Vem ska bestämma över vår fortbildning?

Sektionen för allmänmedicin

inbjuder till ett specialitetsövergripande symposium vid
Läkarsällskapets riksstämma i Göteborg
Onsdag 24 november kl. 13.30–15 i sal A5

Medverkande:

Ellen Hyttsten, dir. Landstingsförbundets avd för Hälso- och sjukvårdspolitik
Eva Nilsson Bågenholm, ordf. Sveriges läkarförbund
Håkan Mandahl, stf VD Läkemedelsindustriförbundet
Axel Targama, docent vid Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
Gösta Eliasson familjeläkare Familjemedicinska institutet (moderator)

Idag saknas tid för kritisk reflektion,
erfarenhetsutbyte och lärande i vardagen.
Hur finansieringen skall tryggas på sikt är oklart och åsikterna
går isär om formerna för läkemedelsindustrins medverkan.

Frågor som kommer att diskuteras:

- Vilken syn har en verksamhetschef med budgetansvar?
- Vilken syn har Läkarförbundet och sjukvårdshuvudmännen?
- På vilket sätt ska läkemedelsindustrin bidra?
- Hur sker kompetensutveckling inom andra organisationer än sjukvården?



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEICIN

2004-08-25

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2004

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Lund den 10–12 november 2004.

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

Plats: Scandic Star Hotell, Glimmervägen 5 i Lund
Tid: Kl 15.30–18.00, onsdagen den 10 november 2004.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokal-föreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.nu) från den 10 oktober.

Välkommen!

Johan Berglund
Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin Telefon kansli 08-23 24 05 Postgiro 65 59 74-4
Skeppsbron 34, 3 tr Telefax 08-20 03 35 Bankgiro 5459-4866
111 30 Stockholm E-post kansli helene.sward@sfam.a.se Org nr 802009-5397
Hemsida: www.sfam.nu

SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004

Star Hotell i Lund

Onsdagen den 10 november

- 10.30–12.00 **ST-program**
 ST-utbildningens nya målbeskrivning
 Annika Eklund-Grönberg, ordförande SFAMs Utbildningsråd
- 13.30–15.00 **ST-läkarnas kurser**
 IPULS – Magnus Cederholm och Kursdoktor – Ingemar Lönnqvist
 Ordförandemöte för SFAMs lokalföreningar
 Råds- och nätverksgrupper
 Studierektorer
- 12.00–15.00 **Möte med de allmänmedicinska institutionerna**
- 15.30 **Årsmöte – Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)**
- 19.00 **Mingel**

Torsdagen den 11 november

- 9.00 **Invigning med bl.a. föreläsning av**
 Merete Mazzarella: ”Reflexion – ytterligare ett måste?”
- 11.00–12.30 **Seminarier**
- | | |
|-------------------------------------|---|
| Nils I Nilsson | Avvikelseberättelser – att lära av att fela |
| Inger Enström | Ska vi sänka alla blodtryck till < 140/90? |
| Staffan Lindeberg | Tro och vetande – kunskapssyn inom allmänmedicin |
| Helene Ekström | Klimakteriet – utveckling eller avveckling |
| Merete Mazzarella/
Inge Carlsson | Skrivande allmänläkare – idéer kring kreativt skrivande – med övning! |
- 13.30–15.00 **Seminarier samt Presentation av examensarbeten i 2–3 sessioner**
- | | |
|-------------------|--|
| Birgitta Hovelius | Depressionens genusansikte |
| Peter Nilsson | Vem ska vi satsa på för kardiovaskulär prevention? |
- 15.30–17.00 **Seminarier samt Presentation av examensarbeten i 2–3 sessioner**
- | | |
|----------------|-------------------------------|
| Tommy Ahlklint | Sjukskrivning – och sedan då? |
| Gösta Eliasson | Vad ska vi ha Fammi till? |
- 18.30 **Diplomering**
- 19.30 **Gåsmiddag**

Fredagen den 12 november

- 8.30–9.30 **Symposium: Sjukvårdens allemansrätt eller allemansrätt i sjukvården?**
– Johan Berglund, SFAMs ordförande
- 9.30–10.00 **Jakten på biologin i ”kvinnligt” och ”manligt” - Begreppsförvirring och stereotypa idéer i medicinsk forskning kring könsskillnader. Föredrag** – Katarina Hamberg, Umeå
- 10.30–12.00 **Seminarier**
- | | |
|--|--|
| Johan Berglund | Visioner inom allmänmedicinsk forskning |
| Margareta Söderström/
Sigvard Mölstad | Sömniga barn med svinkoppor, snuva och andra rara ting – dags för läkarbesök |
| Tommy Jönsson | Jägar-samlarkost – teori och praktik |
| Ulrika Cederberg | Hjärtsvikt – bättre diagnostik nödvändig? |
| Essie Andersson/
Brita Bergöö | Hur känns det, doktorn? – prova på Balintgrupp |
| Robert Svartholm | Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog – ASK – en låda för allmänläkares utveckling. Vi lyfter på locket! |
- 13.00–14.30 **Seminarier**
- | | |
|-------------------|--|
| Johann Sigurdsson | Riskepidemin – bör den bekämpas? |
| Mogens Hey | Allmänmedicinens språk |
| Patrik Midlöv | Läkemedel till äldre – hjälper eller stjälper? |
| Renee Vickhoff | Bristbruk, friskbruk, riskbruk och missbruk av alkohol |
| Alf Johansson | Samordnad vårdplanering i primärvården |
- 15.00 **Avslutning med bl.a. föredrag av Bengt Mattsson, Göteborg ”Att ta med sig hem...”**

Posterutställning

Deltagarna inbjuds att presentera projekt i posterform. Sammanfattning (senast den 15 september) kommer att publiceras på konferensens hemsida och i tryckt broschyr (Sammanfattningar från SFAMs höstmöte 2004). I denna broschyr kommer också sammanfattningar av alla seminarier att publiceras. Förfrågningar: Birgitta Hovelius (*Birgitta.Hovelius@med.lu.se*)

Konstutställning

med inbjudan till deltagarna i konferensen att komma med sina konstverk till höstmötet. Förfrågningar: Al-Saadi Munira (*Munira.Al-Saadi@skane.se*)

Bokutställning

med böcker skrivna av allmänmedicinare. Förfrågningar: *inge.karin@telia.com*

Välkomna till höstmötet i Lund!

Anmälan sker på SFAMs hemsida (www.sfam.se)

Förfrågningar: Gunnar Sandström (*gs@bostream.nu*)

Organisationskommittén

Ingrid Gustafsson, ordförande, Munira Al-Saadi, Inge Carlsson, Mogens Hey, Birgitta Hovelius, Tommy Jönsson, Julijana Kosjerina, Gunnar Sandström, Magdalena Stolz, Staffan Olsson.

Svensk förening för allmänmedicin:

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Tommy Jönsson, 070-202 78 02
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.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

Inger Bylén, 070-626 88 15
inger@lje.nu

Övriga ledamöter

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

Annika Eklund-Grönberg

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

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@swipnet.se

Jan Sundquist, 073-966 12 76
Jan.sundquist@klinvet.ki.se

Arbetsutskott:

Johan Berglund, Tommy Jönsson,
Karin Lindhagen, Lars Borgqvist och
Inger Bylén.

Kansli

Heléne Swärd
Tel 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
Tel: 0485-151 33
olle.staf@ltkalmars.se

ST-rådet

Ordförande: Eva Jaktlund
Tel: 0690-15 691
eva.jaktlund@swipnet.se

Utbildningsrådet

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

Forskningsrådet

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

VÄSTERBOTTEN

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

JÄMTLAND

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

VÄSTERNORRLAND

Anders Lundqvist
tel 070-234 26 36
anders.lundqvist@lvn.se

GÄVLEBORG

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

DALARNA

Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se
tel 0241-498 505

VÄRMLAND

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

ÖREBRO

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

VÄSTMANLAND

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

UPPSALA

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

SÖRMLAND

Tomas Havland
tel 0152-210 51, 070-222 89 21
t.havland@telia.com

STOCKHOLM

Sonja Modin
Sonja.modin@sspo.sll.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

NORRTÄLJE

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

GOTLAND

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

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Charlotte Joborn
tel 0490-870 33
charlottejo@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
tel 0480-819 63

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Tel 0371-842 10
bostad 0370-971 10

KRONOBERG

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

BLEKINGE

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

SYDOSTSKÅNE

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

NORDOSTSKÅNE

Sven Erik Svensson
tel 044-24 97 50

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
tel 0413-641 25, vx 0413-641 00
fax 0413-632 58
inge.karin@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
tel 042-229200

Riskbruk

Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

SFAM post.doc

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

Studierektorskollegiet

Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.se

Transkulturell allmänmedicin

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

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

Euract

Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip

Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

LUNDATRAKTEN

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

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

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

SÖDERSLÄTT

Lars Falck, Christina Nilzén och
Marie-Louise Remnéus
tel 040-58 60 65
thomas.stavne@telia.com

HALLAND

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

STOR-GÖTEBORG

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

NORRA ÄLVSBERG

Göran Wennberg
goran.wennberg@vgregion.se
Claes Hegen
claes.hegen@vgregion.se
Benny Lorentzon
benny.lorentzon@vgregion.se

SÖDRA ÄLVSBERG

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

SKARABORG

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

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 Ornsköldsvik
tel 070-234 26 36
anders.lundqvist@lvn.se

Roland Morgell
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
tel arbete: 08-524 887 38
roland.morgell@klinvet.ki.se

Karin Ranstad
Nättraby vårdcentral, Nättraby
tel arbete: 0455-73 57 21
karin.ranstad@ltblekinge.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
www.mediahuset.se
Gunnar Brink
Box 29, 450 71 Fjällbacka
tel 0525-323 52, fax 0525-329 29
gunnar@mediahuset.se

Annonser

Bengtson & Sundström
Mediakommunikation AB
Tjärhovsgatan 32, 116 21 Stockholm
tel 08-10 39 20, fax 08-10 39 15
info@bs-media.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Utgivningsplan för AllmänMedicin

Nr	Manusstopp	Utgivning
4	9/8	23/9
5	20/9	2/11
6	8/11	20/12

Hemsida

Tommy Jönsson, webbredaktör
Arlövs vårdcentral, Burlöv
tel arbete: 040-53 69 00
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.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

Albert

och meningen med livet

Han är i regel på gott humör, Albert. Jag hälsade på honom i fredags igen. Sköterskorna på äldreboendet hade berättat att han verkade ha det besvärligt med andningen.

Det första man ser när man kommer in i Alberts finrum är ett stort prisskåp fullt med medaljer, pokaler och silverskedar i olika storlekar. På väggarna hänger olika diplom. Och på hyllan under prisskåpet med sina glasörrar ligger en fullmatad pärm med olika tidningsurklipp. Albert minns inte mycket av vad som hänt de senaste 20 åren. Frågar jag honom kan han inte redogöra för vilken årstid det är, än mindre för sin adress eller sitt postnummer. Men börjar jag fråga honom om pris-samlingen fylls hans ögon med liv, och han berättar gärna om när han tog SM-guld och fick skaka hand med prins Bertil. Albert tillhörde en gång den yppersta svenska eliten i sin idrott. På väggen mitt emot prisskåpet finns ett foto av Albert i sin krafts dagar, man slås av den fasta blicken och den bestämda hakan, ett sådant ansikte som Amelin brukade måla.

Nu bor han på ett gruppboende för senildementa, i mina ögon ett ganska tråkigt liv, men Albert verkar tycka att han har det bra. Jag undersökte honom sittande på soffan och det var inte särskilt svårt att ställa diagnosen, sviktande hjärtmuskelfunktion. Det kommer vi för en tid att kunna avhjälpa med mediciner.

Just när jag skall gå ser jag ett munspel ligga på soffbordet.

– Jaså, spelar du munspel Albert?

– Nja, jag vet inte, svarar han. Spelandet har uppenbarligen inte samma dignitet för honom som hans tidigare idrottskarriär. – Får jag prova ditt munspel lite, frågar jag.

Albert nickar lite förstrött.

– Jadå, säger han.

– Vad skall jag spela då, frågar jag.

– Spela Gubben Noak, om du kan den.

Så jag spelar några takter ur Gubben Noak.

– Du borde spela lite varje dag Albert, det är bra för hjärtat, avslutar jag konsultationen.

När jag går ut från avdelningen där Albert bor hör jag *Drömmen om Elin* svagt från Alberts rum...

Jag undrar om det är munspelet eller Lanacristen som kommer att göra mest nytta för honom...



Foto: Ulf Måwe

Björn Olsson
bjorn.olsson@nll.se

2004

November

Laegedage 2004

8–12 november
Köpenhamn
För mer information se
www.laegedage.dk

Riksstämman 2004

24–26 november Svenska Mässan,
Göteborg, www.svls.se

Family Medicine Forum 2004

(College of Family Physicians of
Canada)
25–27 november Toronto, Canada

IT i vården - terminologi

10–11 november, Stockholm
www.sfmi.se

SFAMs höstmöte

Den 10–12/11 i Lund

2005

Februari

Fortbildningssamordnarmöte

Kursdiktorn arrangerar
10–11 februari

Juni

14:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin

Stockholm 16–18 juni 2005

ST-dagar i Örebro

SFAMs St-råd arrangerar
10–12 februari, kontaktperson: Eva
Jaktlund eva.jaktlund@swipnet.se

Augusti

The International Balint Congress

Stockholm 24–28 augusti 2005

Mars

Att vara personlig läkare - kompetens, arbetssätt och organisation

8–9 mars, Bergendal kurs & konfe-
rens, Sollentuna, www.bergendal.se
Kontaktperson Göran Sjönell.
Intresseanmälan före 15 dec till
goran.sjonell@kvam.nu

Medical Informatics in Eu- rope 2005

28 aug–1 sep, Geneve
www.MIE2005.net

April

Upprop Primärvårdskonferens i Jönköping

5–6 april, arrangerat av Kulturum.
Tema: Klokskap, vetenskap och galen-
skap. Anmälan:
www.lj.se/primarvardskonferens2005

September

11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine

3–7 september Kos, Grekland

December

Vitalis 2005.

Medicinsk informatik.
12–15 december, Göteborg
www.vitalis.nu

EAPC: 9th Congress of the European Association for Palliative Care

6–10 april, Aachen, Tyskland



Maj

Konsultationsmetodik på Kalymnos

20–27 maj, kontaktperson Jan Helge
Larsen, jhl@dadlnet.dk

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

Wonca Asia Pacific Regional Conference

27–31 maj Kyoto, Japan

Senaste granskning genomfördes
040406. För närmare presentation
av aktuella kurser var god se
www.kursdiktorn.nu