AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 6 2004 ÅRGÅNG 25

Fångarna i primärvården – allmänmedicin blir primärvårdsmedicin/sid 15

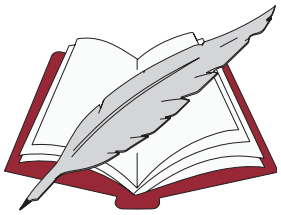
SFAM.L granskar Score/sid 5 • Reportage från McWhinneyland/sid 27

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Skriv i AllmänMedicin!

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

Klar vinterdag i Örnsköldsvik.
Omslagsfoto: Anders Lundqvist

3 **Ledare**
Hög tid att gå från ord till handling
Karin Ranstad

5 **Avhandling**
Tidig upptäckt av psykos – viktig uppgift för primärvård
Gunvor Strömberg

7 **Vetenskap och utveckling**
Antikoagulationsbehandling på en vårdcentral – få blödningar men också få obduktioner. *Jan Bleckert*

11 **Praxis**
Projekt Sustains – journaltillgång över Internet
Ture Ålander, Benny Eklund, Ingrid Joustra-Enquist

15 **Vetenskap och utveckling**
Nyckeltal – metod för att beskriva primärvårdens resultat och effekter. *Ingemar Bergstrand*

FoU-rapport om KOL

16 **Projekt**
Återvinna familjeläkare – går det? *Meta Wiborgh*

19 **Debatt**
Replik: Fångarna i primärvården – allmänmedicin blir primärvårdsmedicin. *Gösta Brydolf*

Är det skriftliga provet användbart?
Inge Carlsson, Anders Fredén

23 **SFAMs höstmöte**
Att ta med sig hem... *Bengt Mattsson*

Redaktionens testpatrull sätter betyg på höstmötet

Rapport från årsmötet – utnämningar och examen
Anders Lundqvist

Ian MacWhinney utsågs till hedersledamot
Mogens Hey

29 **Fortbildning**
Att (över)leva gott som läkare – eller att använda hjärnan rätt och trivas på jobbet. *Anna-Karin Svensson*

Gigantisk men välorganiserad Wonca-kongress i Florida
Gustaf Lilliehöök

Att lyssna till en historia – hur påverkas vi som läkare?
Tina Nyström Rönnås

37 **Recensioner**
Att vara doktor. Läkare berättar om sin vardag
Vensjukdomar – både lärobok och uppslagsbok
Roland Morgell

39 **Notiser**

40 **SFAM informerar**
Om samarbetet mellan lokalföreningarna och den centrala styrelsen i SFAM. *Karin Lindhagen*

Allmänmedicinens syn på Medicinska Kvalitetsrådets roll
Kjell Lindström

Kontaktpersoner

44 **Krönika, kalendarium**
Tacksamhet kan man visa på olika sätt
Elisabet Jernby

Tidig upptäckt av psykos – viktig uppgift för primärvård.
Avhandling av Gunvor Strömberg.
Sidan 5

Återvinna familjeläkare – går det?
Den frågan ställer sig Meta Wiborgh.
Sidan 16

”Vi tror att provsituationen väcker till liv ingrodda reflexer från åratals tentor; man vill först och sist exponera sina faktakunskaper och tappar fokus på en reflekterande klinisk handläggning.”

Är det skriftliga provet användbart?
Debattartikel.
Sidan 20

Ledningen för Fammi, Gösta Eliasson och Elisabeth Linder, medverkade på SFAMs höstmöte.
Läs mera om höstmötet på sidan 23

ANNONS

Hög tid att gå
från ord till handling!

Ylva Johansson

Foto: Per Lundblad

Eva Nilsson Bågenholm

Foto: Per Lundblad

Benny Ståhlberg

Höstmötet blev det största i mannaminne med cirka 450 allmänläkare i ett höstruskigt Lund. Inbjudna gäster bidrog till diskussionen. DLFs ordförande Benny Ståhlberg lyfte fram Protos, det förslag till nationellt familjeläkarsystem som bland annat DLF och SFAM gemensamt tagit fram. Läkarförbundets nya ordförande Eva Nilsson Bågenholm invigningstalade och nytillträdda vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson talade om allemansrätt i sjukvården. Frågan är hur personförändringarna kommer att påverka svensk allmänmedicin?

Läkarförbundets policydokument om den framtida sjukvården innefattar Protos och Eva Nilsson Bågenholm har målsättning att genomföra ett nationellt familjeläkarsystem under sin tid som ordförande. Hon gav ett intryck av personlig övertygelse om primärvårdens betydelse. Hon såg dock att det finns hinder på vägen med att förankra detta bland svenska läkare.

Ylva Johansson aktade sig för att binda sig med löften och uttalanden. Primärvården var dock ett prioriterat område, liksom äldreomsorg och psykiatri. Hon har funderat över hur det kan vara att var läkare i primärvården och ”sätta människan framför sjukdomen” och hur man kan bygga in incitament för tillräcklig förändringskraft i sjukvården. Och över befolkningens oro för att vården inte ska fungera samt över vårdens olika driftsformer. Till våren räknar hon med att lämna besked om sjukvårdspolitiken.

Vi förväntar oss nu att ministern låter sig informeras av allmänmedicinens företrädare, både allmänläkare och distriktssköterskor. Praktisk problemlösning måste ges högre prioritet än revirstrider och politisk retorik. Det är dags att visa i konkret handling hur allmänmedicinen ska ges förutsättning att vara basen i svensk sjukvård. Under våren väntar vi därför konkreta förslag i viktiga frågor:

- Hur familjeläkarsystem enligt Protos kan prövas i någon del av landet, samtidigt som man utreder hur övriga delar av primärvården kan integreras i systemet.
- Hur antalet allmänläkare ska ökas för att tillgodose lagens krav om varje medborgares rätt till fast kontakt med en allmänmedicinsk specialist.
- Hur fortbildning och forskning i allmänmedicin kan ges bättre förutsättningar.
- Hur närsjukvårdsbegreppet hindras från att bli en täckmantel för att bibehålla sjukhusspecialisternas öppenvårdsmottagningar på generalisternas bekostnad.
- Hur konsekvenserna av kommande pensionsavgångar ska mildras.

Vi hoppas att den nya vårdministern har förmåga att genomföra de förändringar i svensk sjukvård som hennes företrädare pratat om, och att läkarförbundet håller fast vid sin syn på allmänmedicin som basen i svensk sjukvård och förmår hantera det interna motståndet mot förändring. Då har en ny politiskt situation uppstått, som öppnar nya möjligheter till utveckling av svensk allmänmedicin, i samarbete med övriga professioner i primärvården.

Karin Ranstad
Redaktör

ANNONS

Tidig upptäckt av psykos viktig uppgift för primärvård

Gunvor Strömberg

Fler psykoser kan upptäckas tidigt om primärvården får utbildning i riskvärdering inför ett eventuellt psykosinsjuknande och samarbetet med psykiatrin förbättras. Det är en av slutsatserna som Gunvor Strömberg drar av sitt avhandlingsarbete, som hon här sammanfattar.

Tidig behandling av psykos kan sannolikt lindra förloppet och förhindra en del självmord och våldshandlingar. Eftersom patienterna i regel söker primärvård i tidigt skede, ville vi undersöka möjligheterna till tidig upptäckt. Distriktsläkare, distriktssköterskor och kuratorer/psykologer i primärvården samt psykiatriker ombads identifiera tecken och symtom på psykos i tre patientfall; med schizofreni, Aspergers syndrom samt ett med synnerligen misstänkta symtom på tidig psykos.

Resultaten visade att det behövs utbildning både inom psykiatrin och primärvården när det gäller riskbedömning inför ett eventuellt psykosinsjuknande. Vi antog att psykiatrikerna skulle upptäcka fler symtom än andra, men det fanns inga signifikanta skillnader utan förmågan föreföll mer sammanhänga med intresse än med utbildning/träning eller bakgrund, eftersom riskbedömningen i ett tidigt skede är ett relativt nytt område för såväl psykiatrin som primärvården. Yrkeskategorin kuratorer/psykologer hade bästa resultaten men allra bäst hade en distriktssköterska.

Journaler från primärvården studerades även retrospektivt två år respektive sex månader innan patienten fått diagnos psykos vid psykiatrisk klinik. 70% av distriktsläkarnas anteckningar innehöll uppgift om tidiga tecken på psykos, vilket innebar att distriktsläkarna i stor utsträckning upptäckt symtomen. Patienterna sökte primärvården i ett tidigt skede av psykosutvecklingen och de sökte ofta p.g.a. diffusa symtom och hos många olika läkare.

Det fanns skillnader mellan diagnosgrupperna. De med schizofreni som föregåtts av annan psykos hade högst antal anteckningar om symtom med psykiatrisk valör. För att korrekt kunna bedöma tidiga tecken och symtom på psykisk sjukdom, behöver distriktsläkaren träffa patienten under en längre tid. Många av dessa patienter hade inte sökt sin egen vårdcentral eller den distriktsläkare man listat sig hos, utan andra vårdcentraler eller distriktsläkare, vilket skulle kunna vara ett tidigt fenomen i samband med psykosinsjuknande. De med schizofreni/schizoaffektivt syndrom besökte primärvården i mindre utsträckning än övriga och de besökte även fler andra vårdcentraler än sin egen.

Intrycket var att man i de flesta fall, trots tidspress vid akuta besök, försökt fånga psykiska valörer. Om man inte kunnat klara alla problem akut, fick patienten återbesök relativt snart. När patienten sökt för akut somatiskt problem t.ex. halsfluss eller mindre olycksfall, fanns inga anteckningar av psykisk valör, vilket är naturligt. Det fanns få anteckningar om suicidtendens. Anledningen kan vara att distriktsläkarna inte antecknat förnekande eller att de inte aktivt frågat.

Slutsatser

Distriktsläkare som möter personer i åldern 20–40 år med t.ex. oro, apati och koncentrationsstörningar kombinerat med exempelvis störningar i hur de uppfattar sig själva och sin omvärld, måste vara medvetna om att det kan vara risk för ett psykosinsjuknande. Möjligheten bör särskilt övervägas om patienten söker ofta eller många andra läkare. Vid genomgång av journalerna bedömde vi att distriktsläkarna med de kriterier vi satt upp skulle kunnat upptäcka nästan varannan patient som riskerade insjukna i psykos. Med utbildning och bättre samarbete med psykiatrin skulle ytterligare psykoser kunna upptäckas tidigt. Upptäckt av tidiga tecken på psykos måste följas av mod att agera, det måste även finnas lyhördhet inom psykiatrin när distriktsläkaren misstänker psykos. Vid misstanke om psykos bör suicidrisk bedömas.

Gunvor Strömberg
Trehörningsjö, Ångermanland
gunvor.stromberg@swipnet.se

Datum: 1 oktober 2004.

Avhandling: *Serious mental illness. Early detection and intervention by the primary health service. De allvarligt psykiskt sjuka – primärvårdens möjligheter till tidig upptäckt och tidiga åtgärder.*

Författare: Gunvor Strömberg

Institution: Institutionen för kliniskt vetenskap, psykiatri och Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, allmänmedicin, Umeå universitet

Handledare: Mikael Sandlund, Annika Dahl, Hans Malker, Göran Westman

Opponent: Bengt Mattsson

ANNONS

Antikoagulantiabehandling på en vårdcentral
– få blödningar men också få obduktioner

REFERENT GRANSKAD

I en observationsstudie på Hedemora vårdcentral följdes alla patienter med antikoagulantiabehandling upp efter två år i syfte att undersöka incidensen av allvarliga och fatala blödningar. På grund av låg obduktionsfrekvens i samband med plötsliga dödsfall kunde incidensen av sådana blödningar inte anges noggrannare än 10–25/1000 behandlingsår, varav 5–20/1000 fatala.

”Är husläkaren farlig för den Waranbehandlade patienten ?” löd rubriken för ett replikskifte i Läkartidningen 1992 [1]. Läkemedelsverkets företrädare hävdade att antikoagulantiabehandling borde centraliseras till specialmottagningar på grund av att frekvensen blödningskomplikationer vid en undersökning visats sig vara betydligt lägre där än på vårdcentral. Vid en femårsuppföljning av antikoagulantiabehandling (AVK) vid en distriktsläkarmottagning i Åkersberga 1992–1997 [2] fann man allvarliga blödningar i en frekvens av 44/1000 behandlingsår, varav 21/1000 med dödlig utgång, samt en betydande underrapportering. Blödningsincidensen var däremot klart lägre i kontrollerade, randomiserade studier av hårt selekterade, oftast yngre populationer [3] (13/1000). Å andra sidan har man sett förhållandevis hög frekvens större blödningar även i andra systematiska uppföljningar i klinisk praxis både internationellt [4] (30/1000, varav 6/1000 fatala) och nationellt vid en specialistmottagning [5] (45/1000, varav 5/1000 fatala). Detta belyser svårigheterna att jämföra kvalitén på olika AVK-mottagningar vad avser blödningskomplikationer utanför kontrollerade studier, eftersom patientunderlagen kan skilja sig åt väsentligt till exempel vad gäller diagnoser, åldersprofil och behandlingsintensitet. Det finns ytterligare svenska studier som belyser riskvärdering av AVK-behandling i primärvården, även i jämförelse med specialistvården [6], [7]. Slutsatsen i dessa var att antikoagulantiabehandling föreföll väl så säker i primärvård som på sjukhusmottagning.

Syfte

Att undersöka förekomsten av allvarliga blödningstillbud hos en population patienter med pågående antikoagulantiabehandling vid Hedemora Vårdcentral och att jämföra denna med den spontanrapportering som sker enligt gällande rutin. Att använda erhållna data i det fortsatta kvalitetsarbetet på vårdcentralen.

Material och metod

AVK-verksamheten på vårdcentralen i Hedemora är organiserad så att varje distriktsläkare har huvudansvaret för sina egna patienter och, i den mån det är praktiskt möjligt, sköter de löpande ordinationerna. Utbildningsläkare, vikarier och ”stafettläkare” deltar normalt sett inte i verksamheten, varför de ordinarie läkarna också ansvarar för patienter utan fast läkare. Laboratoriepersonal förmedlar ordinationerna via telefonkontakt med patienterna och sammanställer data för den spontanrapportering av dödsfall och kända större blödningar som sker årsvis till närsjukhusets medicinmottagning enligt gällande rutin. Till grund ligger ett gemensamt vårdprogram för Landstinget Dalarna. Några förändringar i arbetssättet har inte skett, varken inför eller under studiens gång.

Som studiedesign valdes en modell snarlik den i Åkersberga-studien [2] i form av en prospektiv longitudinell deskriptiv observationsstudie. Alla patienter som behandlades med antikoagulantia på vårdcentralen i Hedemora den 14 mars 2002 inkluderades. Vid studiens start betjänade vårdcentralen hela befolkningen i Hedemora kommun på cirka 12.900 invånare. Endast ett fåtal AVK-patienter sköttes via specialistmottagning på sjukhus, och dessa inkluderades inte. De variabler som studerades var indikation, kön, ålder, orsak till avbrott/uppehåll, dödsorsaksdiagnostik hos avlidna, allvarliga och fatala blödningshändelser och INR-värden (International Normalized Ratio) i anslutning till dessa, eventuell samtidig behandling med salicylika samt spontanrapportering av blödningshändelser. Allvarlig blödning definierades som blödning som krävt inneliggande sjukhusvård eller blodtransfusion. Datainsamling skedde via genomgång av samtliga patientjournaler och ordinationsblad på vårdcentralen vid studiens start samt vid dess avslut två år senare, då även sjukhusjournaler, epikriser och obduktionsprotokoll undersöktes i förekommande fall. Ett fåtal avflyttade patienter efterforskades, antingen genom korrespondens med respektive AVK-mottagning, eller genom telefonkontakt med patienten i fråga.

Studien var ett led i kvalitetssäkringen inom ramen för den ordinarie verksamheten, vari också författaren har ingått. Någon ansökan till etisk kommitté ansågs därför inte nödvändig. Etisk kommitté bedömde den snarlika Åkersberga-studien [2] som ett kvalitetssäkringsprojekt.

Resultat

Sammanlagt 127 patienter, varav 75 män, inkluderades vilket motsvarade 1.0 procent av befolkningsunderlaget vid studiens början. Någon enstaka patient sköttes på specialistmottagning ▸▸

Tabell 1. Indikationer för behandling med perorala antikoagulantia. N = 127

Indikation	Antal	Procent
Venös		
Djup ventrombos och lungembolism	39	30.7
Sinustrombos	1	0.8
Arteriell		
Mekanisk hjärtklaff	12	9.5
Förmaksflimmer med embolisk händelse	30	23.6
Förmaksflimmer utan embolisk händelse	23	18.1
Cerebrovaskulär sjukdom och TIA	13	10.2
Perifer artärsjukdom	7	5.5
Övrig hjärtsjukdom	2	1.6
Summa	127	100

på Avesta lasarett. Det exakta antalet är okänt, men det rörde sig om maximalt tre. Patienterna var mellan 24 och 93 år, med en medelålder på 72,3 år och en medianålder på 75 år. 31 procent var över 80 år. Ingen hade samtidig behandling med acetylsalicylsyra. Indikationerna framgår av Tabell 1.

Samtliga 127 patienter kunde följas upp vid studiens slut två år och totalt 196 behandlingsår senare. Då hade 17 patienter avlidit, och för sju av dessa hade behandlingen avslutats. Det bedömdes inte föreligga något samband mellan AVK-behandling och dödsorsaken för någon av dem. Av de som tio kvarstod på behandling, avled fem i terminal cancer. Resterande fem var plötsliga dödsfall i hemmet eller kort efter ankomst till sjukhus. Omständigheterna kring dessa redovisas nedan samt i tabell 2.

Fall 1.
61-årig kvinna i enskilt boende inkom till sjukhus med svår huvudvärk och avled efter kort tids vård. Datortomografi hann påvisa ett stort akut subduralhematom som troligen uppkommit i samband med ett ringa skalltrauma. Detta fall spontanrapporterades. Vid genomgång kunde man inte finna några påverkbara faktorer som skulle kunna ha ändrat på utgången.

Fall 2.
74-årig man i enskilt boende med kroniskt förmaksflimmer och ischemisk hjärtsjukdom avled i hemmet. Klinisk obduktion visade inga tecken på blödning.

Fall 3.
81-årig man i enskilt boende med recidiverande retinalembolisering och tidigare mindre cerebral infarkt. Inkom till sjukhuset med sjunkande medvetandegrad och huvudvärk i anamnesen och avled snabbt. Obduktion genomfördes inte och dödsorsaken fastställdes till cerebrovaskulär sjukdom, ospecificerad.

Fall 4.
81-årig kvinna i enskilt boende med kroniskt förmaksflimmer hittades död i hemmet efter att hon plötsligt slutat prata under pågående telefonsamtal. Dödsorsaken fastställdes till hjärtinsufficiens och arterioskleros utan obduktion. Senaste INR-värde var lätt förhöjt och warfarindosen hade minskats. Inga kända läkemedelsinteraktioner.

Fall 5.
69-årig man i enskilt boende med tidigare cerebral infarkt och hjärtinfarkt. Hustrun tillkallade ambulans när maken plötsligt blev okontaktbar. Utan livstecken dödförklarades han på akutmottagningen. Ingen obduktion utfördes och dödsorsaken fastställdes till hjärtsvikt. Inga kända läkemedelsinteraktioner.

Tabell 2. Plötsliga dödsfall under pågående AVK-behandling

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5
Ålder	61	74	81	81	69
Huvud-indikation	Mekanisk hjärtklaff	Förmaks-flimmer	Perifer artärsjukdom	Förmaks-flimmer	Cerebrovaskulär sjukdom
Önskat INR	3.6 – 5.0*	2.0 – 3.0	1.8 – 2.4**	2.0 – 3.0	2.0 – 3.0
Sista INR	3.7	2.7	2.0	3.2***	1.9***
Antal dygn efter sista INR	7	21	11	12	5
Angiven dödsorsak	Subdural-hematom	Cirkulationssvikt Kardioskleros	Cerebrovaskulär Sjukdom UNS	Hjärt-insufficiens	Hjärtsvikt
Obduktion	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Röntgen	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Säker**** dödsorsak	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

* Förutom mekanisk klaff även uttalad venös trombosbenägenhet med koagulopati.
** Tidigare glaskroppsblödning.
*** Ej terapeutiskt värde
**** Författarens värdering

Slutligen påträffades ett fall av allvarlig blödning. En 81-årig man med mekanisk hjärtklaff intensivvårdades på grund av en stor gastrointestinal blödning. Cancer i bukspottkörteln upptäcktes men ingen säker blödningskälla. Trots att behandlingen blev konservativ fick man återinsätta warfarin på grund av hjärtklaffen. Utan ytterligare blödningar avled han fyra månader senare in sin grundsjukdom. Detta fall spontanrapporterades inte.

Sammanfattningsvis kunde man med säkerhet konstatera ett fall av intrakraniell blödning med dödlig utgång, samt en allvarlig gastrointestinal blödning efter knappt 200 behandlingsår.

Den fatala blödningen spontanrapporterades. På grund av att dödsorsakerna i tre fall var osäkra, har jag valt att redovisa incidensen av allvarlig blödning i studiepopulationen som min/max. Sammanräknat således 10–25/1000 behandlingsår, varav 5–20/1000 med fatal utgång.

Diskussion

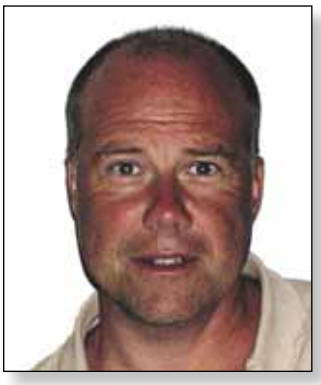
Att göra jämförelser med de observationsstudier som refererades i inledningen är vanskligt på grund av olikheter i design och studiepopulationer. Denna studie är dessutom liten med ett fåtal händelser och därmed stor risk för slumpvariation. En blödningshändelse ger en förändring i incidenstalet på 5/1000 behandlingsår. En maximal allvarlig blödningsincidens på 25/1000 behandlingsår, varav maximalt 20/1000 med fatal utgång, får ändå betraktas som ett lågt värde. I stort sett alla patienter i befolkningsunderlaget ingick, även högrisk-patienter såsom multisjuka och patienter i särskilda boenden. En intressant skillnad mellan populationerna i Åkersberga-studien [2] och Hedemora noteras. Medianåldern var betydligt högre i Hedemora än i Åkersberga (75 respektive 69 år).

I en svensk kartläggning av komplikationer vid antikoagulantiabehandling vid en specialistmottagning [5], redovisades en allvarlig blödningsincidens på 45/1000 behandlingsår, varav 5/1000 fatala. Här diskuterades också frågan om mörkertal avseende fatala blödningar på grund av uteblivna obduktioner. Författarna konstaterade att dödsbevisen ofta enbart byggde på patientens grundsjukdom och tidigare sjukhistoria. I vårt material sågs detta tydligt (fall 3, 4 och 5). Även den låga frekvensen obduktioner i samband med plötsliga dödsfall i denna studie kan vara föremål för slumpvariation. Men eftersom obduktionsfrekvensen i Sverige har minskat från omkring 50 procent år 1970 till 15 procent år 2000 [8] är det rimligt att fråga sig hur stort mörkertalet för fatal blödning i svensk vardagssjukvård kan vara. Paradoxalt i sammanhanget är att en blödning utan dödlig utgång lättare upptäcks och spontanrapporteras än den fatala, eftersom levande patienter oftast undersöks noggrannare än de redan avlidna. Man har hävdat att granskning av dödsorsaksstatistik och slutenvårdsregistrering skulle ge en mer realistisk bild av allvarliga blödningskomplikationer än spontanrapportering [9]. Det är möjligt att så är fallet, men det hjälper föga om dödsorsakerna är osäkra. Att warfarin på sikt kommer att ersättas av andra antitrombotiska läkemedel [10] utan krav på monitorering, minskar inte behovet av obduktioner, snarare tvärtom. Risken för sämre följsamhet i behandlingen och därmed sämre effektivitet måste rimligen öka när kontakterna med sjukvården blir glesare. Den låga obduktionsfrekvensen i Sverige idag berör självfallet många andra terapiområden utöver antikoagulantiabehandling.

Avslutningsvis några reflexioner kring det fortsatta kvalitetsarbetet på vårdcentralen. Verksamheten är patientnära och monitoreringen och uppmärksamheten på läkemedelsinteraktioner förefaller vara god. Denna observationsstudie visar inte på någon uppseendeväckande hög frekvens allvarliga blödningar. Jag bedömer att vi kan förbättra den regelbundna omprövningen av behandlingen, vilket helst ska ske aktivt genom årliga läkarbesök. Det gäller speciellt för patienter utan fast läkarkontakt. Spontanrapporteringen skulle kunna förbättras så att även fall med osäkra data redovisas. Att öka andelen obduktioner är önskvärt men är i praktiken svårare att få till stånd.

Referenser

1. Kriisa M. Är husläkaren farlig för den Waranbehandlade patienten? samt efterföljande replik av Björn Beermann (md). Läkartidningen 1992;89:3156.
2. Wändell P. Femårsuppföljning av 115 patienter behandlade med antikoagulantia. Blödningskomplikationer kan vara underskattade. Läkartidningen 1998;95:3673-4.
3. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med 1994;154:1449-57.
4. Landefeld CS, Beyth RJ. Anticoagulant-related bleeding: clinical epidemiology, prediction, and prevention. Am J Med 1993;95:315-28.
5. Taghavi A, Jonson T, Stockelberg D. Kartläggning av komplikationer vid antikoagulantiabehandling. Läkartidningen 1999;96:3421-4.
6. Wändell PE. Anticoagulant treatment of patients in Swedish primary health care. Safety aspects. Eur J Clin Pharmacol 2001; 57:61-4.
7. Jansson J, Westman G, Boman K, Nilsson T, Norberg B. Oral anticoagulant treatment in a medical care district – a descriptive study. Scand J Prim Health Care 1995; 13:268-74.
8. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2000 (Statistik – Hälsa och sjukdomar 2002:4). http://www.sos.se/FULLTEXT/42/2002-42-4/2002-42-4.pdf :47-49
9. Holming K, Nilsson G, Dovås L, Törnberg G. Blödningskomplikationer vid antikoagulationsbehandling. Undvik underrapportering. Kontrollera register! Läkartidningen 1996;93:2134-6.
10. Bergqvist D. Nya antitrombotiska principer närmar sig kliniskt bruk. Läkartidningen 2004;101:646-7.



Jan Bleckert, distriktsläkare Hedemora vårdcentral och för närvarande tf överläkare på medicinkliniken Avesta lasarett.

Jan Bleckert
Hedemora
jan.bleckert@ltdalarna.se

ANNONS

Projekt Sustains

– Journaltillgång över Internet

Landstinget i Uppsala län har sedan 1997 utvecklat ett informationssystem för åtkomst av primärvårdsjournalen och patientadministrativa uppgifter från Akademiska sjukhuset, som bedöms vara säkert och användarvänligt. Systemet har prövats på en husläkarmottagning i Uppsala. Möjligheten att läsa sin journal via Internet har prövats i domstol under hösten och stött på hinder, varför systemet inte kan genomföras generellt.

Bakgrund

Sjukvården brottas idag med många problem avseende informationshanteringen.

Framför allt vid vård på olika vårdnivåer saknas ofta information. Vid dessa informationsglapp är patienterna en resurs. Sett ur patientens synvinkel finns det situationer där man skulle önska sig tillgång till sina sjukvårdsuppgifter.

- Efter ett sjukvårdsbesök då man inte uppfattade riktigt vad läkaren sade eller vill kontrollera resultatet från en provtagning.
- På resande fot när man snabbt behöver information, exempelvis vid ett akut insjuknande.
- Äldre personer som behöver få hjälp och stöd från en nära anhörig i sina sjukvårdskontakter.
- Om man har ett kommunikationshandikapp såsom hörselnedsättning, afasi eller social fobi.

Som patient känner man ett motstånd mot att begära en journalkopia, den kan ju ses som en misstroendeförklaring. Dessutom innehåller en journalkopia på papper statisk information.

För att kunna hitta en lösning på ovanstående problem har projekt Sustains drivits i Uppsala mellan 1997 och 2001. Detta har gått ut på att ge ett antal patienter tillgång till sina egna sjukvårdsuppgifter via ett ”hälso- och sjukvårdskonto”, sjukvårdens motsvarighet till internetbank. Under projektets olika faser har patienterna kunnat läsa bland annat laboratoriesvar, läkemedel, journalanteckningar och planerade besök. Funktionell utvärdering och säkerhetsrevision har gjorts efter varje fas.

Under studien har följande delar testats:

- olika tekniska lösningar och olika autenticeringsmetoder
- olika sätt att erbjuda patienterna Hälso- och sjukvårdskonton
- olika nivåer av informationstillgång
- tillgång till journalen på kommunalt äldreboende (med patientsamtycke)

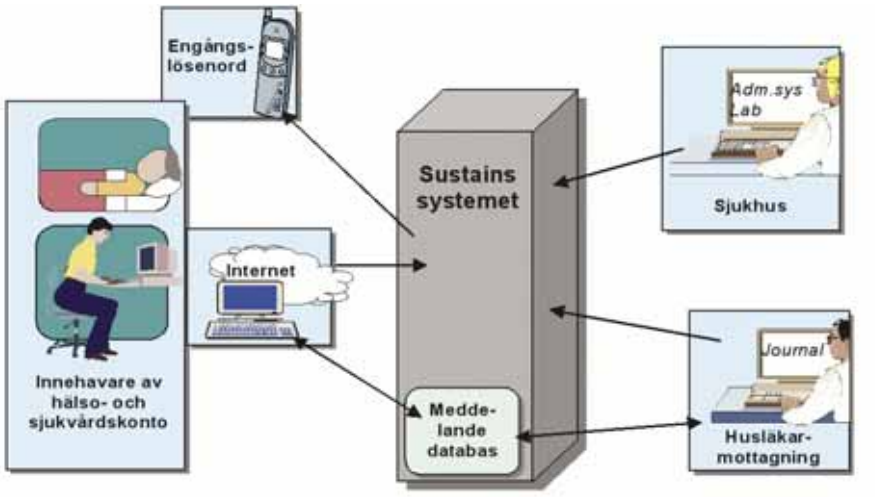
Utvärderingsenkät och intervjuer med vårdgivare och patienter har bl.a. adresserat följande:

- personprofilen på de patienter som anslutit sig
- eventuell oro inför framtiden, tankar om säkerheten
- önskemål om framtida tjänster, önskade förbättringar av systemet

Det förekommer projekt med internetaccess till medicinska journaluppgifter på andra håll i världen. PCASSO är ett sådant projekt som innebär att läkare och patienter kan ta del av journaluppgifter i ett intranät (1) I Boston har man fått journaluppgifter från olika datakällor i ett sjukhus samlade i en webbaserad lösning på ett säkert sätt (2).

Sustains (3) startade med finansiering från EU (Support Users To Access Information and Services, “Sustains”) tillsammans med andra projekt i bl.a. Italien, Grekland och Rumänien. 1997–1999 testades modellen med hälso- och sjukvårdskonton för första gången. De patienter som deltog (ca 50) kunde då se en översikt över sina vårdkontakter och diagnoser hämtade ur Akademiska sjukhusets vårdadministrativa system, InfoMedix. Vid den efterföljande utvärderingen, se tabell 2, kunde vi konstatera ett starkt önskemål om att läsa sin egen journal och man beslutade därför att inleda en ny projektfas, Sustains II, som kom att delfinansieras av KK-stiftelsen. I denna fas hämtades informationen ur primärvårdens journalsystem, Profdoc. Patienter på tre olika vårdcentraler i Uppsala län och Dalarna kunde då ansöka om hälso- och sjukvårdskonton. 100 patienter deltog i studien och av dessa deltog 68% i utvärderingen. Detta delprojekt avslutades under sommaren 2001.

På grundval av de utvärderingar som gjorts och patienternas önskemål, utformades en ny lösning som togs i drift 2003. Detta hälso- och sjukvårdskonto gjordes tillgängligt för alla patienter som var listade på en husläkarmottagning, Ture Ålander Läkarpraktik, i Uppsala. Cirka 15% av de 2300 listade patienterna anslöt sig. Det nya systemet, se figur 1, kan nu hämta information från primärvårdsjournalen, Akademiska sjukhusets vårdadministrativa system (det finns inte elektronisk journal där ännu) och sjukhusets laboratoriesystem. Utöver detta finns en meddelandedatabas för kommunikation mellan patient och hus- ▸▸



Figur 1. *Diagram som visar den tekniska lösningen i Sustains.*

läkare. Sustains har kommit längst när det gäller införandet av IT-teknologin i en reell sjukvårdsmiljö.

En presentation av Sustains med en demo finns att se på *http://www.lul.se/sustains*

Systemet bygger på mycket säkra lösningar både för säkerställande av användarens identitet och för överföring av uppgifter. Under projektet har det gjorts flera oberoende säkerhetsrevisioner. Patienterna får genom internetuppkopplingen tillgång till en avbild av delar av journalen och kan därmed inte påverka innehållet.

Rangordning	Tjänst
1	Läsa sin primärvårdsjournal
2	Läsa sin sjukhusjournal
3	Kommunikation
4	Sjukdomslexikon
5	Apoteksinköp
6	Läkemedelslexikon
7	Se planerade besök
8	Boka sjukresor
9	Se patientavgifter
10	Byta husläkare

Tabell 1. *Patienters önskemål om tjänster i ett Hälso- och Sjukvårdskonto 2001.*

Tjänster i Hälso- och sjukvårdskontot

I den tidigare delen av projektet framkom det att patienterna själva var bäst lämpade att avgöra om de ville använda sig av hälso- och sjukvårdskontot. Vid en enkät utförd 2001 framkom, att man framför allt önskade läsa sin journal och kommunicera med sjukvården. Tabell 1, visar i prioriteringsordning vilka tjänster patienterna önskade sig.

Hälso- och sjukvårdskontot är kopplat till journalen och visar efter inloggning en meny där patienten kan nå journaluppgifter som kontakter, planerade besök, dokument, patientuppgifter, läkemedel, laboratoriesvar, sjukskrivningar, överkänslighet, avgifter, journaltext och diagnoser. Länkar till Akademiska sjukhusets administrativa system och laboratoriesystem ingår också. Utöver detta finns en meddelandefunktion och vissa externa informationslänkar, PatientFASS, InfoMedica och Pion.

Figur 2 visar hur en sökning på kontakter visar sig för patienten i Hälso- och Sjukvårdskontot.

Begränsningar i Sustains

Tillgången via Hälso- och sjukvårdskontot har för inkommande och utgående dokument som röntgensvar, remissvar och epikriser begränsats avseende själva texten. För att få veta dessa måste patienten få besked direkt av läkaren. Detta för att vi bedömer att det där behövs en läkarkontakt för att kunna förklara innehållet för patienten.

För laboratoriesvar redovisas inte referensvärden. Journalanteckningar måste först vara bedömda och signerade av läkaren innan de kan läsas.

Den information patienterna får genom Akademiska sjukhusets patientadministrativa system (PAS) begränsar sig till datum för inkommande remisser, datum för besök och läkarnamn, vårdtider samt beräknad väntetid. I Sustainsprojektet måste patienten ge sitt samtycke till husläkaren att ta del av det Akademiska sjukhusets patientadministrativa system. Det har visat sig vara värdefullt för husläkaren att se om en remiss kommit fram eller ett mottagningsbesök planerats in på sjukhuset. För att patienterna skall veta att deras journal inte missbrukas förs det en logg som kan visa vem som tagit del av journaluppgifter.

Preliminär utvärdering

Införandet på husläkarmottagningen skedde i stort sett friktionsfritt. Januari till augusti 2003 gjorde 93 patienter 227 inloggningar i systemet. Sustains har inte inneburit en ökad belastning på mottagningen när det gäller förfrågningar om provsvar och bokningar, tvärtom har vi upplevt en minskning. Antalet kontakter med e-post mellan patienter och läkare har ökat i mindre omfattning. Journalskrivandet har påverkats såtillvida att journalen är tydligare med ökad användning av det svenska språket, klarare diagnoser och mer sökord. Allmänt var patienterna mycket nöjda med systemet. Patienter har deltagit i TV-program och tidningsintervjuer och delgett sin positiva inställning. Vår erfarenhet är att patient-läkarrelationen stärks och förtroendet för sjukvården stegras genom att tekniken gör det möjligt med direkt kontakt mellan läkare och patient. Det leder till en skärpning av diagnostik och behandling som leder till en kvalitetsförbättring.

Figur 2. *Sökning på kontakter i Hälso- och sjukvårdskontot.*

Referenser

1. Baker DB, Masys DR. PCASSO: a design for secure communication of personal health information via the internet. Int J Med Inf 1999;54(2):97-104.
2. Halamka JD, Osterland C, Safran C. CareWeb, a web-based medical record for an integrated health care delivery system. Int J Med Inf 1999;54(1):1-8.
3. Eklund, B, Joustra-Enquist, I. Sustains – Direct Access for the Patient to the Medical Record over Internet. E-Health - Current Situation and examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications, IOS Pess, 2004. p.182-189.
4. Landstingsförbundet. Alla kan vinn@ – e-relationer öppnar vården. Stockholm: Landstingsförbundet; 2002. Report No.: 2084.
5. Dom, Länsrätten i Stockholms län, 2004-10-12, Dnr 20776-03

Sekretess

Kraven på sekretess är väl uppfyllda. Ingen annan än patienten bestämmer om hon skall ha ett hälso- och sjukvårdskonto, och hon loggar in själv. Patienten kan ta hjälp av en anhörig om hon så önskar. Uppkopplingarna till hälso- och sjukvårdskontot loggas.

Läkaren som för journal är medveten om att texten kan läsas av patienten. Journalanteckningen måste signeras av läkaren innan den presenteras för patienten. Journaltext som läkaren inte vill att patienten skall läsa kan spärras via IT-avdelningen. Detta har hittills inte utnyttjats eftersom primärvårdsjournalen normalt förs på ett sådant sätt att den inte skadar patienten eller tredje person.

När det gäller journalens tillgänglighet för olika vårdgivare måste patienten själv lämna sitt samtycke.

Datainspektionen

Landstingsförbundet har pekat på vikten av att utnyttja IT i vården (4). Datainspektionen kopplades tidigt in på projektet och ombads ta del av genomförandet men var då inte intresserade. När Sustains skulle erbjudas alla listade på husläkarmottagningen för att senare införas i hela landstinget, skickades en förfrågan till Datainspektionen om ett skriftligt ställningstagande. Datainspektionen gjorde då bedömningen att lagen inte tillåter patienter att få direkt åtkomst till sin journal genom datorn, trots att läkaren gjort en sekretessbedömning innan. Det var överraskande eftersom en journalkopia på papper ger sämre kontroll än vad den loggade åtkomsten via datorn innebär. Beslutet grundade sig på att lagen bara tillåter befattningshavare inom vården att ha direkt åtkomst till vårdregister. Patienten själv kunde inte betraktas som ”befattningshavare” i lagens mening. Uppsala läns landsting överklagade beslutet till länsrätten som emellertid den 12 oktober i år i en dom delade datainspektionens bedömning (5).

Lagändring önskvärd

För att patienterna och vården skall kunna dra nytta av Sustains så måste således en lagändring till. I framtiden kommer allt mer av journalen vara datorbunden. Det är inte bra att den viktigaste aktören, patienten, utestängs från sina journaluppgifter bara på grund av ändrat lagringsmedium. Den tillsatta patient-datautredningen kommer att titta närmare på detta. Vi försöker nu hitta vägar för att kunna driva Sustains som ett projektarbete i väntan på en eventuell lagändring.

Ture Ålander

Ture Ålander
Ture Ålander Läkarpraktik, Uppsala,
ture@tapraktik.se

Benny Eklund
IT-avdelningen, Landstinget i Uppsala län

Ingrid Joustra-Enquist
IT-avdelningen, Landstinget i Uppsala län

ANNONS

Nyckeltal – metod för att beskriva primärvårdens resultat och effekter

Tidigare beskrivningar av sjukvård har dominerats av antal besök, telefonsamtal m.m. samt använd tid och förbrukade resurser, när man egentligen i stället vela veta vilka resultat man uppnått. Flera landsting samarbetar numera i ett projekt kallat Nysam – Nyckeltalsamverkan – med att ta fram så kallade nyckeltal för att på ett jämförbart sätt beskriva vårdens resultat.

En grupp med representanter för primärvård har genomfört ett pilotprojekt med syfte att studera möjligheten att med enkla manuella rutiner kunna hämta mer omfattande information ur befintliga journalsystem och kombinera detta med patientenkäter och beskrivningar av resurser.

I projektet valdes diabetiker som ”studieobjekt”. Då projektet initierades var få vårdcentraler anslutna till Nationella Diabetes Registret. Ambitionen var att i förlängningen kunna genomföra gemensamma kvalitetsstudier på ett stort antal vårdcentraler med enklast tänkbara verktyg. Vi har hittills dragit följande slutsatser:

- Avgränsning av population är en förutsättning för varje studie.
- Diagnosregistrering sker mycket ojämnt.
- Systematiken i registrering av journaluppgifter måste utvecklas.
- Många journaldatasystem med varierande förutsättningar.
- Verktyg för att enklare hämta information från systemen måste utvecklas.
- Sökordsbaserade uppgifter, exempelvis laboratorieresultat och läkemedelsförskrivning, är förhållandevis enkla att ta fram.
- Patientenkäter är tidskrävande. Samtidigt finns ambitionen att bättre fånga patientens upplevelse/livskvalitet och perspektiv på vården.
- Resultatuppföljning kräver nära samverkan mellan den enskilda vårdcentralens personal och ledningsnivåer för att garantera hög kvalitet på gjorda studier.
- Systemutveckling för att stödja kvalitetsarbetet är mycket angelägen.

Ingemar Bergstrand
Karlshamn
ingemar.bergstrand@ltblekinge.se

FoU-rapport om KOL

Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping har gett ut en rapport om tidig upptäck av KOL. Författare Susanne Ekedahl vid Rosenlunds vårdcentral i Jönköping. Rapporten finns tillgänglig via *www.lj.se/fouenheten*, där även tidigare rapporter kan erhållas.

Återvinna familjeläkare – går det?

Vad skulle behövas för att Du, specialist i allmänmedicin, men nu inte verksam som familjeläkare skulle bli det igen? Med den frågan i huvudet intervjuade jag elva specialister i allmänmedicin, som bytt bort att vara familjeläkare mot andra arbetsuppgifter.

För att vi ska uppnå en väl fungerande sjukvård i Sverige, krävs en starkare allmänmedicin, vilket i sin tur förutsätter fler familjeläkare. Det är en av idéerna i den nationella handlingsplanen för utveckling av svensk hälso- och sjukvård (1), och det är också en självklarhet för mig. Hur ska detta kunna gå tillräckligt fort? Det finns ju annars en klar risk att korten blandas bort i den sjukvårdsutveckling som pågår och att vi får något helt annat än den goda allmänmedicin som finns exempelvis i Danmark. Vi behöver bli många fler familjeläkare för att uppnå 1 familjeläkare/1500 invånare, och på det sättet kunna leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens § 5, om att alla skall ha rätt att välja en egen läkare och att denna ska vara specialist i allmänmedicin. Det blir vi genom att utbilda många nya ST–läkare. I Socialstyrelsens senaste uppföljning av den nationella handlingsplanen (2), konstaterar man att det behövs 350 nya specialister per år fram till år 2008, och inte de 250 som man tidigare räknat med. Det finns många specialister i allmänmedicin som valt att sluta arbeta som familjeläkare. (Jfr. siffrorna på antal specialistbevis allmänmedicin, ca 6000 med antalet verksamma familjeläkare drygt 4000). Om några av dessa kom tillbaka skulle förutsättningarna bli bättre att uppnå målet i nationella handlingsplanen. Vad behövs för att de ska komma tillbaka?

Intervjuerna

För att få ett grepp om vad som skulle behövas för att man som specialist i allmänmedicin skulle vilja komma tillbaka till att vara familjeläkare, genomförde jag elva intervjuer. Fem av dem gjordes i Stockholm, och sex i Luleå. Fyra kvinnor och sju män i åldersspannet 45–60 år deltog. Tre är verksamma inom företagshälsovård, tre är verksamma som läkare inom andra specialiteter, en verksam i forskning och utvecklingsarbete, två är verksamma i privatmottagning utan familjeläkaruppdrag och två är verksamma inom andra administrativa och utvecklingsområden. Urvalet i Luleå byggde på min personliga kännedom, och var ett försök att få en lämplig fördelning mellan olika nya jobb. I Stockholm hade jag inte den möjligheten. Jag vände mig där till studierektorerna i allmänmedicin och fick genom dem förslag på namn. Alla personerna intervjuades under ca 45 minuter, enligt en i förväg presenterad mall. Två personer intervjuades tillsammans.

Resultat

Det finns några saker som skulle göra att flera av de intervjuade skulle kunna börja arbeta som familjeläkare igen. Flera uttryckte en dröm, och en glädje och längtan vid tanken på återgång till familjeläkararbetet. Kvaliteter från det gamla provinsialläkarsystemet lyftes fram, och man pekade på ett antal konkreta punkter om arbetets innehåll.

- Längtan efter hantverket.
- Längtan efter att vara problemlösare.
- Hembesök.
- Klinisk forskning.
- Vi vet vad som skulle behöva göras, med t.ex. sjukskrivningsproblematiken, men har inte chansen i nuvarande struktur.
- Samhällsansvar, BVC, dagis, skola, vårdplanering för äldre.
- Omvårdnadsansvar.
- Kunna arbeta med prioriteringar.
- Intellektuell stimulans; utvecklingsarbete skall ingå i uppdraget, läsa, systematisk fördjupning.

Nästan alla tog upp behovet av utrymme och resurser för planerad kompetensutveckling.

Att vara lyssnande och inkännande räcker inte, det behövs verktyg för att göra arbetet bra.

- Det ska finnas utrymme för kompetensutveckling.
- Egen utbildningspeng.
- FQ-grupp.
- Professionell dialog är nödvändigt.
- Balintgrupp.
- Mentorskap.

Arbetsmiljön betydelse betonades.

- Att bli sedd, att bli värderad för det man gör. Detta är en ledningsfråga men också en kollegial fråga.
- Bli respekterad av kollegorna trots att man arbetar deltid med patienter.

Jag fann ingen entydig inställning till familjeläkarrollen hos de intervjuade. Där fanns både de som tydligt markerade det viktiga i det egna ansvaret och behovet av roll som personlig läkare. Men det fanns också de som hade önskemål om mer teamarbete.

Det som går igen hos alla är behovet av egen kontroll och möjlighet att kunna avgränsa och själv kunna disponera vardagen.

SFAMs förre ordförande Meta Wiborg är ute och spanar efter försvunna familjeläkare.

- Makt över tidboken
- Boka och disponera tiden så det passar mig.
- Ingen ska jobba 40tim/v på mottagningen, slentrian måste förebyggas.
- Hitta former som motverkar den stress som uppstår pga. tidsramarna.
- Modell för att inte behöva vara ensam med svåra beslut.
- Läkaren som spindeln i nätet.
- Läkare som chef.
- Nej till beställningsjobb.
- Jag vill inte känna mig köpt.
- Indirekt arbete = NEJ.

Slutsats

Landstingen borde använda en del av de pengar som finns knutna till den nationella handlingsplanen för utveckling av svensk hälso- och sjukvård, för att ge möjlighet till den typ av förändring mot en större mångfald och flexibilitet som specialister i allmänmedicin efterfrågar som en förutsättning för att bli familjeläkare.

Meta Wiborgh
Bergnäsets VC, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

Referenser:

(1) Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149)

(2) Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Årsrapport 2004

Call for abstracts

Welcome to the

14th Nordic Congress of General Practice

Stockholm, Sweden — 15–18 June 2005

"General Practice in a changing world"

The focus of the congress is on medical issues as well as the political and social conditions fundamental to public health.

The SCIENTIFIC PROGRAMME will cover

• Illness certification – rules and practices in the Nordic countries
• Physical activity and health • The elderly in an ageing population – a challenge for the general practitioners
• The stomach and the general practitioner – the key to health
• Medical informatics in general practice
• Island medicine – rural medicine surrounded by water
• General practice for minorities in the Nordic countries
• Medicine for immigrants

Closing PLENARY SESSION on Saturday: Health and democracy – importance beyond medicine: equality, pluralism and ethics in a democratic society as a prerequisite for the development of good health. Our distinguished panel of debaters include: Signhild Vallgårda (Denmark), Claes Andersson (Finland), Sigrun Møgedal (Norway), Nalin Pekgul (Sweden), Chairman: Ulf Wickbom

On Wednesday pm, 15 June a pre-congress with scientific classes will be held.

Welcome reception: Wednesday evening
Congress opening: Thursday, 16 June

For information, registration and abstract submission:
http: www.allmanmedicin.nu/congress
e-mail: generalpractice@congrex.se
cell phone +46 (0)73 682 5539

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin · CeFAM centrum för allmänmedicin · Stockholms läns landsting Stockholm County Council

ANNONS

Replik: *Fångarna i Primärvården*
Allmänmedicin blir primärvårdsmedicin

Gösta Brydolf

Jag vet inte om jag rätt tolkat budskapet i debattartikeln med rubrik ”Fångarna i primärvården - Allmänmedicin blir primärvårdsmedicin” i Allmänmedicin 5/04. Men jag har svårt att frigöra mig från intrycket att författarna vill göra gällande att det är svårt, nästan omöjligt att som läkare i primärvården verka som patientcentrerad allmänmedicinare och tillämpa det förhållningssätt som författarna pläderar för i sitt inlägg.

Jag startade min allmänmedicinska bana som provinsialläkare i glesbygd 1969. Efter dryga fem år flyttade jag till Sundsvall, där jag tjänstgjorde som distriktsläkare, och samtidigt under en lång period som chef för primärvården i Medelpad. Som ålderspensionär har jag numera gott om tid att fundera, reflektera och titta i backspegeln. Jag vill slå fast att under mina yrkesverksamma år i primärvården har jag haft förmånen och glädjen att lära känna och jobba tillsammans med en uppsjö av engagerade kollegor. Hos oss i Medelpad har vi till nästan 100% varit hänvisade att verka i den offentligt finansierade primärvården. Detta förhållande i sig har inte utgjort ett hinder att tillämpa ett genomtänkt allmänmedicinskt förhållningssätt i yrkesutövningen. Med andra ord ett förhållningssätt som i breda penseldrag motsvarar det författarna efterlyser. Men för detta krävs en icke förhandlingsbar grundförutsättning, nämligen tillgång på utbildade allmänläkare på plats.

I Medelpad lyckades vi under 70-talet via ett politiskt fattat direktionsbeslut få gehör för att stänga ett läkartomt distrikt. Patienterna hänvisades i första hand till sjukhuset för all form av sjuk- och hälsovårdsservice. Fungerande enheter skulle därmed ges förutsättningar att kunna erbjuda sina patienter allmänmedicinsk service i samverkan med andra yrkesgrupper. Ansvaret för läkartomma områden fick inte läggas på den hårt vakansbelastade primärvården. Vid bemannade vårdcentralsöar har de flesta allmänläkarna, på samma sätt som Anders Lundqvist beskriver i sin ledare, varit trogna sina patienter i distriktet och därigenom kunnat tillämpa allmänmedicinens grundbultar i form av i första hand personkännedom, kontinuitet och tillgänglighet. En följd av troheten mot patienterna har emellertid varit att bara ett fåtal av våra allmänläkare varit beredda att överge sina patienter och satsa på en akademisk karriär. Denna patientfokuserade grundinställning har medfört att få kollegor har dokumenterat bakgrund och förhållningssätt som legat till grund för den praktiska yrkesutövningen.

Jag delar helt författarnas uppfattning att en på papperet enig beslutsapparats utfästelser om en förstärkning av allmänmedicinen på många håll svikits. Vi har också enligt min uppfattning saknat stöd av vår egen starka fackförening, som i grunden styrts av andra värderingar. Den rent verbala satsningen på allmänmedicin och primärvård har däremot varit imponerande, och frågan är om inte den hårt pumpade pratbubblan på många håll i landet nu är på väg att spricka. Från ansvarigt håll har man trots många plågsamma år av vakanser i primärvården, inte insett det nödvändiga i att klart avgränsa allmänläkarens uppdrag. För mig som gammal försvarare av en landstingsdriven primärvård är det trist att i dag tvingas konstatera att landstingens tid, genom sina notoriska misslyckanden, måste anses vara passé. Lägg ner dem helt enkelt!

Jag kan inte frigöra mig från en obehaglig känsla av att författarna med sitt debattinlägg på sätt och vis underkänner landets allmänläkarkår, åtminstone den del som jobbar i den traditionella primärvården. Här bedrivs inte allmänmedicinsk verksamhet utan något helt annat som man benämner primärvårdsmedicin. Min uppfattning efter ett långt yrkesverksamt liv med breda kontaktytor är att detta i mångt och mycket är en orättvis betraktelse .Vi kan vara helt överens om att landstingen med allt sitt prat om primärvård förtjänar skarp kritik, men jag har svårt att skriva under på det generella omdömet att det skulle vara närmast omöjligt att tillämpa ett allmänmedicinskt förhållningssätt som anställd vid en landstingsdriven och bemannad vårdcentral.

Avslutningsvis vill jag upprepa att jag under mitt yrkesverksamma liv huvudsakligen mött patientfokuserade kollegor, där trofasthet mot patienterna och ofta decennielång kontinuitet och tillgänglighet varit ledstjärnan i yrkesutövningen.

Samverkan med andra yrkesgrupper har jag sett som en tillgång och inte en belastning i verksamheten och jag har uppfattat att patienterna, d.v.s. våra uppdragsgivare, i de allra flesta fall delat den uppfattningen.

Gösta Brydolf
Pensionerad specialist i Allmänmedicin,
Sundsvall
gunnel.brydolf@swipnet.se

Är det skriftliga provet användbart?

I årets skriftliga prov i den allmänmedicinska specialistexamen får examinanderna sig presenterat 14 fall eller situationer. En situation på mottagningen var denna:

13-årig flicka inkommer akut, har "jätteont i halsen" sedan ett dygn, debut med ÖLI för 3–4 dagar sedan. Tidigare hälsfrisk. Inga fler sjuka i familjen. Kan med uttalade grimaser svälja. Temp 38 gr, oförändrad två dagar. I status svullna mandlar och sammanhängande beläggningar. Förstorade, ömma körtlar bilateralt på halsen. Du skickar ut flickan på lab för att ta ett str.c.-snabbtest. Mor anförtror dig då att hon tror flickan har börjat röka. Och att du ska säga till henne om det. Provet är negativt.

Svar från examinand X:

Pat:s anamnes tyder på körtelfeber i första hand. Det är för tidigt i förloppet för att ha nytta av Monospot (femte dagen först!). Man kan också tänka sig en atypisk virustonsillit av annan genes. Kollar Vita (poly/mono) för säkerhets skull. Jag ger pat, och mor, lugnande besked att vi kan avvakta och informerar om misstanken på körtelfeber. Pat får återkomma om 2–3 dagar för att kolla Monospot. Tar då leverprover om Monospot är positiv. Informerar om sjukdomen körtelfeber. Att det kan vara direkt olämpligt med kroppsnära fysiska aktivteter p.g.a. ev. mjältförstoring. Informerar pat om att det också är direkt olämpligt att röka om det skulle vara så att hon gör det. (Talat om för mor att det är föräldrarna som får ta sitt ansvar!)

Svar från examinand Y:

Här finns två huvudproblem: a) typen av infektion och dess behandling, b) hur ställa sig till mors önskemål?

a) Mycket tyder på att flickan har körtelfeber:

- status i halsen med stora beläggningar+ adeniter+stationär temp
- inga fler fall i familjen
- negativ strep A
- börjat röka (är hon även tidigt ute med killar ??!!)

Jag tar även en Monospot men ett negativt utfall kan bero på att det är för tidigt taget (helst cirka 5 dagars symtom). Virustonsillit kan även tänkas. Det är rätt viktigt att få en mononukleos fastställd, förloppet med komplikationer (sällsynt) och/eller långvarig trötthet är viktigt diskutera med pat. Därför tar jag vid neg. prov ett nytt om några dagar. Kan då komma hit till lab, samtidigt kan man ju då titta in och ge mig rapport om läget. Är monospoten då negativ tar jag ett nytt Strep A och en ny funderare utifrån hur status utvecklat sig.

Ungdomar i den åldern är ofta rätt smärtkänsliga och oroliga, det är viktigt att höra efter om hon särskilt är rädd för något nu, och vid exspektans behövs bra uppbackning och konkreta råd om lindring av besvären (paracetamol, ibuprofen, xylocain, kalla drycker). Någon pc ger jag inte i detta läge. Hon måste höra av sig om försämring från en dag till en annan. Jag ger henne telefonnumret på ett papper för att vara konkret.

b) Jag tycker det känns svårt att använda sig av anhörigas information om "källan ska skyddas". I denna åldersgrupp tar jag nog inte så ofta upp rökning när man söker för halsinfektion (däremot hos något äldre). Här finns dock en inkörsport som nog skulle underlätta: jag säger till mor att jag vill prata med flickan i enrum och där säger jag till henne att jag först ville tala med henne själv om ett par saker, dels om ev. rökning, dels inf. om "kissing-disease" – det kanske stämmer att hon kysst någon pojke som kanske också får eller har sjukdomen. (En sådan uppgift stöder ju diagnosen!) Efter samtalet om detta frågar jag flickan om jag får informera mor om vårt samtal eller om hon vill göra det själv eller om det ska stanna mellan oss. Det skulle förvåna om inte det sistnämnda blir bestämt. Jag säger då enbart till mor att det vi talat om är inget som vi nu tillsammans behöver ta upp.

Speglar svaren olika syn på konsultationen?

Examinandernas svar illustrerar hur olika en bedömning kan formuleras. Båda gör korrekta överväganden. Vad är det i Y:s svar som tilltalar en bedömare ?

Vi får in rätt många svar som liknar det examinand X lämnat. Inriktningen är ett rätt snävt diagnostik-/behandlingskoncept. Oftast träffar man rätt. Man redovisar hjälpmedel för diagnosens fastställande: anamnes, laboratorieprov, röntgen m.m. Behandling och uppföljningsrutiner preciseras.

Men svarsgranskaren får ett intryck, som möjligen är skenbart, av en mycket läkarcentrerad hållning; det är doktorn som bestämmer, ordinerar, informerar. Patienten reduceras till en rätt passiv recipient.

Det vi således då saknar är resonemangen bakom bedömningarna, beslutsunderlaget, vägandet för och emot, den kritiska värderingen. En viss uppsättning lab-prover beställs utan närmare motivation; en farmakoterapi inleds utan analys över olika valmöjligheter. Patientens delaktighet blir rätt outtalad.

Men säger det något om hur doktorn jobbar i praktiken? Inte säkert. Vi tror att provsituationen väcker till liv ingrodda reflexer från åratals tentor: man vill först och sist exponera sina faktakunskaper och tappar fokus på en reflekterande, klinisk handläggning. En handläggning mer utifrån kokbok och vårdprogram som inte låter sig revideras av en mer

patientcentrerad hållning. Resultatinriktning och beslutssufficiens!

Ytterligare aspekter, som ofta försummas, är medvetenhet om yttre ramar: att ta befälet över sin situation, sin lista eller sitt område, kunna föreslå förbättringar, markera ledarskap. Förstå sitt allmänmedicinska uppdrag att över tiden stå till förfogande, ej enbart här och nu. Signalera ett intresse för personen bakom patienten.

I svaret från Y ser vi en handläggning, i ett i sig rätt okomplicerat ärende, som förenar biomedicinska kunskaper med en patientcentrerad hållning som mindre pekar än prövar, som mer fångar komplexiteten än enkelheten.

Kan man ställa krav på formell språklig kompetens?

Kan skillnaden mellan X och Y vara ett resultat av olika förmåga eller vana att skriva, att uttrycka sig, att formulera reflexioner? Och att X i praktiken jobbar rätt lika Y, efter likartade värderingar?

Det kan inte uteslutas, en ovilja eller ett motstånd att exponera resonemang kan föreligga, ibland av rent språkliga skäl hos framför allt invandrade kollegor. Men enligt vårt förmenande är det en allmänmedicinsk styrka att k unna kommunicera ett reflektivt tänkande; det är en dygd att utveckla det.

Man bör också av snart färdig specialist i akademiskt yrke ställa vissa krav på formella färdigheter: språket, stavningen, interpunktion, disposition m.m. Denna aspekt har hittills knappast beaktats; tidspressen har ursäktat en hel del.

Granskningen av provet har tagit sikte på en godkännanderibba. Den eller de som faller nedom densamma är ”ännu ej godkänd”. Detta sker sällan.

Examinanderna har fått instruktioner i examenshandlingar och på försättsblad över vad som ”premieras”: att utöver fackmedicinska kunskaper leverera ett resonemang kring beslut och hållning. Detta bör göras tydligare.

Vi anser provet vara långt mer användbart än att bara utgöra en ribba för godkännande av det svårfångade begreppet *Kunskap*. Det är ett utmärkt redskap för examinatorn att använda i sin helhetsbedömning av examinanden. Här kan blottor hittas, starka sidor exponeras, utvecklingsbehov identifieras, glädjerika upplevelser av mogen kompetens återföras. Detaljer i handläggningen kan vara mycket belysande. Det finns inget fall, ingen situation som ej ger underlag för utvecklande samtal kring professionell vardag.

Det skriftliga provet utgör också en nyttig påminnelse om att förmågan att kunna fästa allmänmedicinska kunskaper, resonemang och attityder på pränt är en viktig kompetens som bättre bör uppmärksammas.

Handledare kan använda sig av provet på samma sätt och ge återföring till sin adept. Metodiken är stimulerande för båda parter.

Vår ambition är att uppmuntra en utveckling från AT-nivå (X) till allmänmedicinsk specialistnivå (Y)!

Inge Carlsson, Eslöv
inge.karin@telia.com
Anders Fredén, Fellingsbro
anders.freden@orebroll.se
Momentansvariga för Skriftligt prov i Specialistexamen

ELIXIR S-03-ZOL-032

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

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

Pfizer
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. Londborg 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

ANNONS

Att ta med sig hem...

Några reflexioner vid avslutningen av SFAMs höstmöte i Lund

Frågan är vad man tar med sig hem efter ett par innehållsrika dagar i Lund. Ett SFAM-möte brukar sätta avtryck – de gör ofta intryck. Och naturligtvis är erfarenheterna olika för olika personer.

Midnattskören slog vid invigningen an den ton av värme och generositet som präglade höstmötet.

Vad som har fastnat och satt spår hos mig, är inte det samma som hos dig. Dels för att vi inte tagit del av samma saker – men också, även om vi nu har varit i samma lokal och lyssnat och varit närvarande – så är det som griper mig, inte samma sak som griper dig. Även om vi båda är allmänläkare.

Vår bakgrund, vår erfarenhet, vår uppmärksamhet, vår nyfikenhet och öppenhet för det som kommit oss till del, varierar.

Några fakta

Det finns emellertid flera gemensamma nämnare, och man kan slå fast en del ”fakta” om mötet.

• Det har sannolikt varit det mest välbesökta SFAM-mötet hittills. Mellan 450–500 deltog, varav många var ST-läkare. Vi hade alla möjlighet att ta del av ett stort och varierat utbyte av föreläsningar, workshops, symposier, ST-presentationer med examen m.m. Arbetsgrupper och nätverk har mötts.

• Det var ingen läkemedelsindustri inblandad. Det blev fritt och otvunget så och ekonomin klarade sig med kongressavgifter och stöd från lokala organisationer (Regionen, FK, Apoteksbolaget m.fl.).

• Det var ingen officiell kongressbyrå engagerad. Ett par ST-läkare har gjort ett fyndigt bokningsprogram som organisationskommittén fick ta del av.

• Flera nya läroböcker presenterades. McWhinney’s ”A Textbook of Family Medicine” finns i en färsk svensk översättning. Den stora, framgångsrika norska läroboken ”Allmennmedisin” är i slutfas av översättning – båda på Studentlitteratur. En nyutkommen bok om genusperspektiv ”Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling” lyftes fram. Skrivande allmänläkare presenterades vid ett bokbord – och på det bordet låg flera romaner.

Viktiga personer

Vi hade besök av viktiga och inflytelserika personer i det medicinska etablissemanget.

• Eva Nilsson-Bågenholm, Läkarförbundets ordförande, talade initierat och positivt, med hög grad av trovärdighet, om våra villkor. Protos-förslaget stöds av hela förbundet.

• Benny Ståhlberg, DLFs ordförande, uttryckte vid ett par tillfällen sitt stöd till SFAMs arbete, och länken mellan DLF och SFAM växer i styrka.

• Josef Milerad, Läkartidningens chefredaktör, tog del av workshopen ”Skrivande allmänläkare” – han var intresserad av personliga beskrivningar av läkaryrket.

• Ylva Johansson, vår nya vård- och äldreomsorgsminister, talade positivt om ▸▸

Skrivande allmänläkare presenterades vid bokbordet.

primärvårdens roll men inga löften gavs efter de sju veckor hon varit i sitt nya ämbete.

Det fanns alltså många goda yttre tecken att ta fasta på.

Mycket om realia och sakförhållanden fick vi till livs – om var blodtrycksgränserna bör ligga, infektionsbehandlingars möjligheter, hjärtsvikt, kardiovaskulära riskfaktorer och hur vi ”behandlar” riskfaktorer, depressioner, genusfrågor m.m.

ST-examinandernas arbeten om impetigo, läkemedel till äldre, akut småbarnsastma, anhörigutbildning vid ätstörningar m.m. presenterades.

Godhjärtad stämning

Att stanna vid de yttre, mer synliga programpunkterna skulle emellertid ge en orättvis bild av dagarna. Det som bör sägas är att dagarna präglats av en genomgående varm, generös stämning – vid workshops, vid diskussioner, i pauser, vid de sociala aktiviteterna. En familjeatmosfär bland familjeläkarna kunde märkas – en förnimmelse av en ”extended family”.

Den känslan och det anslaget uppstod redan vid invigningen, där Midnattskören med sin ledare Gösta Petersen sjöng. Särskilt minnesvärt var en övertonssång från Mongoliet.

Den tonen bäddade sedan för Merete Mazzarellas kärleksförklaring till allmänläkarna som var ett tema i hennes påföljande öppningsföredrag. Hon gav flera skäl till sin positiva inställning, hon gillade särskilt familjeläkarnas intresse för människor och existentiella frågor. En kort övning i kreativt skrivande följde därpå för dem som ville det. Det var en koncentrerad närvaro i sessionen, där några deltagare presenterade korta, innehållsrika läsestycken.

Mänskliga värden

Ett fokus på mänskliga värden, på överraskningar, på glädjeämnen och sorger, på patienternas föreställningsvärld kunde man skönja vid många programpunkter. Det kom både på och mellan raderna – i det sociala umgänget och via OH-bilder och PowerPoint-program.

Videovisningar av samtal med Ian McWhinney om den sjuka människan var intensiva och utsökta komplement till hans bok. (*Dessa videosamtal kan köpas via Mogens Hey och kan användas i undervisning.*)

Entusiasmen och hjärtligheten var hög på gåsamiddagen på kvällen, och steg ytterligare när Staffan Lindeberg framförde sina egna stycken: ”Floden flyter” och ”Husläkarblues” *(kan avlyssnas på SFAMs hemsida!)*. Han tog oss till en av våra källor med sina poetiska och rytmiska sånger.

Ty livet är i sig ett fenomen av engagemang – om vi undviker engagemang så undviker vi livet självt.

Vördnad, lidande, kärlek och alla andra sinnestillstånd är en nödvändig del av livet. Utan dem går vi mot en själslig och kulturell död. För att kunna ta sig bortom det biologiska så måste vi förfina strukturen i våra erfarenheter. Vi måste lära oss bli känsligare och reagera på allt subtilare fenomen, få en ökad sensitivitet. Merete Mazzarella sa bland allt annat ungefär så.

Vårt arbete som allmänläkare är en guldgruva för denna erfarenhetsutveckling. Det personliga mötet och dess rikedom på enskildheter är ett välförsett vattenhål på engagemang och vi behöver ta del av det – för att bli bra, personliga allmänläkare är det viktigt.

Synen på kunskap

I en bok av Turgenjev (”Fäder och söner” från mitten av 1800-talet) tecknas en person, Bazarov, som predikar ett vetenskapens evangelium. Han trodde på fakta och positiv kunskap som de yppersta värdena. Det väsentliga var klinisk objektivitet, förnuft och kalla fakta. Idag vill många operationalisera den mänskliga existensen.

Det existerar en föreställning att kunskap är något som kan isoleras och förvaras i en särskild behållare – hjärnan. Den är som en verktygslåda där verktygen kan plockas fram vid behov för den uppgift vi behöver. Och kunskapsprocessen avpersonaliseras, mekaniseras och datoriseras. Specialverktyg görs för speciella uppgifter.

Kunskapen måste integreras i värdena. Dikotomier och distinktioner som inte existerar i verkligheten bör vi göra oss kvitt – sambandet mellan kunskap och värden måste återupprättas.

Om vår status

Eva Nilsson Bågenholm talade i sitt anförande om vikten av att familjeläkarnas

Illustration: Gunnvor Sebbfolk

Hur ett ”faktasökande” kan belyses i en metafor.
En illustration som användes vid workshopen ”Allmänmedicinens språk”.

status återupprättas. Det kan man hålla med om – att vi bör ha en rättmätig plats och motsvarande anseende i både den interna och den allmänna debatten.

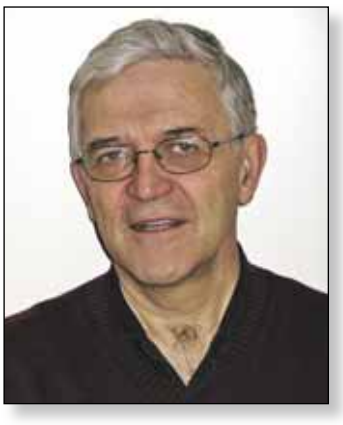
Men för att få en aktning så behövs inga särskilda kampanjer eller yttre arrangemang. Anseende och trovärdighet kan den få som tror på sig själv, som känner sig ohotad och som med kraft och stolthet ser på sin egen verksamhet. Och den kraften kommer inifrån.

Vad vi behöver är möten, diskussioner, komma samman och ha roligt ihop och ta del av varandras funderingar. Vi behöver sammanhållning och förstå innebörden i en av de verser i en maorisk sång som Midnattskören framförde vid invigningen: ”Ett finger kan inte tvätta hela ansiktet.” Men med hela handen kan vi komma långt.

En nigeriansk poet var också tonsatt av Midnattskören och en refräng i den texten innehöll orden: ”Vakna, ni som har kärleken i era hjärtan – låt inte rädslan äta upp den.”

Vi som for hem avslutningskvällen efter att också allra sist ha blivit suveränt underhållna av Arne Melander och hans lundensiska spexkamrater, hade under dagarna nog fått mer kärlek i våra hjärtan och vår rädsla tonade bort.

Ett stort tack till hela organisationskommittén för dessa inspirerande dagar!



Bengt Mattsson
Professor i allmänmedicin
Familjeläkare Kungshöjds vårdcentral
Göteborg
bengt.mattsson@allmed.gu.se

Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAMs höstmöte

Betyget är subjektivt. Det är till för att ge arrangörerna en feedback samt förhoppningsvis för att kunna vara till nytta för framtida arrangörer och stimulera dessa till att ytterligare höja ribban . . .

0 = uselt, 1 = dåligt, 2 = ganska dåligt, 3 = bra, 4 = mycket bra, 5 = fantastiskt bra.

Förhandsinformation	Bra, speciellt med tanke på avsaknad av separata utskick.	3
Tillgänglighet	Mycket goda förbindelser.	4
Hotell	Gott om hotellrum av varierande typ och prisklass. Anläggningen belägen några km från centrum, varför boende där var att föredra.	4
Anläggning	Fin välkomnande och trivsam anläggning med gott om lokaler av varierande storlek. Lätt att hitta och tillräckligt med ytor att röra sig på.	5
Program	Stark allmänmedicinsk prägel, med angelägna teman och engagerande föreläsare. Upplivande! Trevligt att Läkarförbundet och DLF visade hur viktiga dessa möten är, och Vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson gav ett positivt intryck.	4
ST	Bra att lyfta fram arbetet med nya målbeskrivningen samt SK-kurserna.	3
Examinationshögtid	Bra med separat hyllning före banketten. Kul att ST-uppsatserna uppmärksammades speciellt.	4
Socialt	Bankett med fri bordsplacering denna gång, vilket kanske inte riktigt var avsikten. Fin underhållning emellertid. En höjdare med fikat i pauserna och puben såg ut att vara välbesökt.	4
Sponsorer	Region Skåne, Lunds universitet och Lunds kommun med flera visade sin välvilja. Kul att Studentlitteratur fanns med.	4
Miljö	Trivsam konferensmiljö, men de flesta konferensdeltagarna såg nog inte så mycket av Lund.	3
Genomförande	Med tanke på avsaknad av kongressbyrå och med beaktande av stort deltagarantal fungerade planeringen enastående.	4
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överlåter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna.	42
Sammanfattning	En vitamininjektion i höstmörkret! Ett strålande exempel på hur SFAMs höstmöten ger inspiration och stärker vår sammanhållning.	

Författarbild kommer???

ANNONS

Rapport från årsmöte
Utnämningar och examen

Årsmötesförhandlingarna gick som smort i Uardasalen på Scandic Star i Lund. Ingen långdragen debatt om årsavgiften denna gång således. Ekonomin är på väg att förbättras, mycket tack vare att kostnaderna för tidskriften blivit mindre. En del lokalavdelningar saknade representation vilket stämmer till viss eftertanke vad gäller aktiviteten på lokalplanet. SFAMs lokalföreningar behövs för att uppmärksamma fortbildningsfrågorna lokalt. Här följer en kort rapport vad gäller förändringar i styrelsen och diverse utmärkelser.

Foto: Lars Owesson

Examinander
Bakre raden fr. vänster:
Tom Mjörndal, Roland Olofsson-Dolk, Anders Israelsson, Anders Tengblad, Ken Granath, Åke Kihlberg, Lars Andersson, Jan Bleckert.

Främre raden fr. vänster :
Catarina Önning-Seyer, Karin Jönsson, Elisabeth Rydén, Annika Pohl, Munira Al-Saadi, Gunni Andersson Lundman, Olivera Jovanovic.

Inger Bylén och Tommy Jönsson avtackades för sina insatser i styrelsearbetet. Gunnar Carlgren efterträder Inger som kassör och Annika Eklund-Grönberg tar vid som vice ordförande efter Tommy. Nya i styrelsen är Per Sundberg, Stockholm, Christer Andersson, Göteborg samt Anna-Karin Svensson, Sandviken.

Till **årets lejon** utnämndes **Anders Håkansson**, professor vid institutionen för samhällsmedicin, och **Britth-Marie Iacobaeus**, studierektor i Nordvästra Skåne (20%), familjeläkare i Bjuv (30%)och verksamhetschef för Palliativa konsultteamet i Helsingborg (50%).

Motivering: Anders – för hans arbete med tidskriften AllmänMedicin och tidskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care, samt hans arbete med att starta forskningsmetodikkurser för allmänläkare i södra Sverige.

Britth-Marie – för hennes långvariga arbete som studierektor och examinator och aktiva deltagande i studierektorsnätverket.

Priset för årets allmänmedicinska avhandling 2003 tilldelades **Hans Thulesius** för hans avhandling: *Balancing – Cancer from* ▶▶

Inger Bylén och Tommy Jönsson avtackades.

Anders Håkansson – årets lejon

Britth-Marie Iacobaeus – årets lejon

Hans Thulesius
– årets avhandling

Gunnel Bergman
– årets handledare

Anders Fredén
– årets handledare

a primary care perspective. Diagnosis, post-traumatic stress, and end-of-life care.

Motivering: På ett framgångsrikt sätt använde Hans både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder. Under avhandlingsarbetet fick han kontakt med Barney Glaser en av upphovsmännen bakom Grounded Theory (GT). Därefter har han deltagit som gruppledare i GT-seminarier i olika delar av världen. Han har även ordnat ett seminarium med Barney Glaser i Malmö samt översatt en av hans böcker till svenska.

Nya valberedningen består av Agneta Hamilton, sammankallande, Tommy Jönsson, Ulf Måwe, Göran Sommansson och Meta Wiborgh.

Diplomering:
Högtidlig sådan i god tid innan middagen vilket kändes helt rätt.

Examinander (20):
Lars Åke Adler, Munira Al-Saadri, Gunni Andersson Lundman, Lars Andersson, Jan Bleckert, Tommy Ericson, Agneta Falkerheim, Ken Granath, Anders Israelsson, Olivera Jovanovic, Karin Jönsson, Åke Kihlberg, Tom Mjörndal, Ingegerd Nieburg, Charlotte Oja, Roland Olofsson-Dolk, Annika Pohl, Elisabeth Rydén, Anders Tengblad, Catarina Önning-Seyer.

Årets handledare:
Gunnel Bergman, Stocksunds VC får priset för:
• att hon med stor värme och engagemang handlett sin ST-läkare. Handledningen har präglats av kontinuitet och började redan under AT-utbildningen. Handledarträffarna har haft högsta prioritet och lösts med stor uppfinningsrikedom när sjukhus och arbetsmiljö lagt hinder.

• att hon genom sin kunskap, entusiasm och sitt stora intresse för allmänmedicin varit ett stort stöd och föredöme för sin ST-läkare.

Anders Fredén, FellingsbroVC får priset för:
• att han på ett pedagogiskt sätt bedrivit ett målstyrt handledarskap som för sin ST-läkare har varit vägledande och utvecklande.

• att han på ett intressant sätt lyft upp ledarskapet genom att hans ST-läkare under handledning varit Vårdcentralchef i 6 månader.

• att han genom sin handledning varit ett bra stöd och givit möjligheter för sin ST-läkare att ha ansvar för sin utbildning, reflektera och våga göra förändringar.

Pris för årets ST-uppsatser:
Lars Andersson: *Screening med MMT för tidig upptäckt av demens i primärvård.*
Anders Israelsson: *Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om "nyckelfrågor" används i konsultationen?*
Charlotte Oja: *Utvärdering av Anhörigutbildnings effekter för föräldrar till tonåringar med ätstörning.*

Anders Lundqvist

Ian MacWhinney från Canada utsågs till hedersledamot i SFAM vid årsmötet i Lund

I samband med att den svenska översättningen av MacWhinneys bok *Familjemedicin* blivit klar utnämndes han till hedersledamot i SFAM. Med anledning av utnämningen besöktes han i sitt hem av representanter från SFAM, vilket beskrevs i en artikel i föregående nummer. Resan dokumenterades i sammanlagt åtta DVD-filmer, som kompletterar hans bok.

I fem filmer på vardera 15 minuter utvecklas tankar kring vår specialitet. Han talar om *tyst kunskap*, *om lidande* (suffering) och om subjektiv (illness) och objektiv sjukdom (disease). Han talar om biomedicinens tillkortakommanden och om den patientcentrerade kliniska metoden, som utvecklats i hans närhet. Han berättar om två människoöden som ändades med "a broken heart".

En film spelades in med ledningen för familjeläkarnas college i Toronto. I korta sammanfattningar ges en intressant beskrivning av läget i Canada. Ett land som både liknar och inte liknar Sverige då det gäller nuläge och framtidsutsikter.

Från Avdelningen för Familjemedicin vid universitetet i London W Ontario finns intressanta intervjuer med nyckelpersoner som utvecklat den kliniska metoden och arbetat med evaluering av specialistutbildningen.

Boken Familjemedicin används i specialistutbildningen och fortsatt kompetensutveckling. Den ger mening åt självvärdering som ST-läkare, som handledare eller mentor. Boken är ett viktigt stöd för alla de som valt den erfarna läkarens kvalitetsprocess ASK.

Vi som producerat filmen kan eventuellt medverka i samband med visning.

Vill du köpa eller låna någon av filmerna kontakta:

Mogens Hey
Skottstigen 9, 24332 Höör
0413- 240 84
mogens.hey@swipnet.se

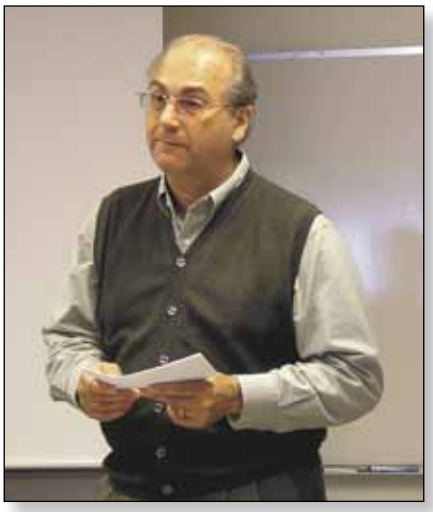
Att (över)leva gott som läkare – eller att använda hjärnan rätt och trivas på jobbet

Så skulle man kunna sammanfatta innehållet i årets ”Gysingedagar” för familjeläkarna i Gästrikland. I drygt 10 års tid har familjeläkarna i Gästrikland, vid höstterminens start, samlats till ”familjeläkardagar”. Vi vill här ge en rapport då innehållet blev bekräftande och uppmuntrande, och gav oss en viktig tankeställare om behovet av stöd i läkararbetet.

I drygt 10 års tid har familjeläkarna i Gästrikland, vid höstterminens start, samlats till ”familjeläkardagar”. Vi samlas på Gysinge Värdshus vid Dalälvens strand, och med myggen surrande omkring. Dessa dagar tillkom när primärvårdsledningen började uppmärksamma risken för utbrändhet hos distriktsläkarna, och har hela tiden samlat en stor del av kåren. Evenemanget dubbleras, så alla ska ha tillfälle att komma. Syftet har hela tiden varit att ge familjeläkarna påfyllnad av energi och kunskap, och möjlighet till reflektion inför sin arbets- och yrkessituation. Dagarna pågår från torsdag lunch till fredag eftermiddag, och övernattning. Kollegial gemenskap och samtal på kvällen är det kanske allra viktigaste inslaget. Platsen är valt så att frestelsen att åka hem till den egna sängen (eller skrivbordet?) inte ska vara alltför stor, men ändå ge möjlighet för dem som behöver åka hem på natten, att ändå kunna delta.

Inleder gör alltid vår Primärvårdsdirektör som dels är mötets ”protector”, och ju dessutom på det här sätter får möjlighet att träffa familjeläkarna samlat. Hon brukar ge en kort inblick i vad som rör sig i landstingsledningen (innebär varierande underhållningsfaktor). Familjeläkarnas insikt och åsikt i ledningsfrågor är väsentlig.

Malin André



Phillip Eskridge

Tumregler – använd hjärnan ekonomiskt, och med förstånd!

I år hade vi på torsdagen bjudit in Malin André, distriktsläkare från Dalarna, som i våras disputerade på en avhandling om hur läkares beslutsfattande går till – *”Rules of thumb and management of common infections in General practice”*. Hon började med att berätta om olika teorier för hur beslutsfattande går till. I studier där forskare PET-scannade människors hjärnor under beslutsfattande, kunde man se hela hjärnan lysa upp när personerna sysslar med något okänt och nytt. När de däremot fattade beslut på rutin så blev det bara ett litet ”blink”. Det måste ju vara ekonomiskt och bra – eller? Inte konstigt att man blir trött av att behöva ompröva hur det nu var man gjorde, vid för höga kolesterolnivåer (och vad är en för hög nivå?), eller när dom ändrar på om PSA är bra eller ej... Men då blir ju frågan om vi har rätt tumregler och hur vi omprövar dom. Malin har intervjuat distriktsläkare om deras tumregler och hur dom handskas med dem, och då speciellt med hänsyn till akuta infektioner.

Vi fick också inventera våra tumregler, vilket ledde till många glada och igenkännande skratt, och en del eftertanke och omprövning. Det visade sig rätt tydligt i hennes undersökningar, att doktorer i hög utsträckning *först* bestämmer vad man vill göra, *därefter* sätter en diagnos som passar... CRP – vad HAR vi det till egentligen? Och StrepA, när är det av värde att ta? Centorkriterierna hamnade nog en bit närmare ”blinket” i flera läkarhjärnor.

I den här rapporten hoppar vi nu direkt till fredagen. Torsdagskvällens samtal är Gästriklands allmänläkares egen angelägenhet...

Your mentor for a day

Fredagen hade rubriken *”Jag vill vårda kropp och själ – men får bara glåp och skäll”*. Vi hade bett Phillip Eskridge, som har lång erfarenhet som mentor och handledare att tala om mentorskap. Phillip är verksamhetschef för barn och ungdomshälsan i vår förvaltning och har en gedigen akademisk bakgrund, psykolog och psykoterapeut, teolog och dok- ▸▸

tor i klinisk psykologi. Han är amerikan, har bott och arbetat i England flera år, och bott ännu längre i Sverige, och hans svenska är lättlyssnad.

Phillip berättade att han sagt ja till inbjudan direkt, och sen blivit orolig för vad han gett sig in på. Han ville veta mer om vår situation som allmänläkare, om vad vi utsätts för och vilket behov av stöd vi har. Därför har han över sommaren läst in mer än 300 (!) abstracts och ca 50 artiklar, varav han refererade de fyra i hans tycke intressantaste, och mest vetenskapligt välgjorda. Det är nog länge sen den här kåren kände sig så sedd. Phillip erbjöd sig att vara vår ”mentor for a day”, och sa att han upptäckt i litteraturen hur lite stöd allmänläkarkåren har, och hur utsatta de är. Av de artiklar han refererade (se referenslista) handlade den första om vad som orsakar missnöje och frustration i jobbet för läkare. Samtidigt konstaterade artikeln att missnöje finns i lika hög grad hos många andra yrkeskårer.

Den andra artikeln handlade om vad som styr vårt beslutsfattande, och att vi många gånger blir mer styrda av patienters förväntningar än vad vi vill och tror – här fanns en anknytning till gårdagens diskussion om hur och varför vi sätter diagnoser.

Den tredje artikeln berörde vilket stöd vi får – och vad vi behöver, när misstag begås. En otäck siffra var att bara 32% av de intervjuade läkarna i studien, skulle ge sitt obetingade stöd till en kollega som begått ett så allvarligt misstag att patienten dog!

I den fjärde artikeln behandlades hur läkarens välbefinnande och arbetstillfredsställelse påverkar patienterna. Och om det här är sant, då behöver politiker och sjukvårdsledning höra det, för här finns nog pengar att tjäna om man ska tala politiskt förståeligt språk Tillfredsställda läkare som trivs och mår bra, har högre (mycket högre) följsamhet till sina ordinationer, och de skriver mindre lugnande medel. En undran infinner sig om det gäller sjukskrivningar också...

Gruppsamtal

Efter denna gedigna inledning var det dags för oss att arbeta själva. Tre viktiga gruppsamtal följde. I det första talade vi om vad som är våra stora utmaningar på jobbet och hur vi handskas med dem. Generella saker som för stor lista m.m. skulle undvikas. Phillip menade att oavsett arbetsbelastning finns det gott om svåra frågor som vi står med i alla fall, och måste hantera – så sant. Naturligtvis rådde tystnadsplikt och frihet att själv välja vad man ville ta upp, eller hålla för sig själv. Gott om tid avsattes och samtalen skedde i stor utsträckning ute i solskenet – och det var svårt att hålla tiden för återsamling!

Inte blev det lättare att hålla tiden vid nästa gruppsamtal – då var ämnet *”Vad vi normalt inte talar om på jobbet, och vad skälen till det kan vara”*. Och det gick att tala om! Inte talar vi om att vi blivit förälskade i en patient? Eller riktigt ordentligt grundlurad? Vågar vi tala med en kollega som gjort ett misstag? Skammen och rädslan att själv bli avslöjad eller avslöja, är det den som ställer till det för oss? Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det ibland kan finnas mycket goda och berättigade skäl att inte tala om vissa saker. Det gällde förstås även dessa dagar.

Till sist ägnade vi tid åt frågan: Vad är en ”good-enough”-doktor? En artikel i BMJ publicerad 2002 handlade om detta, och vi fick alla läsa och sedan samtala om den utifrån hur vi i arbetet handskas med våra mindre angenäma sidor, men också hur vi ser på begreppet ”en tillräckligt bra” doktor. Psykologen D Winnicott har ju myntat begreppet ”good enough mother”, om den förälder som faktiskt är den allra bästa för barnet att ha. Den förälder som i en grundatmosfär av kärlek, inte alltid och genast tillfredställer barnets alla önskningar och behov, och som också själv har behov – den föräldern ger barnet den bästa verklighetsbilden och bäst förmåga att handskas med verkligheten. Begreppet ”good-enough” är mycket väl applicerbart på läkaruppgiften.

När dagarna närmade sig sitt slut var det dags att tala om vilka konsekvenser vi drar av det vi berört. I Primärvården Gästrikland finns det flera FQ-grupper och ett par Balintgrupper. Balintgrupper har som sin specifika uppgift att bearbeta det svåra i jobbet, särskilt patient-läkarrelationen – i syfte att bli bättre doktorer för våra patienter och ge de läkare som ingår stöd. Balintgruppen har en ledare med utbildning för uppgiften. FQ-gruppen, som leds av allmänläkare, har delvis en annan, mer fortbildande funktion, men, kan också fungera som utmärkt stöd. Slutligen finns kanske också möjligheten att skaffa sig en personlig mentor – i vissa sammanhang kan det vara det bästa. Det viktiga är att vi har en chans att vara dom vi är, med brister och svårigheter, men också med de styrkor och den glädje vi har – låt oss ta vara på det, tillsammans!

Anna-Karin Svensson
Familjeläkare HC Torget, Fortbildningsansvarig Primärvården Gästrikland
anna-karin.svensson@lg.se

Gruppsamtal

Referenser:

1. Physician Discontent: Challenges and Opportunites. David Mechanic, Journal of the American Medical Association, Vol. 290 (7), August 2003, p.941-946
2. Prescribing and referral in General Practice: A study of patients' expectations and doctors' actions. S. Webb & M. Lloyd British Journal of General Practice Vol 44, 1994
3. Outcomes of Physician Job Satisfaction. Eric S. Williams & Asheley C. Skinner Health Care Management Review, Vol 28 (2) June 2003 pp 119-139
4. The Emotional Impact of Mistakes on Family Physicians. Marc C Newman MD Archives of Family Medicine vol 5(7): pp.71-75 Feb 1996
5. Good doctor, bad doctor – a psychodynamic approach. Holmes,J:BMJ, Volume 325(7366) September 28,2002.722

ANNONS

ANNONS

Wonca – allmänläkarnas världsmöte oktober 2004 i Orland, Florida

Gigantisk men välorganiserad Wonca-kongress i Florida

Gustaf Lilliehöök rapporterar från världskongressen för allmänläkare, Wonca 2004, som i år anordnades av American Academy of Family Physicians, som samtidigt hade sin egen årliga konferens.

Kongresslokalen var den största jag någonsin sett, helt gigantisk. För att gå mellan två salar kunde det ta 10 minuter eller mer. Woncakonferenser börjar alltid med stora föredrag (s.k. plenary), och dessa brukar vara behållningen. De handlar t.ex. om globala folkhälsoproblem eller familjemedicin. Det bästa föredraget hölls av *Barbara Starfield,* professor vid Johns Hopkins School of Public Health and Medicine. Hennes forskning visar att fler familjeläkare leder till bättre folkhälsa. En ökning med en familjeläkare per 10 000 invånare leder till 70 färre döda, vilket är en minskning av mortalitet med 9%. Om man ökar antalet läkare med en specialist ledde detta till en försämring av mortaliteten med 2%. Specialister tränas att leta efter zebror i stället för hästar, vilket leder till fler undersökningar, som leder till en kaskadeffekt med behandlingar, operationer och ökad sannolikhet för död och andra negativa effekter.

Ett annat mycket uppskattat föredrag var *John Salinskys* om vikten av att läsa god skönlitteratur för att få ökad förståelse för patienter. Ett utförligt referat finns på annan plats i detta nummer. Genetik var ämnet för ett föredrag av *Frances Collins*, chef för National Department of Genomics. Utvecklingen går så fort att man snart kan köpa gentester ungefär som graviditetstester, vilket kommer leda till krav på genetisk rådgivning, som även vi allmänläkare kommer bli tvungna att behärska.

I USA har andelen primärvårdsläkare minskat de senaste åren. Under 90-talet var intresset stort för *managed care* med sammanhållen vård via ett försäkringsbolag med primärvårdsläkare som grindvakter. Läkarna och patienterna verkar vara missnöjda med den ökande kontrollen och byråkratin, så intresset har minskat. Ett annat problem är att man ofta kan tvingas byta läkare när arbetsgivaren som betalar sjukvårdsförsäkringen byter bolag.

Kommersialiseringen av vården i USA har nått oanade höjder. Man kan se stora skyltar på trafikleder med reklam för familjeläkare som sökte patienter. Det finns gott om TV-reklam för läkemedel som riktar sig direkt till patienter. Särskilt AstraZeneca har en aggressiv marknadsföring, som verkar ha lyckats mycket bra. Nexium och Crestor är storsäljare. Det finns till och med kuponger för 14 dagars gratis startdos för Crestor i dagstidningar att lämna till sin läkare.

Konferensen var mycket välorganiserad och med stor bredd i föredragen. Det är mycket upplyftande att delta i en konferens med kollegor från hela världen, som är genuint intresserade av familjemedicin.

Gustaf Lilliehöök
Kvartersakuten Serafen, Stockholm
gusli54@yahoo.se

ANNONS

Wonca – allmänläkarnas världsmöte oktober 2004 i Orland, Florida

Att lyssna till en historia – hur påverkas vi som läkare?

Aktivt lyssnande var temat för en minnesvärd föreläsning på den stora Wonca-kongressen i oktober. Som barn älskar vi att lyssna på historier, det är något vi måste återerövra senare i livet.

John Salinsky berättade om den dag under studietiden då han skulle tala med sin första patient. Hur ivrig och stolt han kände sig och hur han försökte lyssna till sin lärares råd om att låta patienten fritt berätta sin historia, men samtidigt inte glömma ställa en rad viktiga frågor. Det visade sig vara en omöjlig kombination. Med åren och med ökande medicinsk säkerhet fick dock lyssnandet en allt större plats i John Salinskys arbetssätt och de eventuellt nödvändiga frågorna kunde sparas till sist.

Vad är det vi får reda på när vi lyssnar på patientens historia? Vem hon är, var hon kommer ifrån, hur hon känner, tänker, handlar, att hon har ett liv utanför vårdcentralen och att hon egentligen är ganska lik oss själva. Att lyssna hörsamt till en människas berättelse kan väcka starka emotionella reaktioner och ofta värjer vi oss, orkar inte bära, inte höra. Dock, menar John Salinsky, skadar vi sannolikt både patienten och oss själva om vårt försvar är för starkt. För att bättre kunna hjälpa patienterna behöver vi ständigt vidareutveckla lyssnandets konst och vår förmåga att förstå och hantera det vi hör.

En eftermiddag nyligen, då John Salinsky just skulle föra sitt four-o-clock-tea till läpparna ringde telefonen. Det var en gammal dam, Frida, som fått besvär med bröstsmärtor i sitt hem. Frustrerad över att inte hinna med sitt te före kvällsmottagningen tog han ändå sin väska och åkte. Väl där bad han henne att berätta om problemet. ”Would you like to hear the story of my life?” blev svaret…

Efter några sekunders turbulenta tankar och känslor och efter att ha motstått den första impulsen att avvisa henne, sa han tyst till sig själv ”slappna av och lyssna, det är ju det du hela tiden lär ut”. Så kom det sig att han fick höra början på en gripande historia från förra seklets första hälft om fattigdom, sanatorievistelser, flytt mellan länder i Europa, om kärlek och starka känslor. När Frida avslutat sin historia var bröstsmärtorna inte längre något problem och sannolikt hade en ny fas i patient – läkarrelationen tagit sin början.

Salinsky underströk vikten av att läsa god litteratur för att öka förståelse för de människor vi möter. En roman i månaden föreslår han sina studenter, framför allt klassiker. Salinskys personliga favoriter i sammanhanget är Tolstoj, Tjechov, Kafka och Joyce.

Det är också viktigt och lärorikt att berätta sin egen historia. Hur är det att vara doktor? Hur är det att vara doktor till just den här patienten? Balintgruppen rekommenderades– där finns möjlighet att berätta och att bli lyssnad på. Han föreslog oss även att skriva. I England finns kurser i kreativt skrivande för läkare och vi fick ett exempel på hur han själv lyckats komma närmare förståelsen av en komplicerad patient efter att skrivit en dikt om honom på en av dessa kurser.

Avslutningsvis sammanfattade han sina råd för att bli en god lyssnare så här: Berätta din egen historia! Skriv! Läs klassiker!

Därefter fick han Wonca-mötets varmaste applåder och allmänläkare från många länder slöt upp för att ställa frågor, men kanske framför allt för att berätta sin egen historia.

Tina Nyström Rönnås
ST-läkare på Tumba vårdcentral och sekreterare för Svensk förening för medicinsk psykologi
tina.ronnas@home.se

Litteraturtips:

Hur Känns det, Doktorn?, John Salinsky, Paul Sackin, Studentlitteratur 2004

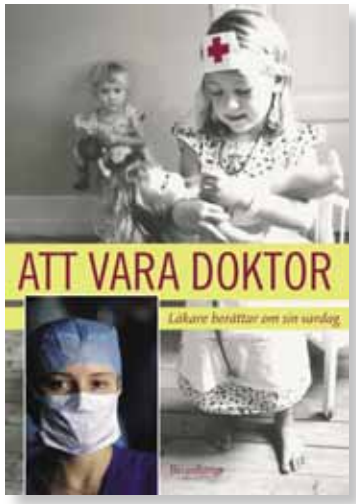
Medicine and Literature, John Salinsky, Radcliff Medical P, UK, 200109

Faktaruta:

John Salinsky arbetar sedan mer än 30 år som allmänläkare i utkanten av London. Han är lärare i allmänmedicin, är aktiv som Balintgruppledare och var under åren 1993–2003 sekreterare i Internationella Balintfederationen.

ANNONS

Att vara doktor. Läkare berättar om sin vardag



Att vara doktor.
Läkare berättar om sin vardag
Brombergs bokförlag, 2004
ISBN 91-7608-999-1
266 sidor

I samband med Läkartidningens hundraårsjubileum ordnade man tillsammans med bokförlaget Bromberg en novelltävling, där läkare inbjöds berätta om sin vardag. Av nästan hundra bidrag har förlaget sammanställt drygt trettio till en antologi.

Det var med en viss skepsis som jag började bläddra i denna bok, för det vet man väl hur det är att vara läkare…

Bläddrandet övergick dock snabbt till intresserad läsning, där jag sedan hade svårt lägga ifrån mig boken. Även om syftet med novellerna var att läkare skulle dela med sig av sina upplevelser till andra läkare, så är det ingen tvekan om att även personer utanför sjukvården kan läsa boken med behållning.

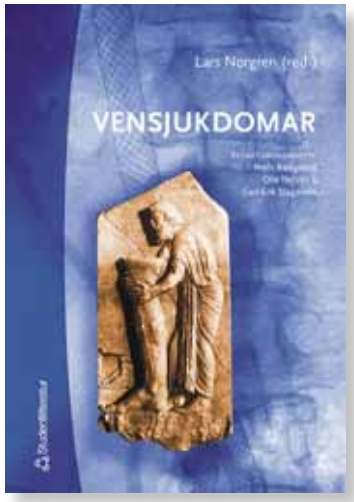
Berättelserna handlar om vardagliga situationer och upplevelser inför död och svåra sjukdomar, samt om allt däremellan. Den som läser boken förstår att läkare är som andra människor, dvs. sinsemellan olika, och att även professionellt agerande personer kan reagera känslomässigt inombords.

Det känns nästan fel att lyfta fram någon författare och inte de övriga. Jag kan dock inte låta bli att särskilt nämna Katarina Strand Brotts historia om en liten flicka och Mats Weströms burleska berättelse om en biljakt på fjället.

Bokens behändiga format och de små avslutade berättelserna gör den till idealisk läsning på jourrummet. Den kan också vara en bra julklapp; till maken, moster, eller varför inte till landstingspolitiker och andra beslutsfattare.

Roland Morgell

Vensjukdomar – både lärobok och uppslagsbok



Vensjukdomar
Norgren, Lars (red)
Studentlitteratur 2004
ISBN 9144024894
303 sidor, Pris 382:-

Vensjukdomar innefattar folksjukdomar som varicer och venös insufficiens men också livshotande tillstånd som lungemboli. Det är välkommet att det kommit lärobok som även kan användas som uppslagsbok om dessa olika tillstånd.

Omhändertagande av venös insufficiens med eller utan bensår har läkarna ofta överlåtit åt distriktssköterskorna, som tillsammans utvecklat egen kompetens inom området. Doktorn har blivit tillkallad när benet blivit rodnat eller om såret sett smetigt ut, varpå antibiotika förskrivits. Man bör dock betänka att detta tillstånd drabbar en stor del av befolkningen och har en betydelse för patienternas livskvalitet som är större än vad man tidigare trott. Därtill kommer samhällets sjukvårdskostnader, som ligger på ca två miljarder kronor varje år. Det finns därför all anledning att man på varje vårdcentral tillsammans diskuterar fram riktlinjer för utredning och behandling och därigenom skaffar sig ett eget handläggningsprogram. Denna bok kan då vara en utmärkt hjälp och borde egentligen finnas på varje mottagning.

Flera författare har bidragit med var sina kapitel, vilket dock inte stör helhetsintrycket, då layout, faktarutor, m.m. är utformade på ett enhetligt sätt. Rikligt med pedagogiska teckningar och fotografier underlättar förståelse och gör boken mer lättläst. För de olika tillstånden finns beskrivet epidemiologi, olika utredningsmetoder och behandlingsmetoder. Man nämner kort även nya metoder som kan komma att visa sig vara värdefulla.

Slutligen några detaljer ur innehållet:

- Kronisk venös insufficiens kan klassificeras enligt ett enkelt schema, vilket underlättar dokumentation och uppföljning.
- Kompressionsbehandling är förstahandsalternativ men måste genomföras på ett systematiskt sätt. Venöst återflöde underlättas om skoinlägg gör att även hålfoten belastas vid gång.
- Framgångsrik behandling av venösa bensår leder till signifikant bättre livskvalitet.
- Olika kliniska test (vilka beskrivs i boken) är sällan tillräckliga för ställningstagande till kirurgi.
- Patienter som drabbats av djup ventrombos har ofta flera samtidiga riskfaktorer.
- Postmenopausal östrogentillförsel och cancer ökar risken för djup ventrombos 2–3 gånger (stora skillnader mellan olika tumörer).
- Rökning nämns inte som riskfaktor, vilket förvånade mig.
- Gravida bör undersökas noggrant även vid okaraktäristiska symptom på trombos.
- Bäckenventrombos hos gravida kan ge ländryggsmärtor varför diagnosen lätt missas.

Roland Morgell

ANNONS

2005 – et stort år for internationale kongresser!

Der er hele tre store kongresser for familielæger næste år. Vore japanske kolleger indbyder til **Wonca Asia Pacific Regional Conference** fra den 27–31 Maj, i Kyoto. Kyoto er kendt som Templernes By og er en seværdighed i sig selv. Da der sjældent forekommer kongresser for os i Japan, er det århundredets chance for at kombinere efteruddannelse med et kig ind I en helt anderledes kultur. Kongressproget er engelsk til beroligelse for mange. Det videnskabelige program findes på *www.wonca2005.jp* og det selskabelige program omfatter Opening Ceremony den 28 Maj med reception den 27. Diverse udflugter og et Farewell Party med Closing Ceremony den 31 Maj. Hvordan kommer man til Kyoto? Se senere.

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly finder sted i San Francisco, fra den 28 september til den 2 oktober. Den indeholder glimrende kurser og foredrag egnet til at opdatere ens viden i koncentreret form. Mange skandinaviske læger har gennem årene besøgt denne kongres. Denne gang finder den sted i en af verdens smukkest beliggende byer. Læs mere på www.aafp.org

The Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Convention finder sted I Darwin, fra den 29 september til den 2 oktober. Til trods for afstanden besøges denne kongres hvert år af mange skandinaviske familielæger. Det videnskabelige program er yderst interessant og omfatter altid emner vedr. de oprindelige folk. Bagefter skal man naturligvis se så meget af dette usædvanlige land, som man kan. Læs mere på *www.racgp.org.au*

Der er flere mindre kongresser af stor interesse for os:
Den Østrigske Lægeforenings Vinter Konference,
Lech/Arlberg, 15–22 januar, med rigelig tid til også at dyrke alpin skisport.
Royal College of General Practitioners' Spring Meeting,
Bournemouth, 8–10/4.
The Annual Capetown Mini-Congress of the South African Academy of Family Practice, 7 maj.
Royal New Zealand College of General Practitioners' Annual Conference, Christchurch, 11–16 juli.
Wonca European Regional Conference,
Kos, Grækenland, 3–7 september.

Der er allerede planlagt rejser til de tre store kongresser med fly fra Arlanda og Kastrup. Det får du mere at vide om ved at skrive til:
The Scandinavian Delegation of Family Physicians
c/o læge Allan Pelch, Tingbakken 6, DK 4160 Herlufmagle.
Tlf. +45 5765 1210. Fax +45 5765 1215. Email adresse: *apelch@dadlnet.dk* eller besøg *www.allanpelch.dk*

Allan Pelch

Nytt från kompetensvärderingsrådet

Kompetensvärderingsrådet (tidigare Examensrådet) är numera en del av nya Utbildningsrådet (SFAM NU) och har ansvar för utbildning av kompetensvärderare till specialistexamen och Mitt-i-ST. Under 2004 har sju nya kompetensvärderare utbildats och erfarna har blivit uppfräschade under kursen i kompetensvärdering (den så kallade ”v3-kursen”). Vi har nu sammanlagt ett 50-tal kompetensvärderare som är beredda att bistå med specialistexamen och Mitt-i-ST.

20 examinander i specialistexamen diplomeras på höstmötet i Lund 2004, och 27 ST-läkare i hela landet gör sin Mitt-i-ST under 2004. SFAM kommer också i fortsättningen att erbjuda v3-kurs, specialistexamen och Mitt-i-ST. I skrivande stund vet vi att examenskansliet fortsätter i SFAMs regi under första kvartalet 2005. Annons med inbjudan till v3-kurs 2005 finns i detta nummer av tidningen.

Ylva Johansson
Familjeläkare, Examenskansliet Sundsvall
Ylva.johansson@lvn.se

SFAM inbjuder till årets vecka 3-kurs

TRÄNING I ALLMÄNMEDICINSK KOMPETENSVÄRDERING

Tid:	17 januari–19 januari
Plats:	Hotell Södra Berget, Sundsvall
Pris:	Kursavgift 2.000 kronor (inkl. moms) Internatskostnad 4.000 kronor (inkl. moms)
Info:	Ylva Johansson, Vårdcentralen Centrum, Norrmalmsgatan 2, 852 34 Sundsvall Tfn: 060-18 24 00 E-post: ylva.johansson@lvn.se
Anmälan:	Senast 30 december till Examenskansliet, Sundsvalls sjukhus Plan 6 851 86 Sundsvall Tfn: 060-18 07 27 E-post: marianne.ledstrom@lvn.se

Är du examinator bör du gå kursen minst vart fjärde år.

Examensavslutning sker i samband med SFAMs höstmöte i Linköping 2005.

Om samarbetet mellan lokalföreningarna och den centrala styrelsen i SFAM

Det intensiva samarbete vi hade mellan styrelsen och lokalföreningarna för ett par år sedan, under den tid då vi som hetast diskuterade och bevakade den nationella handlingsplanen, och gjorde det förarbete som ledde till Protos-förslaget, har mattats av. Det var en vågtopp av aktivitet, och just nu kanske det är en vågdal.

Anledningen för SFAM att lägga ned mycket av föreningens resurser, framför allt vad gäller de aktiva medlemmarnas tid och energi, på nationella handlingsplanen och Protos var att en rimlig arbetsmiljö är en grundförutsättning för det som SFAM som förening har till uppgift: att på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin, som det står i stadgarna.

Med handlingsplanen blev det som det blev. Protos-förslaget har haft framgång inom läkarorganisationerna. Det har integrerats som en del av Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program, och Läkarförbundets nytillträdda ordförande Eva Nilsson Bågenholm har det med som viktigt på sin agenda. Nästa steg är lobbyarbete gentemot politiker, vilket pågår intensivt och där är SFAM med, tillsammans med DLF, SPLF och SYLF, men det syns ännu inte så mycket utåt.

Vi befinner oss kanske i en vågdal nu, men det kommer säkert nya vågtoppar. Fortbildningen, som var SFAMs huvudfråga för tio år sedan, då det nya fortbildningsprogrammet utarbetades, är ett område där vi behöver lägga ned stor kraft framöver. Att vi helst vill ha en fortbildning som är oberoende av kommersiella intressen tror jag de flesta av oss är överens om. Hur det ska gå till, om det är praktiskt möjligt, hur starkt vi påverkas, hur viktigt eller oviktigt det är att inte behöva utnyttja företagens pengar, därom råder emellertid delade meningar. Några anser att vi måste acceptera att en stor del av våra utbildningar finansieras av läkemedelsföretagen, eftersom landstingen inte gör det. Andra menar att så länge vi accepterar sponsringen så kommer inte landstingen att anstränga sig.

Att vi måste lägga press på våra huvudmän att bestå med bra fortbildning för allmänläkarna, det borde vi i alla fall kunna vara överens om. Här har verkligen lokalföreningarna en uppgift som bara kan göras lokalt. Hur ser det ut med fortbildningen där du är? Lever FQ-grupperna? Finns det någon fortbildningssamordnare? Deltar fortbildningssamordnaren i nätverket som SFAM och Fammi driver? Finns det särskilt avsatta pengar i budgeten för utbildning? Finns det några utbildningsdagar för distrikts-/hus-/familjeläkarna i ditt område? Om inte, vill ni ha det och hur skulle ni kunna åstadkomma sådana? Om de finns, är de bra? Innehåller de det ni vill ha? Vad kan lokala SFAM bidra med?

På några håll har SFAM ansvar för rätt stora utbildningsinsatser. Man kan bli lite avundsjuk och lite förstummad av det, om man själv har en lokalförening som på sin höjd snackar ihop sig som vilka som ska åka på höstmötet det här året och representera föreningen. Men det måste få finnas sådana föreningar också. Den där resan till höstmötet tänder en glöd hos några kollegor, och sprids säkert till några fler, det är också värdefullt.

Jag är nyfiken – vad gör ni i din lokalförening? Vilka frågor engagerar dig och de andra medlemmarna där du bor och verkar? Skriv och berätta!

Karin Lindhagen
Facklig sekreterare i SFAMs styrelse
karin.lindhagen@sfam.a.se

ST-läkardagar 2005

Nycklar till framgång

Boka in ST-läkardagarna i Örebro 10–12/2 2005

Anmälan och mer info på www.st-dagar.se

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Allmänmedicinens syn på Medicinska Kvalitetsrådets roll

Med anledning av att Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet fattat beslut att vid nyår avveckla det gemensamma Medicinska Kvalitetsrådet (MKR) i sin nuvarande form har Kjell Lindström skrivit ett remissvar till förbundet och sällskapet.

Kvalitetsfrågorna kommer att fortsätta att vara minst lika mycket i fokus som tidigare. Förbundet och sällskapet kommer både att behöva fungera som remissinstans för div. frågor och även själva initiera och driva vissa frågor. Läkarna behöver formulera sin policy för kvalitetsarbete i vården och som goda exempel marknadsföra ”läkarnas kvalitetsmodeller” (indikatorer, kvalitetsregister, medicinsk kvalitetsrevision m.m.) mot professionen, verksamhetsledningar m.fl.

Externt får läkarkårens ställningstaganden större tyngd om förbundet och sällskapet gemensamt står bakom och läkarkåren kan härigenom bli en tydlig och respekterad aktör inom kvalitetsarbetet.

Läkarkåren behöver engagera sig mer för att kunna deltaga i att leda utvecklingen även på kvalitetsområdet. Det kan på sikt vara farligt att helt överlåta dessa viktiga frågor till sköterskor och administratörer.

Det krävs både kompetens, engagemang och resurser för att driva frågorna framgångsrikt. I något av våra nordiska grannländer har man skapat fonder för läkarnas engagemang i kvalitetsarbetet i samband med avtal med arbetsgivaren. Detta har lett till ett slagkraftigt arbete och att läkarna har som uppdrag att leda och utveckla kvalitetsarbetet.

Allmänmedicinen har jämfört med andra specialiteter delvis samma och delvis olika behov. Vårdcentraler kan, beroende på upptagningsområdet och åtagandet, ha mycket varierande innehåll vilket måste beaktas t.ex. vid skapande av kvalitetsregister. Ofta betyder variationer i upptagningsområdet mer för resultat mätta med kvalitetsindikatorer än vårdpersonalens insatser.

Slutsatser

Det är önskvärt att förbundet och sällskapet har ett formaliserat samarbete kring kvalitetsfrågorna, för att kunna ha fortlöpande bevakning och slippa bilda samverkansgrupper varje gång man behöver ta ställning till någon fråga.

Ett formaliserat samarbete kan initiera och underlätta samverkan med andra yrkesföreningar, Socialstyrelse, Landstingsförbund, SBU m.fl. Enbart ett formaliserat samarbete behöver inte innebära en stor apparat.

Om läkarna skall kunna deltaga i att leda utvecklingen nationellt krävs helt andra resurser än vad som funnits de senaste åren. Det behövs minst en person som arbetar med frågorna på deltid eller heltid och ett nätverk med kompetens och engagemang. Dessutom behövs projektmedel för t.ex. utveckling och marknadsföring av EMK:s revisionsmodell.

För SFAM är det viktigt med ett nära samarbete med Distriktsläkarföreningen. För allmänmedicinen är det avgörande att vi har kanaler och reell möjlighet att få gehör och kunna påverka inom sällskapet resp. förbundet. Om vi inte har det kan det för vår del snarare vara till nackdel om sällskapet och förbundet gemensamt för fram åsikter som inte överensstämmer med villkoren för kvalitetsarbete i allmänmedicin.

Ovanstående synpunkter baseras på samråd med styrelsen i SFAM och medlemmarna i vår kvalitetsgrupp SFAM.IQ.

Kjell Lindström
allmänläkarrepresentant i MKR
Kjell.lindstrom@lj.se

Fotnot

EMK är Enheten för Medicinsk Kvalitetsrevision. Avknoppat från MKR. Kansli på förbundet. Administrerar och utvecklar medicinsk kvalitetsrevision (läkarnas kvalitetsmodell med fokus på medicinsk kvalitet). F.n. är 6 specialiteter med.

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**

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET Carpa

Arr: *Endokrinkirurgiska enheten vid SU och patientföreningen Carpa*

Svensk förening för allmänmedicin:

Styrelsen

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

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

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

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

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

Övriga ledamöter
Christer Andersson, 0704-86 81 30
christer.c.andersson@vgregion.se

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

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

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

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

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

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

Fortbildningsrådet
Ordförande: Meta Wiborgh
Meta.wiborgh@telia.com

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

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

ST-rådet
Ordförande: Eva Jaktlund
0690-15 691
eva.jaktlund@telia.com

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

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

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin
Jonas Sjögreen, 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 Ställberg, 0156-53507
bjorn.stallberg@nln.dll.se

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Lokalföreningar:

NORRBOTTEN
Anna-Karin Fahlén
0920-719 11, 0920-26 16 57
bostad 0920-26 16 57
anna-karin.fahlen@nll.se

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

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

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

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

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

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

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

VÄSTMANLAND
Jonas Sjögreen
021-15 03 80
jonas.jogreen@wineasy.se

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

SÖRMLAND
Tomas Havland
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
0176-156 57
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se

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

LINKÖPING
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK
Charlotte Joborn
0490-870 33
charlottejo@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Ulla-Britt Andersson
0480-819 63

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

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

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

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

NORDOSTSKÅNE
Sven Erik Svensson
044-24 97 50

MELLANSKÅNE
Inge Carlsson
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
anne-marie.gravgaard@skane.se
tel 042-149560

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.se

Transkulturell allmänmedicin
Monica Löfvander
monica.lofvander@rinkeby.vsso.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
046-17 55 00, fax 046-13 76 74,
ingrid.gustafsson@telia.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

Skicka din beställning till SFAMs kansli,
Fax: 08–20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.se

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med sex nummer per år.
Pris för icke-medlemmar: 450 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare
Ingvar Krakau
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@ks.se

Redaktion
Anders Lundqvist, chefredaktör
Vårdcentralen Viken, 891 89 Örnsköldsvik
070-234 26 36
anders.lundqvist@lvn.se

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

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

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

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

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Utgivningsplan för 2005

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	11/1	25/2
2	8/3	26/4
3	10/5	24/6
4	7/8	21/9
5	18/9	2/11
6	31/10	15/12

Hemsida
Tommy Jönsson, webbredaktör
Arlövs vårdcentral, Burlöv
040-53 69 00
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

SFAMs kansli
Heléne Swärd
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

Tacksamhet kan man visa på olika sätt

Tacksamma patienter förgyller ibland vår vardag.
En gammal tant tar med sig en kaka till förmiddagsfikat som tack för att hon fått hjälp med färdtjänstintyg. En svårskött diabetespatient lämnar en ask choklad till jul. Det har till och med hänt att en flaska whiskey erbjudits någon enstaka gång... Egentligen borde vi tacka nej med hänvisning till att den professionella distansen kan äventyras. Lagstiftningens uppfattning om vad som kan ses som muta är inte heller särskilt lätt att hantera. Hur värderar man till exempel en hembakad tårta eller en egenhändigt broderad duk?

Men vad gör man mot en medmänniska som ser så glad, stolt och generad ut och står där med sin gåva? Hur hanterar man situationen så att inte patientens välmenande gest resulterar i att han blir kränkt. Och visst kan även doktorn bli glad åt att bli extra sedd och uppskattad.

Som jeep-läkare i Afrika har jag varit med om liknande tacksamhetsbetygelser. Några avocadofrukter, ägg eller en levande höna kan vara tecken på uppskattning från nöjda afrikanska patienter.

Och visst är det ofta där som här, man får tacken från patienter man inte riktigt tyckt att man gjort så mycket för.

När jag var nere senast i våras kom en höggravid kvinna med ett dygns värkarbete in i hyddan i Umer i Kenya och behövde hjälp. Som svensk allmänläkare är man inte så där väldigt bra på förlossningar och eventuella komplikationer (till skillnad från alla afrikanska doktorer och sköterskor där förlossningskunskap är nödvändig baskunskap). Jag hade dessutom ytterligare ca 30 patienter kvar i kön på dagens mottagning. Min enda tanke var att hitta en för alla parter bättre lösning. Chauffören Elikana vidtalades och körde ner kvinnan till närmaste klinik där man hade möjlighet att hjälpa henne.

En månad senare kom kvinnan tillbaka för att tacka mig för den fantastiska hjälpen. Jag hade då åkt hem till Sverige igen men kollegan Victoria, som efterträdde mig, rapporterade och skickade mig den fina bilden. Kvinnan hade fött tvillingar, en pojke och en flicka. För att hedra de inblandade hjälparna fick barnen namnen Elisabet och Elikana.

Det är den finaste doktorspresent jag hittills fått av en tacksam patient!

Elisabet Jernby
Jämjö vårdcentral
och ibland afrikanska landsbygden

Glad patient!

2005

Januari
Träning i allmänmedicinsk kompetensvärdering
17-19 januari, Södra Berget, Sundsvall

Februari
Fortbildningssamordnarmöte
Kursdoktorn arrangerar
10–11 februari

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

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

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

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

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

Wonca Asia Pacific Regional Conference
27–31 maj Kyoto, Japan

Juni
14:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin
Stockholm 16-18 juni 2005

Augusti
The International Balint Congress
Stockholm 24-28 augusti 2005

Medical Informatics in Europe 2005
28 aug–1 sep, Geneve
www.MIE2005.net

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

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

Royal Australian College of GPs i Darwin
29 sep-2 oktober, Darwin, Australien

Oktober
SFAMs höstmöte i Linköping
19-21 oktober

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

SFAM granskar

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

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

Redaktionen önskar alla läsare

God Jul & Gott Nytt År!