

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2004 ÅRGÅNG 25



Screening med MMT för tidig upptäckt av demens i primärvård/sid 5

Det skapande mellanrummet/sid 11 • Ett piller för mycket/sid 15

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

Omslagsfoto: Gunnar Brink
Fjällbacka – skådeplats för höstens första styrelsemöte.

3 Ledare

Sjukvård 1994–2004 – och därefter
Roland Morgell

5 Vetenskap och utveckling

Screening med MMT för tidig upptäckt av demens i primärvård
Lars Andersson och Birgitta Näsman



11 Avhandling

Det skapande mellanrummet. Om Eli Bergs disputation
Björn Nilsson

13 Praxis

VÅRDPRAXIS – länkportal med lokal medicinsk information för primärvård
Lennart Holmquist

15 Debatt

Ett piller för mycket
Bengt Järhult

19 Porträtt

Ingemar Hermansson – allmänmedicinsk pionjär i glesbygd
Göran Westman

21 Notiser

Nätverk för odisputerade forskande allmänmedicinare i Norden
Ny professor i allmänmedicin
Primärvårdsversionen av diagnosklassifikation skall förbättras

23 Recension

"Varsågod och var stark" – om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet av Annika Forssén och Gunilla Carlstedt
Eva de Fine Licht

25 Recension

SOU 2004:20 – Genetik, integritet och etik
Roland Morgell

27 Notiser

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2004
"Diabetes inom allmänmedicin" – SFD:s höstmöte 2004

28 SFAM informerar

SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004
Kontaktpersoner

32 Krönika

Konsten att sälja en patient
Anna Barnéus

32 Kalendarium

Foto: Barbro Petersson



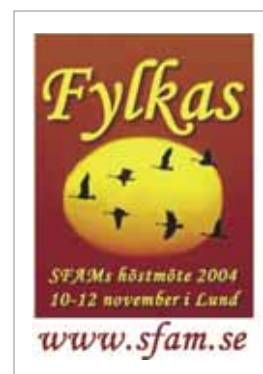
Ett piller för mycket – debattartikel av Bengt Järhult.
Sidan 15



"Varsågod och var stark" – om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet.
Sidan 23

"Han lyckades förena såväl djup som bredd i sin livsgärning. Inget var för stort eller för litet att ta ställning till."

Göran Westman om vännen och kollegan Ingemar Hermansson.
Sidan 19



SFAMs höstmöte 10–12 november 2004.
Sidan 28

ANNONS

Sjukvård 1994–2004 – och därefter

Regeringen har på sin hemsida publicerat ett dokument kallat "svensk hälso- och sjukvård 1994–2004", vilket kan ses som ett politiska testamente socialminister Lars Engqvist överlämnar till sina efterträdare Ylva Johansson och Berit Andnor.

Den ekonomiska krisen för tio år sedan medförde nedskärningar inom sjukvården med bland annat minskat antal vårdplatser och nedkortade vårdtider, vilket som bekant medförde kraftigt ökad belastning på primärvården. Regeringen skriver nu att detta även medförde minskade ambitioner. Det skulle varit bra om ansvariga politiker haft mod att då öppet säga detta till befolkningen – och även till dem som skulle utföra vården. En saklig information om att pengarna helt enkelt inte räckte till det man velat att sjukvården skulle göra – förenat med öppna principer för vad som måste nedprioriteras – hade underlättat vårdens arbete.

Tvärtom har ansvariga politiker i stället konsekvent mörklagt verkliga förhållanden, genom att hävda att effektiviseringar gör att vården alltid skall kunna presteras ännu mer, med ännu bättre kvalitet, trots minskade resurser. Mycket har gjorts för att göra vården mer effektiv och visst finns det ännu mycket kvar att göra. Trots detta finns ändå en gräns för hur mycket ytterligare arbetsuppgifter ett sjukhus eller en vårdcentral kan klara av med oförändrade resurser.

Resultatet har blivit ökade förväntningar och frustrerade patienter som upplevt glappet mellan ord och verklighet, avhopp av chefer som upplever att resurserna inte räcker till samt att läkare och sjuksköterskor upplevt en tilltagande försämring av sin arbetssituation, en situation som alltmer kännetecknas av försök att med den egna hälsan som insats försöka motsvara förväntningar som i grunden är omöjliga att uppfylla. En del av dessa problem hade kunnat undvikas med större politisk mod, där de som fattar beslut gör realistiska konsekvensbeskrivningar och även tar ansvar för beslutens konsekvenser.

Socialstyrelsen har i en tidigare rapport visat att väl utbyggd primärvård är en bra grund för kostnadseffektiv sjukvård, något som regeringen förstås väl känner till, och ökning av antalet allmänläkare från nuvarande 4 500 till 6 000 är en förändring som regeringen vill åstadkomma. Erfarenheterna från den nationella handlingsplanen och kanonpengar visar dock att det är landstingen som i praktiken bestämt hur det skall bli, även när regeringen försökt örnmärka pengar. Vi vill påminna om Protos, det förslag till

nationellt familjeläkarsystem som lanserats av landets allmänläkare med bred enighet.

När det gäller mer övergripande frågor kan man inte bortse från sjukskrivningarnas konsekvenser för samhälls-ekonomin eller den oroande ökningen av alkoholkonsumtion. För att komma till rätta med dessa problem bidrar SFAM gärna med de kunskaper och erfarenheter som finns inom föreningen.

Roland Morgell
redaktör



ANNONS

Screening med MMT för tidig upptäckt av demens i primärvård



Nya möjligheter till behandling av demens ökar behovet av tidig upptäckt. Lars Anderson och Birgitta Näsman beskriver en studie i Jämtland, där man i ett område erbjöd samtliga invånare mellan 60 och 75 års ålder undersökning med MMT. Personer med MMT ≤ 26 poäng erbjöds läkarundersökning. Studien visar att det är möjligt att i primärvård med ett enkelt screeningsinstrument identifiera personer med kognitiv svikt, fastställa genes och sätta demensdiagnos samt inleda behandling.



Foto: Anders Ehnberg

ANDELEN ÄLDRE ökar snabbt. Prevalensen demens är i åldern 60–70 år ca 1% och stiger sedan närmast exponentiellt med ökande ålder (1). Alzheimers sjukdom (AD) svarar ensam eller i kombination för ca 60% av all demenssjukdom. Vaskulär demens (VaD) är den näst största demensdiagnosen. Frontotemporal demens och Lewy body demens är liksom AD degenerativa demenssjukdomar. Potentiellt behandlingsbara tillstånd som normaltryckshydrocephalus, subduralhematom, hjärntumör, infektioner och metabola störningar kan ge klinisk demensbild.

Utredning syftar till att utesluta differentialdiagnoser, fastställa om demenssjukdom föreligger och i så fall även typ, kartlägga beteendestörningar och psykis-

ka symptom (BPSD-problematik) samt bedöma behov av läkemedelsbehandling och sociala stödsatser.

Möjligheterna till behandling vid AD och Lewy body demens ökar behovet av tidig diagnostik. Läkemedelsterapi utgörs idag av kolinesterashämmare, donepezil, rivastigmin eller galantamin, vilka i kliniska prövningar har visat sig kunna förbättra och/eller stabilisera minnet och andra kognitiva funktioner, även om effekten bedömts måttlig (2). Ett nytt läkemedel, memantin (en NMDA-receptorantagonist) har registrerats med indikation måttligt till svår Alzheimers sjukdom (3). Båda dessa typer av läkemedel kan senarelägga behov av institutionsvård. Förutom den ekonomiska vinst som behandling kan innebära (4) är det humanitär mer tillfredsställande

för såväl den sjuke som närstående att patienten kan bo och vårdas hemma så länge som möjligt.

Syfte

Syftet var att undersöka om man i primärvården kan använda MMT som screeningsinstrument för att identifiera personer med kognitiv svikt och genom utredning diagnosticera demens och inleda behandling.

Material och metod

Sjukvårdsområdet Backe-Rossön med 1 800 innevånare ligger i Strömsunds kommun i Jämtland, 15 mil från Östersund. Samtliga hemmaboende invånare i åldern 60–75 år, 174 kvinnor och 192 män, totalt 366 personer, erbjöds per brev att få genomgå en enkel ►►

ANNONS

MMT-poäng	Ålder år	Kön	GDS-20 poäng	Övriga sjukdomar	Diagnos
17	75	Man	7	B12-brist	Alzheimers sjukdom
21	71	Kvinna	7	B12-brist	Alzheimers sjukdom
22	74	Kvinna	5	Diabetes, hypertoni, meningiom	Alzheimers sjukdom
19	72	Man	4	Stroke	Vaskulär demens
24	70	Man	6	Diabetes, hjärtsjukdom	Vaskulär demens
21	73	Man	9	B12-brist	Vaskulär demens
21	67	Kvinna	5	Diabetes	Vaskulär demens
24	65	Man	1	B12-brist	Alkohol demens
25	66	Man	4	B12-brist	Alkohol demens
24	70	Kvinna	5	B12-brist	Alkohol demens
26	75	Kvinna	4	B12-brist, hypothyreos	Demens sekundär till B12-brist

Tabell 1. Beskrivning av de personer som uppfyllde kriterierna för demens.

minnesundersökning. Med brevet följde svarskuvert och talong med möjlighet att svara ja eller nej. Utskick och testningar genomfördes februari–mars 1999. Samtliga tillskrivna personers journaler genomgicks för att kartlägga övriga sjukdomar. De som tackade ja genomgick MMT-test samt skattades med Geriatric Depression Scale (GDS–20) för att utesluta depression som orsak till eventuell kognitiv svikt. MMT är en kortfattad standardiserad metod att gradera kognitiv status och bedömer orientering, uppmärksamhet, korttidsminne, språk samt förmåga att följa en enkel skriven och verbal uppmaning (5). GDS–20 utgörs av 20 frågor som besvaras med ja eller nej och varje fråga ger 0 eller 1 poäng. Sex poäng eller mer ger misstanke om depression (6). De båda skattningarna utfördes av endera av två undersköterskor, som fått träning av läkare.

Vid MMT ≤ 26 poäng erbjöds läkarundersökning omfattande fysikalisk status (inklusive neurologiskt, kognitivt och psykiskt status), EKG, CT hjärna, EEG och laboratoriescreening (SR, blodstatus, s-B12, s-folat, leverstatus, elektrolytstatus, s-kreatinin, thyroidea-status, b-glukos, urinscreening). Noggrann anamnes togs innefattande sjukhistoria, ärlighet, exposition för

toxiska substanser, tidigare skalltrauma, skolgång, sociala förhållanden samt innehav av körkort och vapenlicens. En global klinisk skattning gjordes med hjälp av Clinical Dementia Rating Scale (CDR), där minne, orientering, förmåga till bedömning och problemlösning, förmåga att sköta arbete, förmåga att sköta hem och hobbies samt ADL-förmåga bedöms (7).

Anamnes från närstående upptogs enskilt på vårdcentralen eller per telefon, varvid man även gick igenom associerade symptom enligt BEHAVE-AD Rating Scale (8). Läkarundersökningar och närståendintervjuer utfördes maj–juni 1999. Vid diagnostiken användes kriterierna enligt DSM-IV (9).

I Hoting, ett angränsande område med likartad befolkningsstruktur och med 2 300 innevånare, där inget projekt pågick, noterades antalet patienter som fick demensdiagnos under samma tidsperiod. Chi-2-test och z-test användes som statistiska metoder. $P \leq 0.05$ bedömdes som signifikant. Forsknings-etiska kommittén vid Umeå Universitet har godkänt studien.

Resultat

Av de 366 personer (192 män, 174 kvinnor) som erbjöds undersökning accepterade 230 personer (120 män, 110 kvin-

nor) medan 93 (41 män, 52 kvinnor) avböjde och 43 (31 män, 12 kvinnor) inte svarade. Bortfallsanalys visade att det framför allt var äldre män med flera diagnoser som inte svarade. Av de 230 som testades hade 21 personer MMT ≤ 26 poäng. Två avled under studiens gång. Tre avstod från läkarundersökning. Flera personer med normalt neurologiskt status avböjde CT hjärna och EEG, men det fanns i dessa fall inte specifik misstanke om normaltryckshydrocephalus, tumor eller subduralhematom. (En patient hade dock en gångart som indikerade behov av vidare utredning men patienten avböjde.)

Av de 11 personer som uppfyllde kriterierna för demens hade tre personer AD, fyra hade VaD, tre alkohol demens och en bedömdes ha demens sekundär till B12 brist. Se Tabell 1. Av dem som inte uppfyllde demenskriterierna bedömdes en lida av depression och en av konfusion på grund av polyfarmaci. Se Tabell 2. Ingen BPSD-problematik rapporterades.

Nio fall med B12-brist noterades och substitutionsbehandling påbörjades. 2 av 3 patienter med diagnosticerad AD insattes på kolinesterashämmare. I ett fall fann man ej gehör hos närstående men uppföljning planerades. Patienten med depression fick behandling ►►

med SSRI. Patienten med konfusion krävde medicinsanering. Utöver behandling för de kognitiva symptomen ledde undersökningen till upptäckt av somatiska åkommor och behov av medicinsanering/justering.

1 person (man) under 65 år hade MMT ≤ 26 . Personer i åldern 70–75 år hade i flera fall signifikant lägre MMT än majoriteten i åldersgruppen 65–70 år. I det angränsande sjukvårdsområdet Hotting diagnosticerades under motsvarande tid en patient med demenssjukdom i den aktuella åldersgruppen.

Diskussion

Vi bedömer svarsfrekvensen 88% som god och det studerade materialet som representativt för gruppen. Vissa typer av demens missas med vårt förfarande. Personer med frontallobssymptom saknar helt sjukdomsinsikt och förväntas därför ej svara på ett brev som detta. Av dem som erbjöds läkarundersökning avstod tre, samtliga män. Orsaken till detta har ej varit möjlig att bedöma. Antalet falskt negativa svar, dvs. personer med MMT 27–30 men med begynnande demensutveckling, har vi inte kunnat uppskatta.

21 personer (dvs. 5,7% av de undersökta personer i åldrarna 60–75 år) identifierades ha kognitiv svikt, varav 11 personer uppfyllde kriterierna för

demenssjukdom. Den använda metoden för screening, MMT-test, är en beprövad och välkänd metod som används världen över (10). MMT påverkas enligt vissa studier något av utbildningsnivå och ålder men ej av kön (11). Falskt negativt utfall kan ses hos personer med hög premorbid förmåga och lång utbildning. MMT har dessutom klara begränsningar vid såväl mild som vid grav kognitiv svikt. Instrumentet mäter enbart kognitiv dysfunktion och säger inget om genes. Dess syfte är att peka på behov av vidare undersökning. Tidigare studier har oftast använt 23/24 som cut-offgräns. Vi har valt 26/27 för att hitta så många personer som möjligt, inklusive dem med Mild Cognitive Impairment, som eventuellt är ett förstadium till AD (12).

I vår studie avstod de flesta från CT hjärna och EEG, men ingen av de undersökta personerna (utom tidigare nämnt undantag) hade oklar symptomatologi, kliniska tecken på neurologisk dysfunktion eller svåra beteendestörningar. Om sådana statusfynd och symptom finns bör de givetvis genomgå en mer extensiv utredning alternativt remitteras till specialistklinik.

De som bedömdes vara dementa hade högre poäng på GDS-skalan, dock inte signifikant. Detta kan förklaras med att vissa frågor avser symptom som finns även hos dementa, till exempel "Har

Du gett upp många aktiviteter och intressen?", "Tycker Du att Du har mer problem med ditt minne än de flesta andra?" I vår studie rapporterades ingen BPSD-problematik av närstående, som sannolikt inte uppfattar sådana symptom som en del av demenssjukdomen.

I det angränsande sjukvårdsdistriktet diagnosticerades endast en person med demenssjukdom under motsvarande tid. Detta är svårt att värdera. Det kan bero på att demens var underdiagnosticerad i Backe-Rossöns sjukvårdsområde vid studiens början, det kan även bero på att en aktiv uppmärksamhet på kognitiv svikt/demens är nödvändig för att identifiera dessa patienter.

Är det etiskt riktigt att bedriva uppsökande verksamhet för att identifiera personer med kognitiv svikt? Kan onödig oro skapas hos de personer som blir aktivt kontaktade? Risk finns att vissa personer med kognitiv svikt saknar förmåga att ta ställning till att delta (13). För åldersgruppen i stort torde detta inte vara ett problem. Snarare tvärtom, av erfarenhet vet vi att oron redan finns på grund av all information i massmedia. Dessutom var den skriftliga informationen utformad så att de som tillskrevs hade möjlighet att avstå utan att motivera varför. Screening avseende kognitiv svikt skiljer sig ur etisk synpunkt inte från andra screeningundersökningar. Efter diagnos är det viktigt

MMT-poäng	Ålder år	Kön	GDS-20 Poäng	Övriga sjukdomar	Diagnos
22	75	Kvinna	9	B12-brist	Depression
25	73	Kvinna	5	B12-brist, hypothyreos	Konfusion på basen av polyfarmaci
26	66	Man	2		CP-skada. Ej dement
25	67	Man	5	Exp. för läsningsmedel	Ej dement
26	74	Man	3	Diabetes	Ej dement
25	76	Man	1		Fullföljer ej
26	72	Man	2	Exposition för läsningsmedel	Ej dement
24	74	Kvinna	8	Diabetes diagnosticeras	Ej dement
25	68	Man	8		Fullföljer ej
24	66	Man	5		Fullföljer ej

Tabell 2. Personer med tecken kognitiv svikt men som inte uppfyllde kriterierna för demens.



Foto: Anders Ehnberg

den? Tänkbart handlingsprogram är att de patienter över 65 år som besöker vårdcentralen vartannat år genomgår MMT, utfört av tränad undersköterska eller arbetsterapeut; om $MMT \leq 26$ poäng basutredning enligt ovan; vid behov kompletterande utredning med klocktest (18), lumbalpunktion med analys av biokemiska markörer (19); vid diagnostiska svårigheter och "unga" patienter diskussion med eller remiss till specialistklinik. Detta skulle leda till att allmänheten blir mer uppmärksam på kognitiva brister och söker sjukvården i ett tidigt skede. Ett krav är att allmänläkare ges möjligheter till adekvat utbildning och tid att fungera i ett nätverk som "spindeln i nätet" i den expanderande demensvård som sjukvården har att möta.

Lars Andersson
Distriktsläkare, Åsele

Birgitta Näsman
Överläkare, Institutionen för Samhällsmedicin
och Rehabilitering, avd för Geriatrik
Umeå Universitet
birgitta.nasman@germed.umu.se

att ge närstående noggrann information om sjukdomen, prognos och förväntad effekt av insatt behandling. Detta för att hjälpa patienten själv och närstående att förstå sjukdomens yttringar, något som erfarenhetsmässigt uppfattas som positivt.

Befolkningsstrukturen har givetvis påverkat resultatet. I det undersökta området är mer än hälften av invånare 45 år eller äldre och mer än en fjärdedel är 65 år eller äldre, vilket är fler än riksgenomsnittet. Utbildningsnivån är troligen genomsnittligt lägre än för riket. Denna befolkningsstruktur är representativ för många av landets inlandskommuner men ej för storstadskommunerna. En begränsning i denna studie är att det ej varit möjligt att korrigera för utbildningsnivå.

Kostnaderna för demensvård i Sverige uppgår till ca 40 miljarder kronor årligen. Det finns få studier av koles-terashämmare med hälsoekonomisk ansats. Tillgängliga studier talar dock för att behandling kan vara kostnadsbesparande vid AD (14).

Demenssjukdom är en folksjukdom och bör som sådan skötas av primärvården. Primärvårdsläkaren har genom sitt generalistiska arbetssätt och sin in-

dividsyn unik möjlighet att identifiera begynnande kognitiv svikt, kunna se patienten "över tid" och få kännedom om patientens sociala nätverk. Enligt en avhandling från Linköping är demenssjukdom kraftigt underdiagnosticerad i primärvården (15). Man har visat att distriktsläkare anser sig ha brist på tid och i vissa fall bristande kunskap samt var i viss mån tveksamma till värdet av läkemedelsbehandling vid demens (16, 17). Det är angeläget att bygga nätverk där primärvårdsläkare har uppbackning från specialistklinik för diskussion och möjlighet att remittera där specialistklinikens resurser behövs. Telemedicinstöd kan här komma att bli ett effektivt verktyg. I de flesta fall är dock noggrann anamnes, medicinsanering samt uteslutande av somatisk åkomma tillräckligt för att sätta diagnos och inleda behandling. Dessutom krävs nätverk mellan distriktsvård – specialistklinik – kommunala instanser.

Slutsatser och rekommendationer

Utvecklingen av läkemedelsbehandling vid AD och VaD är i ett mycket dynamiskt skede, varför det är synnerligen angeläget att identifiera de som insjuknat. Hur skall då detta ske i primärvår-

Utvalda referenser

1. Hofman A, Rocca WA, Brayne S. et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Euroderm Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991;20:736-48.
10. Tierney MC, Scallan JP, Dunn et al. Prediction of probable Alzheimer's disease in patients with symptoms suggestive of memory impairment. Value of Mini-Mental State Examination. *Arch Fam Med* 2000;9:527-62.
14. WimoA, Jonsson L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader (The social costs of dementia Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen 2001).
15. Ölafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:194-8.
18. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatric Psychiatry* 2001;15:548-61.
19. Andreassen N, Minthon L, Davidsson P et al. Evaluation of CSF-tau and Aβ42 as diagnostic markers for Alzheimer's disease in clinical practice. *Arch Neurol* 2001;58:373-79.

Fullständig referenslista kan erhållas från författarna.

ANNONS

Det skapande mellanrummet

Eli Bergs disputation blev en stor händelse. Den handlade om det som borde vara självklart. Att läkaren ser patienten och låter patienten komma i första rummet.



En terapeutisk relation som får utvecklas på så sätt har en läkande kraft. Man kommer osökt att tänka på gamle Michael Balint, som på femtioalet forskade på "the drug doctor". Han var före sin tid, och menade själv att hans forskningsresultat kanske inte skulle komma att realiseras förrän om 150 år. Kanske behöver det inte dröja så länge. I vår teknifierade, kyligt kalkylerande medicinska värld är behovet stort, kanske större än någonsin, av läkare som kan lyssna i en terapeutisk personlig relation med människan patienten.

Elis avhandling är ovanlig. Hon beskriver sin egen vandring i medicinen, med traditionell utbildning i symtom-diagnos-behandling, som hon lärde under medicinstudierna. Efter drygt 20 år på samma praktik i Kongsvinger tvivlar hon allt mer på vad hon arbetar med, och är nära att ge upp yrket, eftersom så många patienter kommer tillbaka till henne, utredda, medicinerade, men med sjuklighet som hon inte kan bota eller lindra. Hon anar att en del människors problem kan bota i det liv de lever, och ber en psykolog komma med i konsultationerna. Tillsammans med Björn Angvik träffar hon sedan ett antal patienter, som får komma med både sina kroppsliga smärtor och sina bekymmer och vändor, vid en och samma konsultation. Det leder till remarkabla resultat. En av patienterna har haft en ovanligt traumatisk uppväxt, och Eli följer med honom på en resa till platsen för hans uppväxt, utrustad med bandspelare. Birger, som patienten kallas, får berätta fritt om sina halvt bortglömda erfarenheter, och får känningar av astma, får hudutslag, får ledvärk på bestämda platser när han minns de trauman som kanske kunde ha kostat honom livet om

han inte haft några viktiga personer som såg honom som barn. Denna resa finns tidigare beskriven i boken "Ser du meg, doktor". En sådan resa är antagligen en engångsföreteelse i ett läkarliv, men den gav Eli sådana erfarenheter att hon beslutade sig för att gå vidare för att utröna vad som hade hänt.

Ett antal av patienterna tillfrågades och accepterade att intervjuas, vilket delvis skedde i reflekterande trepartssamtal. Intervjuerna togs upp på band och video. Materialet analyserades sedan med hermeneutisk metod, där de meningsbärande uttrycken redovisas. Föga förvånande handlar det om upplevelsen av doktorn som mänsklig, personlig och intresserad. Intressant i sammanhanget är också att Eli har gamla videoband från handledningsgrupp, med några av samma patienter. Då fick hon en god kritik av gruppen för både patientcentrering och uppnådda delmål i konsultationen, och ändå hade hon den gången inte lyckats hjälpa dessa människor.

Eli visste att något hade hänt med hennes arbetssätt. Något är i grunden förändrat, och det har varit gynnsamt för både patienter och för doktorn, som nu kan hjälpa människor ut ur sjukvårdssystemet och få dem att på ett nytt sätt ta ansvar för eget liv, för att summera väldigt kort.

För att förstå vad som har hänt i hennes arbete tillämpar Eli en filosofisk analys, där framför andra Levinas är viktig. Levinas beskriver mötet med den andre, hur vi blir "träffade av den andres ansikte". Det skulle föra för långt att försöka återge denna del i avhandlingen, men den är central. Eli har en ambition att återföreina medicin och filosofi. Dessa båda discipliner var ju långt tillbaka gemensamma.

Datum: 19 maj 2004.

Disputerad allmänläkare: Eli Berg

Avhandling: *Det kreativa mellomrommet mellom lege og pasient*

Institution: Allmenmedisin Tromsø universitet

Handledare: Professor Knut Holtedal, Tromsø och Professor Anders Lindseth, Bodø

Opponent: første Med dr Carl Edvard Rudebeck, andre Professor emeritus Asbjørn Aarnes, tredje Professor Inger Njölstad

Carl Edvard Rudebeck hade gjort ett mycket noggrant förarbete och oppositionen tog sin tid. Hans ambition var att klargöra vad som var det centrala i arbetssättet. Eli har inte dokumenterat genom att räkna diagnoser, besöksfrekvens eller liknande, utan beskrivit sina och patienternas, hennes "medforskare", erfarenheter, och tolkat dessa med hjälp av filosofi. I avhandlingen finns rika uppslag för fortsatta studier. Det gladdade speciellt oss närvarande svenskar att Carl Edvard fick mycket beröm för sin både kritisk granskande och varmt mänskliga opposition.

Asbjørn Aarnes opposition var både kritisk, allmänbildande och underhållande. Han är litteraturvetare, 80-årig professor emeritus och specialist på filosofen Levinas arbete. Ovanligt vid denna disputation var också att fyra av Elis "medforskare" var bland de inbjudna, bland andra Alf Kaare Berg, som är bildkonstnär och som hade illustrerat hennes avhandling med starka bilder från sin egen uppväxt. Det tillförde ytterligare en dimension till denna okonventionella, modiga och genuint originella avhandling.

Björn Nilsson, Västerås
bjorn.nilsson@ptj.se

ANNONS

Länkportal med lokal medicinsk information för primärvård

VÅRDPRAXIS

Det finns risk att viktig medicinsk information drunknar i det enorma informationsflödet. Primärvården i Örebro har utvecklat en länkportal med både lokal medicinsk information och stöd för kvalitetsutveckling.

FÖR ATT FÖRA UT ny kunskap och förändra beteende krävs olika samverkande strategier. En pusselbit i detta arbete är VÅRDPRAXIS (www.orebroll.se/wardpraxis), primärvårdens i Örebro läns landsting medicinskt inriktade länkportal, som introducerades 1999. Den riktar sig till alla allmänläkare, distriktssköterskor och sjukgymnaster i länets primärvård och skall vara ett praktiskt hjälpmedel i det dagliga arbetet.

Lokala riktlinjer

Vår länkportal tillhandahåller lokalt framtagna och förankrad information av allmänmedicinskt intresse. Nationella vårdprogram har tonvikt lagd på vetenskapligt underlag. Lokala vårdriktlinjer har tyngdpunkt på att omsätta kunskaper till lokala förutsättningar och vårdkedjor. De krav vi formulerat är: att våra riktlinjer ska omfatta vanliga tillstånd, bygga på evidens, god kunskap och erfarenhet, ha klinisk relevans för primärvården, vara korta och sammanfattande (enhetlig layout, enkelt att söka), lättillgängliga i vardagsarbetet, väl förankrade i verksamheten, utarbetas i nära samverkan med länsdelssjukvården, tas fram då ett gemensamt synsätt är hälsoekonomiskt motiverat samt gagna patienterna.

Arbetsgången

Det finns en formaliserad process för att ta fram vårdriktlinjer. Idéer kan komma från olika håll men oftast har processen startat i samband med att SBU publicerat en rapport av intresse för primärvården. En lokal arbetsgrupp tar fram aktuell kunskap och skriver

förslag till vårdriktlinjer. En referensgrupp av erfarna allmänläkare bedömer om riktlinjerna uppfyller kriterierna för innehåll och utformning. Genom processen engageras många personer, vilket är en del av implementeringen av nya metoder och rutiner. Nya riktlinjer marknadsförs genom utbildningar och görs tillgängliga via VÅRDPRAXIS, samtidigt som meddelande skickas ut till alla användare, så att de vet att informationen finns och var den kan hittas när den behövs.

Verktygslåda för kvalitetsarbete

I VÅRDPRAXIS finns även en successivt växande verktygslåda med instrument för allmänmedicinsk kvalitetsutveckling med bland annat en uppsättning kvalitetsindikatorer för allmänmedicin, ett urval beprövade patientenkäter samt *Råd & Rutiner*, en diger samling lokala dokument, som beskriver rutiner, bruksanvisningar, delegationer m.m. Dessa kan användas som inspiration och förlaga till dokumentation av egna lokala rutiner.

Patientråd

Det finns påtagliga fördelar med att gå ut med samma patientråd till patienterna över hela länet. En uppsättning lokalt framtagna och förankrade patientråd, som bygger på aktuell kunskap och är oberoende av särintressen, finns att tillgå och kan skrivas ut på den egna skrivaren och lämnas till patienten.

Mycket annat

Där finns en riklig uppsättning blanketter, intyg, skattningskalor m.m. Information från sjukhusen och andra vårdgrannar, som vi bedömer som väsentlig för primärvården, sorteras in så att det är lätt att hitta och inte behöver lagras på olika håll. Vi tillhandahåller även ett urval av länkar till organisationer, myndigheter, medicinsk uppslagsverk, vårdprogram, ordböcker, sökmotorer m.m.

Utnyttjande

En enkät hösten 2003 visade att nästan 1/3 av distriktsläkarna dagligen använde sig av VÅRDPRAXIS och drygt 1/3 någon gång i veckan. Utbildningsläkare, utländska läkare (som värvats i stor omfattning under senare år) och nyanställda läkare tycks ha särskilt stor nytta av portalen.

Öppet för alla

I flera andra landsting har motsvarande länkportaler skapats, varför det finns massor av idéer att hämta och lära av, men en förutsättning är att informationen görs tillgänglig och inte göms på lokala intranät. Fritt flöde av idéer, erfarenhetsutbyte och benchmarking är grundpelare i förändringsarbete även inom detta område.

Lennart Holmquist
Allmänmedicinskt forskningscentrum Örebro
Lennart_holmquist@swipnet.se



ANNONS

Ett piller för mycket

Läkemedelsbehandling av äldre patienter med flera sjukdomstillstånd kräver läkare med tid, vilja och motivation att tillsammans med patienten väga olika läkemedels för- och nackdelar utifrån ett helhetsperspektiv. Specialister har ett snävare perspektiv, varför deras rekommendationer inte utan vidare kan tillämpas. Bengt Järhult beskriver en patient som insattes på olika läkemedel med tveksam indikation och bristande samordning.



Foto: Barbro Petersson

19 förpackningar... –Hujedamej!

Anna flyttade till servicehus sedan hon vårdats för övergående talstörning. Hon var en 77-årig svårt sjuk kvinna med bland annat RA och olika kardiovaskulära problem. CT skulle var normal, men då hon fått besvären trots Trombyl klämde man på sjukhuset till med Plavix, förutom de 18 läkemedel hon redan hade. Hon utskrevs i sitt "habituelltillstånd" för fortsatt uppföljning hos "vederbörande distriktsläkare". Det var jag det.

I en daganteckning noterade jag den tveksamma indikationen för Plavix (dyrt och medioker dokumentation) och min planering att fortsätta ett halvt år och sedan återgå till Trombyl. Inte vet jag om det var rätt avvägning. Jag tyckte det var fegt av neurologen att inte ta ställning till behandlingstidens längd. Det beslutet överlämnade organspecialisten till mig som inte satt in medlet. Men jag borde ha noterat om Apodosdelningen var ny – det gjorde jag inte. Om hon tidigare haft läkemedel utskrivna på recept – där kanske bara hälften verkligen tagits – hade det funnits risk för att hon skulle dö i läkemedelsförgiftning, när hon överfördes till Apodossystemets och institutionens nästan hundra procentiga följsamhet. Dålig följsamhet har nackdelar men också fördelar! Att

patienter inte tar sina läkemedel som vi tror, beror ibland på en sund intuition, ett skydd mot biverkningar och multifarmacins skadeverkningar.

Inte nog med mitt Apodosslarv. Jag har bara har en timme i veckan för fyrtio boende. Detta är ändå den kanske mest regelbundna tillsynen i vår kommun med hyrläkare och i läkartid nedprioriterade äldreboenden. Ädelreformen har ju också föst bort regelbundna sittroner

"Att patienter inte tar sina läkemedel som vi tror, beror ibland på en sund intuition, ett skydd mot biverkningar och multifarmacins skadeverkningar."

der med genomgång av alla patienter tillsammans med personalen. Jag vet inte vad jag ska skylla på. De löpande akuta och halvakuta problemen på mitt serviceboende gjorde i alla fall att Anna glömdes bort. Det var inte något akut pockande.

Så det dröjde mer än ett år innan jag gjorde en rutingenomgång utan att träffa henne. Då till följd av Apodossystemets påstötning, en irriterande påminnelse om omprövning som brukar komma från apoteket när man har som mest att göra – med risk för

att alla mediciner får hänga med ett år till. Signalen fick mig i alla fall att sätta ut järntabletterna, Hb var stabilt och jag tänkte elakt att sjukhusläkarna säkert från början i onödan satt in järn för sekundäranemi. Jag glömde emellertid bort min tanke att Plavix sedan länge borde varit utsatt. Jag trappade dock ut Tradolan, då Anna var lite förvirrad. Några veckor senare förtäljde personalen att det inte blivit mer värk, det vill säga hon hade säkert i mer än ett år tagit Tradolan 50 mg x 4 helt i onödan.

Dessa medicinska banaliteter visar på något centralt i sjukvården. Att god läkemedelsbehandling, och framför allt en kostnadseffektiv sådan, blott till en del är en fråga om dokumenterad evidens, preparatval, läkemedelspriser eller prispress från generika. Grunden för optimal läkemedelterapi och låga kostnader är i högsta grad kopplad till sjukvårdens struktur. Kostnadseffektiv läkemedelterapi är i första hand inte en fråga om läkemedelsbudget eller billiga uppköp. Utan av att det finns fysiska läkare i bassjukvården som har tid, vilja och motivation att ta sig an patientens ordinationer och till en helhet föra ihop vikariers ordinationer och ►►

subspecialisters förskrivningskaskader, medel insatta i tron att just specialitetens diagnoser behandlas evidensbaserat enligt fastställda program. Ja, det är så illa att kardiologklinikens kvalitetsmål definieras utifrån hur lyckosam man är att till så många som möjligt skriva ut maximalt antal medel som tros kunna påverka risker. Det är därför 80–85-åringar, som legat inne några dagar för någon ischemisk blesstyr, utan att tillfrågas lämnar kliniken med minst fem olika medikamenter att använda livet ut.

I en god och stadgad bassjukvård ingår förstås rutiner för god kommunikation med sjukhusen. Men landstingsövergripande läkemedelslistor – för sjukhus och primärvård – är inte mycket att ha om det inte finns en familjeläkare som är villig att ta ansvaret att sköta listan med disciplin. Framför allt regelbundet stämma av med patienten om denne verkligen tar de medel som en massa läkare eller kliniker skrivit ut och som då står på den gemensamma listan. Det finns idag en övertro på att landstingsövergripande – eller i framtiden nationella – listor i sig löser läkemedelproblemen. Kanske det också finns en övertro att problemen ordnar sig bara vi blir en allmänläkare på 1500 invånare. Men det är både en fråga om rimliga arbetsvillkor för primärvårdsläkare och en attityd och vilja att leva upp till att vara den sammanhållande familjemedicinska kraften och kritiskt värdera läkemedelsordinationerna.

Senare var jag i ett annat ärende på servicehuset. Jag var påklädd för avfärd, då man nämnde att Anna (som nu blivit 78 år) fått feber. Det visade sig att hon föregående vecka kallats till reumatologmottagningen. Hon hade där befunnits ha positiv nitrit i urinen. Enligt journalen hade hon inga symtom, men i avvaktan på odlingssvar gavs Selexid, vilket för mig är obegripligt. När sedan feber tillstött, tänkte jag först att kollegan hade fin intuition för en begynnande pyelonefrit. Men odlingssvaret visade Klebsiella känsliga för mecillinam. Således var febe-

rorsaken rimligen inte urinvägarna. Det framkom att hon ställts på ytterligare ett läkemedel – Fosamax Veckotablett – sedan hon på en röntgenplåt uppfattats ha osteopeni. Således bestämdes på fem röda sekunder om ett 20:e preparat. Vid falltrauma 1998 fick Anna en bäcken-



och armbågsfraktur, men hon har trots gruntsjukdomar och mångårig kortisonbehandling genom åren inte haft någon spontanfraktur eller kotfraktur. Ett av hennes många piller har i flera år varit Kalk-D-vitamin. Bentäthetsmätning hade inte gjorts. Det kanske står i reumatologers vårdprogram att reumatiker som haft fraktur och kortisonbehandling ska ha bifosfonater, men saken är mer komplicerad än så! Med hennes förut-sättningar var NNT (number needed to treat) högt. Dokumentationen för positiv effekt är inte särskilt stark och eftersom Anna ändå äger sin egen kropp bör hon väl bli tillfrågad? Eller?

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) säger mycket tydligt att patienten har rätt till delaktighet och information om för- och nackdelar med terapin för att kunna ge sin egen syn på behandlingsvalet. Liksom reumatologen bryter du och jag varje dag mot HSL. Vi ger aldrig eller sällan patienten den rätt till medverkan och medbeslut som lagen garanterar. Eller?

Nu hände följande. Dagen efter den första tabletten Fosamax tillkom tilltagande sväljningsbesvär och dåligt vätskeintag. Jag fann lätt intorkning, inga kliniska

tecken på pneumoni och hon stod redan på antibiotika för sin asymtomatiska bakterieuri. Vad göra som distriktsläkare sju mil från sjukhus? Lätt intorkning hos en gammal skör, kroniskt sjuk patient; intag av tablett som är ökad för att kunna fastna i matstrupen, ge sår och

ingångsöppning för bakterier. Jag sände Anna till öronakuten med frågeställning begynnande mediastinit.

På väg till gastroskopi fick hon akut bröstsmärta med troponinläckage, kanske av påfrestningen kring det nya sjukdomstillståndet. "Bedöms som misstänkt men ej verifierad infarkt". Den språkliga glidningen, Anna är redan på väg att förvandlas till en diagnos, säger något om den vidare sjukhusvården. Hon behandlades med olika antibiotika och ett antal andra dyra, avancerade droger. Hon genomgick diverse högteknologiska undersökningar såsom DT thorax. Läkemedelsutlösta hudreaktioner tillstötte. Hon fick clostridium difficile av all sin antibiotika och behövde därför ännu mer antibiotika och överfördes till infektionskliniken. Hon var halvt döende, eller mer än så, febril av och till, med CRP-stegring, vilket ledde till ytterligare antibiotikabehandling med mera, med mera.

När de heroiska insatserna inte gav snabb frukt på infektionskliniken tröttnade man enligt epikrisformuleringen "Blir så småningom feberfri men fortsatt trött och tagen, allmäntillståndet växlar lite från dag till dag. Senaste dagarna piggare, trots stigande CRP, lätt anemi".

"Sannolikt är problemen vad gäller äldres och multisjukas överdoseringar, läkemedelsbiverkningar och interaktioner mycket större än vi tror."

När Anna en dag var feberfri passar man på att skicka hem henne till servicehuset och mig med anvisning om förnyad provtagning om ett par veckor. Hon hade 17 läkemedel och stod fortfarande på Fosamax Veckotablett. Några dagar efter hemkomsten var hon åter febril, påverkad och CRP 250. Efter telefonkontakt med klinikchefen på infektion och avstämning med anhöriga ordinerade jag palliativa insatser. Läkemedlen sattes ut och Anna somnade stilla in.

Även om gastroskopi aldrig blev utförd och infektionskliniken plockade fram gummibandsdiagnosen "Oklar feber" över vårdtillfället gjorde jag biverkningsanmälan. En enda tablett bifosfonat startade en process som ledde till Annas död.

Det kunde förstås inte kollegan på reumatologen veta, som i god vilja att hjälpa henne mot framtida frakturer ordinerade behandling mot osteoporos. Sannolikt tänkte inte reumatologen på att kanske 50–100 patienter i Annas situation behöver behandlas i 3 år för att en ska slippa en fraktur. Och definitivt inte att denna kvinna skulle kunna dö av en enda tablett, den första i den nya ordinationen. Frågan är om det alls finns någon evidens för det som kanske stod i vårdprogrammet; att reumatiker liberalt ska ha bifosfonater? Det är knappast troligt att denna multisjuka kvinna eller hennes medsyststrar med liknande klinik hade fått vara med i de prövningar som gjorts, detta när läkemedelsföretaget ville skapa sig en marknad i flödet av andra tillkommande, konkurrerande bifosfonatpreparat.

Tänk om bara en bråkdel av de resurser som sattes in på sjukhuset i tre–fyra

veckor hade funnits tidigare i de kliniska kontakterna. I första hand för att ha tid i patient–läkarsamtalet; att överväga för- och nackdelar med de 19 preparaten, inklusive haft tid för diskussion om osteoporosbehandling.

Är det rimligt att det blev jag som anmälde dödsfallet som misstänkt eller snarare trolig läkemedelsbiverkan? Varför var det inte naturligt för sjukhusläkarna? Det förs inte ens en diskussion i epikrisen om orsak–verkan. Detta trots att min frågeställning mediastinit följer patienten på de olika klinikerna. Även om jag finalt blev ansvarig för vården i slutskedet, för dödsbevis och obligatorisk biverkningsanmälan vid dödsfall, som misstänks bero på läkemedel, är ju sjukhuset skyldigt att anmäla när sjukhusvård blir följden av en läkemedelsbiverkan.

För min del är det inte första gången jag lägger min näsa i blöt i det som är slutenvårdens ansvar. Är jag eller är jag inte kollegial, när jag ser att en av mina patienter vårdats för Waranblödning, dött på kliniken men inte anmälts, och själv gör det? Uppfattas fortfarande anmälan av en läkemedelsbiverkan med allvarlig utgång som ett läkarens nederlag? Det finns ju inget repressivt i sådan anmälan. Men uppenbart behöver Läkemedelsverket och lagstiftare precisera vems skyldigheten är i den ganska komplicerade vårdkedja, som ofta finns, och där läkaransvaret är utspädd eller på annat sätt diffust fördelat.

Man kan naturligtvis argumentera mot slutsatsen att läkemedel dödade Anna. Den kliniska bilden var inte entydig. Mediastinit var en frågeställning och

gastroskopi gjordes aldrig. Samtidigt illustrerar mitt fall hur multisjuka, multifarmakologiskt behandlade äldre påverkas av läkemedel i en sammansatt bild. Som enskilda läkare ser vi sällan enkla orsak–verkan–samband. Detta allt ifrån okända skadliga interaktioner – när upp till trettio olika preparat blandas – till smygande digitalisförgiftning. Sådan som kan uppkomma vid successivt nedsatt njurfunktion i livets senhöst. Läkaren och personalen tror att detta är själva sjukdomens förlopp eller villkoren i seniet.

Kanske denna gamla, multisjuka kvinnas biverkningsproblematik också illustrerar det förströdda intresse, som jag tycker finns i forskningen och de kliniska diskussionerna. Sannolikt är problemen vad gäller äldres och multisjukas överdoseringar, läkemedelsbiverkningar och interaktioner mycket större än vi tror. Dessa negativa effekter ska vägas mot de positiva effekter av läkemedel som också kan finnas, även i de högsta åldrarna.



Foto: Barbro Petersson

Bengt Järhult
Öxnehaga vårdcentral samt
Primärvårdens FOU-enhet Jönköping
Bengt_jarhult@hotmail.com

ANNONS

Allmänmedicinsk pionjär i glesbygd

EN KOLLEGA har lämnat oss efter ett verksamt liv som läkare, u-landsarbetare och författare. Ingemar växte upp i Östersund med rötter i Valsjöbyn, Jämtland och som latinstudent började han läsa medicin i Uppsala. Han gifte sig 1952 med Kerstin Qvarnström. År 1956 blev han legitimerad läkare, 1962 specialist i invärtesmedicin och han erhöll allmänläkarkompetens efter tjänstgöring som provinsialläkare och distriktsläkare. Från och med 1963 tjänstgjorde han som provinsialläkare och sedermera distriktsläkare i Vilhelmina fram till pensioneringen 1992, med undantag för åtta års arbete i utvecklingsländerna Tunisien, Etiopien och Jemen. Efter pensioneringen arbetade Ingemar som skolläkare i Vilhelmina och som företagsläkare vid Länshälsan i Västerbotten.

Vi som arbetat på allmänmedicin i Umeå under åren 1980 till 2000 minns Ingemar främst genom hans engagemang för svensk allmänmedicin, undervisning och forskning. För sin samverkan med allmänmedicin och läkarutbildningen i Umeå blev han också hedersdoktor vid Umeå universitet. Han betonade vikten av att vara medicinsk kunnig samtidigt som han upplevde ämnet allmänmedicin som unikt med ett eget kunskapsfält. Redan som provinsialläkare sökte han sig till ämneskonferenser på kontinenten i ämnet "Allgemeines Medizin". Han anordnade också NLV-kurser (sedermera SK-kurser) i Vilhelmina för blivande allmänläkare. Dessa utmärktes av att visa upp lokalsamhällets betydelse för hälsa och välbefinnande hos en befolkning, och att kursdeltagarna skulle medverka med egna projekt från sin allmänläkarpraktik. Själv bidrog Ingemar med stu-



Ingemar Hermansson
Distriktsläkare, Vilhelmina
1/5 1927 – 1/4 2004

dier av arbetslöshet och ohälsa. Det var ett samband som han tidigt blev medveten om. Under sina sista år kunde Ingemar Hermansson medverka i bildandet av Svensk Förening för Glesbygdsmedicin. Tillsammans med en yngre kollega tog han fram ett förslag på utbildning för läkare verksamma i glesbygd, som sedan antogs av föreningen.

Efter sin pensionering skrev Ingemar Hermansson tre böcker som speglade samhällsutvecklingen i Sverige och Europa under framförallt förra århundradet utifrån fyra författarporträtt. Han ville lyfta fram författare som "oförtjänt hotades av glömskan" och som haft betydelse

för honom själv. Den sista boken "Att vidga sitt synfält – Gustav Hellström", kom ut 2003 och blev väl mottagen i rikspresen.

Mitt minne av Ingemar Hermansson är positivt och ljus. Jag fick på flera sätt ta del av hans livserfarenhet på ett personligt plan. Hans analyser av samhällsutveckling i stort och smått, lokalt, nationellt och internationellt var klara och väl underbyggda. Som helårsprenumerant på tidningen "Le Monde" höll han sig välunderättad om vad som pågick i världen. Han lyckades förena såväl djup som bredd i sin livsgärning. Inget var för stort eller för litet att ta ställning till. Byråkrati och krångel för människor i vården var något som upprörde honom. Sak samma gällde rasism och främlingsfientlighet. Under sina yrkesverksamma år arbetande han för internationella rättvisefrågor. Han kunde i praktiskt kliniskt arbete och som ledamot i Rädda Barnens biståndskommitté verksamt bidra till detta fält. I sin yrkesroll värnade han om sårbara människor och människor som tappat fotfästet i tillvaron. Han var ordförande i den regionala afasiföreningen i Vilhelmina. Han utnämndes också till hedersledamot i lokalföreningen av sällskapet Länkarna efter att ha stött deras verksamhet på flera sätt. Ingemar Hermansson var en sann människovän och en som värnade om svaga och utsatta i samhället. Han är en god förebild för mig och säkert också för fler som mött honom i sin professionella utveckling till läkare.

För Allmänmedicin i Umeå,
Göran Westman
Professor och distriktsläkare
goran.westman@fammed.umu.se

ANNONS

Nätverk för odisputerade forskande allmänmedicinare i Norden

Den 14 juni träffades ca 25 odisputerade forskare och handledare för att ha en första träff i ett Nätverk för odisputerade forskare inom allmänmedicin. De flesta var från den södra regionen men Danmark, Örebro, Uppsala och Stockholm fanns representerade. SFAMs forskningsråd stod bakom inbjudan och professor Anders Håkansson vid institutionen för Samhällsmedicin i Malmö var mötets värd.

SFAMs forskningsråd är ett nytt råd inom SFAM, och detta var rådets första aktivitet. Tanken är att man inom ett nätverk för odisputerade forskare skall kunna utbyta erfarenheter, idéer och diskutera gemensamma problem i början av forskningen, men också kunna dela forskningens glädje och inspirera varandra. Arvid F. Jörgensen från Hillerød i Danmark berättade om

den danska forskningsmiljön och om ett motsvarande danskt nätverk som finns etablerat sedan flera år kallat PhD-forum. Vi kunde avundsjukt konstatera att våra danska kollegor kan ansöka om och få tre års heltidslön för forskning från särskild fond, till vilken den danska fackliga allmänläkarföreningen via avtal med huvudmannen avsatt pengar.

SFAMs ordförande Johan Berglund berättade om SFAMs ambition att stödja odisputerade forskare. Ingvar Ovhed berättade om det europeiska nätverket för forskare (EGPRN) och Forum Balticum. Bibliotekarie Yvonne Hultman Özek berättade intressant kring publicering av artiklar och med dagens nya möjlighet till publicering med Open Access som låter författaren behålla rätten till sitt material och ger resten av forskarvärlden fri tillgång till forskningsresultaten.



Anders Håkansson

Anders Håkansson redogjorde för hur en artikel granskas och hur publiceringen i Scandinavian Journal of Primary Health Care handläggs. Många trevliga diskussioner uppstod vid lunch och fika. Nya kontakter togs som skapar de viktiga nätverk som den allmänmedicinska forskningen och inte minst kliniska vardagen behöver.

Detta var en lovande början för SFAMs forskningsråd. Vi följer upp med en workshop för nätverket för odisputerade forskare inom allmänmedicin vid SFAMs höstmöte den 11 november. Mer om dess innehåll kan ni läsa i programmet för höstmötet. Välkomna då!

Robert Kristiansson och Tommy Jönsson
för SFAMs forskningsråd

Ny professor i allmänmedicin



Sigvard Mölsted

Sigvard Mölsted är en 55-årig halvlänning som arbetat många år som distriktsläkare i Höör samtidigt som han arbetade med avhandlingen "Antibiotics Usage and Betalactamase Production in Respiratory Tract Bac-

teria". Han doktorerade 1990 i Lund, blev docent 1999 och utnämndes till adjungerad Professor i Allmänmedicin vid Linköpings Universitet i maj 2004. Han arbetar nu sedan 3 år vid primärvårdens FoU-enhet i Jönköping.

Sigvard har gjort sig känd och blivit mycket respekterad genom sina kunskaper, sin forskning och sitt engagemang inom områdena rationell antibiotikaanvändning, resistensutveckling och handläggning av vanliga infektioner i primärvård.

Kjell Lindström
Jönköping
kjell.lindstrom@lj.se

Primärvårdsversionen av diagnosklassifikation skall förbättras

Vi önskar få kontakt med dem som har tips, erfarenheter, frågor eller andra synpunkter på hur vi kan förbättra KSH97-P, som är en för primärvården anpassad version av den större diagnosklassifikationen ICD-10/KSH97. Socialstyrelsen kommer under hösten se över på vilket sätt KSH97-P behöver utvecklas och även förtydligas med anvisningar. Vi kommer också att utveckla en klassifikation för åtgärder inom vården (KVÅ). Tanken är att klassifikationerna KSH97-P (diagnoser), KVÅ (åtgärder) och ICF (funktionsnedsättningar och andra konsekvenser av ohälsa) skall kunna komplettera varandra.

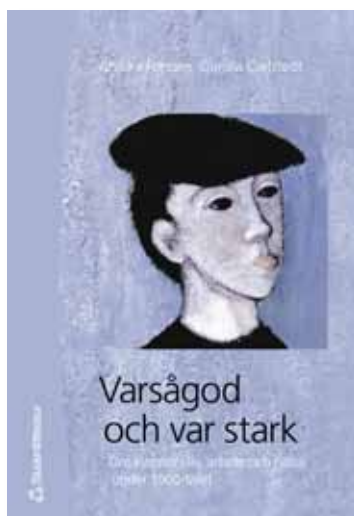
Mikael Hahr och Lars Berg
Socialstyrelsens enhet för klassifikationer
Tel 08 55 55 32 67
mikael.hahr@sos.se

Om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet

”Tro inte jag tänkte så mycket på om jag orkade eller var frisk. Det var varsågod och var stark bara. Håll tömmarna bara”.

Annika Forssén och Gunilla Carlstedt disputerade 1999 på en avhandling baserad på djupintervjuer av 20 kvinnor födda i början av 1900-talet; ”mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser.” Av det material som ligger till grund för avhandlingen har de nu också sammanställt en lärobok om kvinnors liv och villkor i Sverige under 1900-talet. Boken är tillägnad deras mödrar och det är också ur deras liv de tagit sin inspiration. Båda författarna har i sin gärning insett behovet av att bättre förstå sina äldre kvinnliga patienter, deras symptom och villkor. Det är också dessa kvinnor som fostrat dem som idag styr vårt land, det är deras syn på sig själva som ligger till grund för den kvinnosyn som dominerar vår egen vardag.

Boken är intressant på flera sätt. Fascinerande är allmängiltigheten i de sinsemellan mycket olika kvinnoöden som skildras. Även om de yttre förutsättningarna kan variera högst betydligt är de djupt kända sorgerna, problemen och glädjeämnena i livet förvånansvärt lika. Det är av yttersta vikt att vara duktig, inte klaga över sin lott, göra sin del och gärna lite mer. Sjuk blir man först när man inte känner sig uppskattad i sin roll. Jag känner så väl igen min egen mor och hennes systrar i bokens kvinnor. I konflikten mellan arbetsliv och familj, eget och gemensamt och längtan efter ett ”eget rum” känner jag också igen mig själv och de kvinnor som delar min situation. I centrerings runt barnen och andra som kräver omsorg, framtiden och vår strävan att göra livet



”Varsågod och var stark”
Om kvinnors liv, arbete och hälsa
under 1900-talet

Annika Forssén, Gunilla Carlstedt
Studentlitteratur Art nr 7254, 2003
ISBN 91-01332-9
Antal sidor: 306

”Att utifrån de olika kapitlens fokus följa samma 20 kvinnors berättelser gör att de alla träder fram som kvinnor av kött och blod.”

lite bättre för vår omgivning tangerar vi tidigare generationer.

Fascinerande är också värdet av djupintervjun och det massiva struktureringsarbete som sker efter att själva samtalen genomförts.

Att utifrån de olika kapitlens fokus följa samma 20 kvinnors berättelser gör att de alla träder fram som kvinnor av kött och blod. Man hör dem nästan diskutera sinsemellan trots att de flesta aldrig träffats. Trots sorger, tungt arbete, brustna förhoppningar och förnedring är

det dock i de stilla nära stunderna och ofta i ett systerskap de tagit sin näring. Man stärks på nytt i konsultationens kraft i värdet av det djupa samtalet. Många av kvinnorna beskriver sig själva som friska och starka trots värk och trötthet. Hade man riktat symptomatiska frågor hade bilden blivit en annan än deras egen. Viken bild är då mest helande och sann?

Förutom det centrala i kvinnornas egen upplevelse beskriver boken 1900-talets kvinnohistoria med lagliga sociala förtecken, betydelsen av krig och fred, utbildning och sociala reformer på ett kortfattat och klargörande sätt. Att författarna själva är kvinnor har naturligtvis påverkat såväl tolkningen av materialet som historien. Det skulle vara av stort intresse om samma studie genomfördes på 20 män från samma epok. Kvinnornas påtvingade underläge har ju matchats av ett säkert ofta påtvingat överläge på den manliga sidan.

För vem är detta en viktig bok?

- För maktens män vars mödrar den skildrar – dem som gjorde det möjligt.
- För oss medelålders kvinnor i professionen som fått lite av den frihet de eftersträvar och ibland t.o.m. lite makt, men samtidigt inte frigjort oss från vårt totalansvar.
- För våra män som delar mycket mera men oftast inte allt.
- För våra studenter, unga män och kvinnor, som möter dessa gamla kvinnor i världen.
- Sist men inte minst är det en viktig bok för de kvinnor den skildrar som ofta levat sina liv i skymundan, satt sig själva efter andra och ändå orkat förändra. De är värda all vår respekt.

Eva de Fine Licht
Floda VC
eva.de_fine_licht@vgregion.se

ANNONS

ANNONS

SOU 2004:20 – Genetik, integritet och etik

Med DNA-analys kunde Anna Lindhs mördare uppspåras och fällas, samtidigt som det ifrågasätts om det var rätt av sjukhuset att lämna ut sitt material. Tillgången till nya analysmetoder ger polisen möjlighet att binda gärningsmän till mord begångna flera år sedan, samtidigt som andra experter varnar för övertolkning av denna typ av bevis. Man har även påtalat risken att sluga brottslingar kan plantera andra personers DNA på brottsplatser.

Genetisk testning berör inte enbart sjukvården, utan har potentiella tillämpningar inom rättsväsen, försäkringsavtal med mera. Den som vill kan idag via Internet köpa utrustning för att på egen hand genomföra genetisk testning på sig själv (eller andra!) utan medverkan av vare sig sjukvård eller myndigheter. Och som vanligt ligger tekniken före lagstiftningen.

SOU – Statens Offentliga Utredningar – är regeringsdepartementens gemensamma skriftserie för utredningar av offentligt intresse. Utredningarna finns tillgängliga via www.sou.gov.se

Etiska bedömningar kan ibland vara svåra, bland annat av det skälet att många personer kan bli berörda av resultatet av tester de själva inte begärt, och där rätten att få veta kan behöva vägas mot rätten att inte vilja veta. Om en man testar sig för att få reda på om han bär på ett sjukdomsanlag som ärvt via Y-kromosom, så kommer resultatet även att gälla hans bröder. Motsvarande gäller förstås för kvinnor och mitokondriellt överförda tillstånd. Om en person drabbas av en ärftlig sjukdom, bör nära släktingar i så fall informeras och rekommenderas testa sig? Hur bör sjukvården agera om den sjuke själv inte vill att släktingar skall informeras trots att det finns effektiv behandling att erbjuda? Vilka av oss vill veta huruvida vi bär på anlag, som gör att vi inom ett antal år kommer att drabbas av en svår sjukdom som inte går att

behandla? Hur skall vi resonera när det gäller de barn vi redan hunnit skaffa?

Rapporten är sammanställd av en expertgrupp på uppdrag av Socialdepartementet, där man sett behovet av att få en samlad beskrivning av de etiska och legala överväganden som kan behöva göras till följd av tillgången till genetisk testning. De har lyckats bra med denna ambition. Man får en tydligt strukturerad genomgång av olika testningar, olika användningsområden, olika överväganden, gällande lagstiftning samt hur man resonerat och lagstiftat internationellt. Förklarande ordlistor gör att texten skall kunna läsas utan medicinska förkunskaper. Det finns idag en särskild akademisk utbildning för genetisk rådgivning och vid flera av de större sjukhusen finns avdelningar för klinisk genetik, dit man som kliniker kan vända sig vid behov – och min gissning är att denna typ av frågor kommer att bli allt vanligare. Av rapporten framgår inte vilka sjukhus som har sådana avdelningar.

Roland Morgell

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

Zoloft®
(sertralin)

Effektivt – även på lång sikt



VÄRLDSLEDANDE INOM LÄKEMEDELSFORSKNING

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

REFERENSER: 1. Lundborg PD, et al. Br J Psychiat 1998; 173: 54-60. 2. Greist JH, et al. Int Clin Psychopharmacol 1995; 10: 57-65. 3. March JS, et al. JAMA 1998; 280: 1752-56. 4. Brady K, et al. JAMA 2000; 283: 1837-44. 5. Humble M, et al. Br J Psychiat 2001; 179: 23-30. 6. Doogan DP, et al. Br J Psychiat 1992; 160: 217-22. INDIKATIONER: Egentlig depression med melanankoli, djupare 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



"Diabetes inom allmänmedicin" är temat för Svensk Förening för Diabetologi (SFD) höstmöte år 2004, i samarbete med SFAM.

Tid och plats

21–22 oktober, Mondo, Medborgarplatsen, Stockholm

Program

21/10: 09:30–17:00

- Folkhälsoarbete och diabetesprevention – samhällets, primärvårdens eller individens ansvar?
- Fysisk aktivitet – behandling och prevention av diabetes
- Diabetespedagogik – nya metoder
- Kvalitetsuppföljning i diabetesvården
- Forskning om diabetes i primärvården
- State-of-the-art-föreläsning: Kvalitetsutveckling och forskning inom allmänmedicinsk diabetesvård i Danmark

22/10: 08:30–12:00

- Diabetes hos invandrare i Sverige
- Metodfrågor – mätstickor för hemkontroll, glukosbelastning på vårdcentral, plasmaglukos, diabetesscreening
- Polyfarmaci i diabetesvården fördelar/risker, särskilda problem hos äldre?

För organisationskommittén: Tomas Fritz, distriktsläkare

Anmälan

För information och anmälan kontakta
Congrex Göteborg AB, Ref: SFD's höstmöte 2004
Box 5078, 402 22 GÖTEBORG
Tel: 031-708 60 00 Fax: 031-708 60 25,
e-mail: sfdhostmote2004@gbg.congrex.se

Sista anmälningdag

30 september

Anmälningsavgift

SFD-medlemmar 990:- icke medlemmar 1450:- exkl. moms.

Socialt program

Middag på Münchenbryggeriet 21/10 Pris: 150:-

Hotell

Congrex har reserverat rum för deltagare till mötet på hotell i Stockholms innerstad.
Priser mellan 1195–1710:- per natt.

Resa

Kontakta din resebyrå för bokning av resa.

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

2004-08-25

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2004

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

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

Plats: Scandic Star Hotell, Glimmervägen 5 i Lund

Tid: Kl 15.30–18.00, onsdagen den 10 november 2004.

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

Välkommen!

Johan Berglund
Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin
Skeppsbron 34, 3 tr
111 30 Stockholm
Hemsida: www.sfam.nu

Telefon kansli 08-23 24 05
Telefax 08-20 03 35
E-post kansli helene.sward@sfam.a.se

Postgiro 65 59 74-4
Bankgiro 5459-4866
Org nr 802009-5397

SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004

Star Hotell i Lund

Onsdagen den 10 november

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

Torsdagen den 11 november

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

Fredagen den 12 november

8.30–9.30 Symposium: Sjukvårdens allemansrätt eller allemansrätt i sjukvården?
– Johan Berglund, SFAMs ordförande

9.30–10.00 Jakten på biologin i ”kvinnligt” och ”manligt” - Begreppsförvirring och stereotypa idéer i medicinsk forskning kring könsskillnader. Föredrag – Katarina Hamberg, Umeå

10.30–12.00 Seminarier

Johan Berglund	Visioner inom allmänmedicinsk forskning
Margareta Söderström/ Sigvard Mölstad	Sömniga barn med svinkoppor, snuva och andra rara ting – dags för läkarbesök
Tommy Jönsson	Jägar-samlarkost – teori och praktik
Ulrika Cederberg	Hjärtsvikt – bättre diagnostik nödvändig?
Essie Andersson/ Brita Bergöö	Hur känns det, doktorn? – prova på Balintgrupp
Robert Svartholm	Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog – ASK – en låda för allmänläkares utveckling. Vi lyfter på locket!

13.00–14.30 Seminarier

Johann Sigurdsson	Riskepidemin – bör den bekämpas?
Mogens Hey	Allmänmedicinens språk
Patrik Midlöv	Läkemedel till äldre – hjälper eller stjälper?
Renee Vickhoff	Bristbruk, friskbruk, riskbruk och missbruk av alkohol
Alf Johansson	Samordnad vårdplanering i primärvården

15.00 Avslutning med bl.a. föredrag av Bengt Mattsson, Göteborg ”Att ta med sig hem...”

Posterutställning

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

Konstutställning

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

Bokutställning

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

Välkomna till höstmötet i Lund!

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

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

Organisationskommittén

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

Svensk förening för allmänmedicin:

Styrelsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

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

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

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

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

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

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

Forskningsrådet
Ordförande: Lars Borgqvist
Tel 013-22 40 55
larbo@ihs.liu.se

SFAMs stiftelser

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

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning
(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

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

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

Lokalföreningar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STOCKHOLM
Sonja Modin
Sonja.modin@sspo.sll.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

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

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

LINKÖPING
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

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

SÖDRA KALMAR LÄN
Ulla-Britt Andersson
tel 0480-819 63

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

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

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

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

NORDOSTSKÅNE
Sven Erik Svensson
tel 044-24 97 50

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

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

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sspo.sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
tel 042-229200

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.se

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

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beställningstalong

Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

Ja! Jag vill prenumerera på tidskriften AllmänMedicin! Pris: 450 kr
(OBS! Priset gäller endast för tidskriften) Sätt kryss i rutan ☐

Jag vill istället bli medlem i SFAM – vilket inkluderar tidskriften
AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care och
alla supplement som ges ut under år 2003.

Pris: 1 200 kr för heltidsverksamma läkare,
600 kr för ST-läkare och pensionärer.

Sätt kryss i rutan ☐

Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal ☐

Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal ☐

Supplement 1/02

"Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal ☐

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare

– specialistexamensuppsatser 1997–2002"

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

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

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

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

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

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Utgivningsplan för AllmänMedicin

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

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

SFAMs kansli
Heléne 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

Konsten att "sälja" en patient

I Stockholms läns landsting har remisstvång införts till alla specialiteter utom gynekologi, barnmedicin och psykiatri. Allt ska slussas via primärvården. För patienter som sköts regelbundet av specialist krävs s.k. långremiss. Vanligen ber patienten själv om detta och ibland kommer förfrågan från specialisten. Det blir någon kortfattad rad om patienten, som redan är väl känd hos specialisten, en massa onödigt merarbete. Annars kan remissförfattande vara en lingvistisk utmaning, särskilt till specialister med lång väntetid och risk att remissen kommer i retur med besked att det patienten lider av numera ska skötas av allmänläkare, d.v.s. undertecknad.

Redan som nyutexaminerad läkare blev jag varse att "sälja" en patient till en annan specialitet inte alltid är så enkel och självklar. En ålderstigen herre på hudkliniken fick makroskopisk hematuri och sjunkande blodvärde. Cystoskopi visade blåstumör, varför jag försökte få över honom till en urologisk avdelning, men det visade sig inte vara så lätt mitt i sommaren och med brist på vårdplatser. Först många telefonsamtal senare och med stöd från avdelningssköterskan lyckades jag så småningom få patienten till urologen.

Även denna sommar har jag fått erfara att det krävs en hel del arbete för att få patienter till rätt instans. Jag randar för närvarande på medicinkliniken på ett stort sjukhus. En kväll kom det in en patient med känd MRSA-infektion och ohållbar hemsituation. Det tog 2–3 timmar att ringa olika infektionsjourer, infektionsbakjo-

urer, geriatrikjour, för att slutligen uppgivet konstatera att ingen hade möjlighet att ta emot patienten. Jag fick resignerat lägga in honom på en av våra firsalar, visserligen med egen toalett.

På Lidingö är det mycket svårt, för att inte säga omöjligt, att få hjälp av psykiatrin med t.ex. stöd-samtal till patienter. Jag har skrivit otal remisser, men fått de flesta i retur. Det har lett till att jag nästan gett upp och ibland väljer att avstå och försöker förmå patienten att välja andra självfinansierade vägar. Egentligen är det fel, för även om inte den psykiatriska mottagningen kan ta emot, så är varje remiss ett uttryck för att de behövs.

När det gäller remissförfattande har jag provat flera olika metoder. Det kan ju inte vara meningen att det ska vara spännande att se hur det går, men med tiden har jag insett att remissens formulering kan påverka resultatet mer än diagnosen. Kanske behövs mer träning i formuleringskonst vid remisskrivandet redan som medicine kandidat? För inte ska det väl behövas en kurs i försäljningsteknik?



Anna Barnéus
ST-läkare Lidingö
barneus@hotmail.com

2004

September

The Royal Australian College of General Practitioners' Annual General Meeting
30 september–3 oktober, Melbourne, Australien

Family Medicine Forum 2004
(College of Family Physicians of Canada)
25–27 november Toronto, Canada

Oktober

Nationella riktlinjer för missbruksvård-aktuellt läge
13–14 oktober Medlefors folkhögskola Skellefteå Anmälan före 1/10. gunilla.karlsson@vll.se

17th WONCA World

Conference, USA
Den 13–17 oktober
www.wonca2004.org

Medicinen och det mänskliga
21 oktober. Carl-Magnus Stolt professor humanistisk medicin KI. Fortegruppen i Västerbotten arrangerar genom Göran Umefjord. Plats: Landstingets kansli, Härnösand. Närmare information umefjord@ymex.net

Diabetes inom allmänmedicin
21–22 oktober, Stockholm se separat annons sid 27.

Primaermedisinsk uke 2004
25–29 oktober, Soria Moria Hotell och Konferensesenter, Oslo

EGPRW, Theme: "Diagnosis and Prevention of Cancer General Practice"
Den 16–19/10, Verona, Italien
<http://egprw.adimtravel.com/index2.html>

November

Laeagedage 2004
8–12 november
Köpenhamn
För mer information se www.laeagedage.dk

SFAMs höstmöte
Den 10–12/11 i Lund

Riksstämman 2004
24–26 november Svenska Mässan, Göteborg

2005

April

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

Maj

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

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

September

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



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

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