

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2004 ÅRGÅNG 25



**Sjukdom i fokus – Polio** /sid 5

Ny rapport från Fammi blåser liv i fortbildningen /sid 10

## Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar som finns på SFAMs hemsida [www.sfam.nu](http://www.sfam.nu). Alla texter granskas av tidskriftens redaktörer, vilka tar ställning till publicering. Därefter sker sedvanlig korrekturläsning och 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](mailto:gunnar@mediahuset.se)  
Tel 0525-323 52

Omslagsbild illustrerad av Katarina Liliequist, familjeläkare i Uddevalla, [katarina.liliequist@vgregion.se](mailto:katarina.liliequist@vgregion.se)

### 3 Ledare

På väg mot en oberoende fortbildning?  
*Anders Lundqvist*

### 5 Sjukdom i fokus

Polio – aktuell även idag  
*Katharina Sunnerhagen*

### 8 Avhandling

Hur distriktsläkare beslutar om diagnosen hjärtsvikt  
*Ylva Skånér*

### 10 Fortbildning

Ny rapport från Fammi blåser liv i fortbildningen  
*Gösta Eliasson*

### 13 Projekt

Hjärtboken – en budkavle mellan sjukhus och vårdcentral med patienten som lagledare  
*Hans Lingfors, Hans Brandström, Peter Nilsson*

### 17 SFAM.L granskar

B-vitaminer mot demens – finns vetenskapliga bevis?  
*Peter Rosenberg, Anders Hernborg, Jan Håkansson, Ingmarie Skoglund, Robert Svartholm, Ulla Söderström, Rolf Wahlström*

### 19 Notiser

17<sup>th</sup> World Wonca Conference of Family Doctors 2004  
Studiebrevet Riskbruk av alkohol  
*Roland Morgell*

### 21 Debatt

Ur ordbytesfloden

### 23 Konferens

Nytända allmänläkare på Fammis familjeläkdagar 2004  
*Tommy Jönsson*

### 24 ST-dagarna

Fammis ST-dagar i Linköping 2004  
*Eva Jaktlund*

Utmaningar och glädjeämnen som familjeläkare  
*Eva Jaktlund*

### 26 Recensioner

"Ledning och förståelse – ett kompetensperspektiv på organisationer" av *Jörgen Sandberg* och *Axel Targama*  
"Allmänmedisin, 2. upplagan" *Steinar Hunskaar* (red.)

### 31 Reportage

Allmänmedicin i Sydafrika – upplevelser från landsbygden  
*Elisabet Jernby*

### 37 SFAM informerar

Målbeskrivningen och andra viktiga utbildningsfrågor  
*Annika Eklund-Grönberg*  
Kontaktpersoner

### 40 Krönika

Det går inte att förklara...  
*Björn Olsson*

### 40 Kalendarium



Sjukdom i fokus: Polio är en sjukdom som i Sverige nästan helt glömts bort. Sidan 5



Ny rapport från Fammi blåser liv i fortbildningen. Sidan 10

*"Hennes ord föll sig helt självklara när de uttalades, och jag tänkte: Precis så! Vad enkelt, så gör man ju!"*

Eva Jaktlund lyssnade på Iona Heaths föreläsning under årets ST-dagar. Sidan 25



Elisabet Jernby berättar om sina erfarenheter som allmänläkare på ett landsbygdssjukhus i Sydafrika. Sidan 31

# Annons

# På väg mot en oberoende fortbildning?

Varför accepterar landstingen att industrin fortfarande har en dominerande roll i vår fortbildning? En nationell struktur för kompetensutveckling är nödvändig för att på sikt tillförsäkra allmänläkaren en fortbildning som är garanterat oberoende av kommersiella intressen. Fammi har kommit med en rapport som känns angelägen att diskutera.



Foto: Mats Nytorp

Anders Lundqvist

**N**är landstingen tog över kostnadsansvaret för läkemedel förväntade sig många att detta skulle få återverkningar på vår fortbildning. Läkemedelskommittéernas, SBU:s, Fammi:s och Kursdoktorns insatser ska inte förringas, men faktum kvarstår att utbildningsutbudet idag många år senare domineras av läkemedelsindustrin. Man kan fundera över det bristande intresset från landstingen att ta ett fastare grepp över läkarnas möjligheter till kompetensutveckling, med tanke på hur läkemedelsnotan har skenat iväg. En stor del av utbildningen betalar man ju ändå i form av lönebidrag. Kostnader för konferenser och resor för en läkare under ett verksamhetsår är ofta förutsägbara, och innebär inga jättepöster i ett större perspektiv. Handlar det om en slags kollektiv förnekelse, där snålheten bedrar visheten? Var finns det strategiska tänkandet?

Landstingsförbundet har tillsammans med Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet bildat IPULS vars syfte är att varudeklara utbildningsaktiviteter oberoende av finansieringsform. Gott och väl så med samförståndsandan, men Landstingsförbundet förhåller sig samtidigt avvaktande till andra

sorters nationella stödstrukturer för utbildningen. Det påminner starkt om inställningen till PROTOS-förslaget. Känner man att principen om det kommunala självstyret är hotad? Konsekvensen blir att strukturer för kompetensutveckling måste skapas i varje landsting separat, varför vägen till en oberoende utbildning med stabil finansiering blir onödigt lång. Många av oss har husläkarreformens öde i starkt minne.

**Hur ska maktbalansen** när det gäller utbildningen kunna förändras, när landstingen inte vill axla sitt ansvar fullt ut? Landstingsförbundets satsning på IPULS legitimerar ju ett slags status quo där industrisponsrade kurser välkomnas. Ett nationellt familjeläkar-system med garanterad utbildning kan vara pådrivande för en förändring i önskvärd riktning. Det krävs även en genomgripande attitydförändring i läkarkåren.

**Läs artikeln** om en ny rapport från Fammi, med förslag på innehåll i en tänkt utbildningsstruktur. Idéerna passar som hand i handsken med ett nationellt familjeläkar-system, men går också att tillämpa på olika sätt i dagens system. En annan mycket läsvärd rap-

port från Fammi heter *Ett väl fungerande familjeläkar-system* med Göran Sjönell och Mikael Stolt som författare. Det är en ambitiös sammanställning av det som finns dokumenterat i litteraturen, och här finns också en imponerande samling referenser för de vetgiriga. Finns tillgänglig på Fammi:s hemsida [www.fammi.se](http://www.fammi.se)

**I och med detta nummer** startar vi en serie under vinjetten Sjukdom i fokus och först ut är Polio. Artikeln är fint illustrerad av Katarina Liliequist, familjeläkare i Uddevalla. Förhoppningsvis får vi se mer illustrationer från henne i kommande nummer. Eva Jaktlund har skrivit ett fint referat från Iona Heaths föreläsning *Joy and Courage in General Practice* på ST-stämman i Linköping, och Björn Olsson bjuder på en tänkvärd krönika. Läs och njut!

**Anders Lundqvist**  
Chefredaktör

# Annons

# Polio – aktuell även idag

Polio var i Sverige en spridd och fruktad sjukdom ända tills allmän vaccinering infördes på 1950-talet. Även efter ett lindrigt primärt sjukdomsförlopp kan sena komplikationer uppstå många år senare. Om man inte tänker på detta samband finns risk att dessa patienter blir missbedömda och inte får adekvat hjälp. Bland invandrare som inte haft tillgång till vaccination förekommer även primär polio.

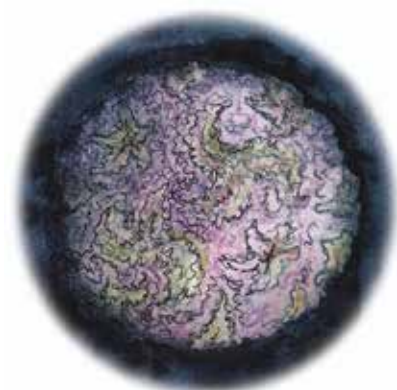


Illustration: Katarina Liljeqvist

Poliovirus.

Illustration: Katarina Liljeqvist



Flicka med polio – 40-talet.

**P**OLIO ÄR EN SJUKDOM som i Sverige nästan helt glömts bort, trots att det tidigare varit en fruktad sjukdom som lämnat många personer med kvarstående funktionsnedsättningar. Sjukdomen sprids fekalt-oralt, vanligtvis via vatten. Insjuknande sker oftast från slutet av sommaren till mitten av vintern. Epidemier inträffade i Skandinavien, Nordamerika och i Australien under 1940-talet och senare. Den senaste stora svenska epidemin var 1953. I Sverige var mottagligheten större bland män än bland kvinnor och vanligare bland högre socialgrupper. Innan viruset blev känt fanns olika teorier av etiologin och föräldrar förbjöd sina barn saker som att leka bland höstlöv eller äta äppelkart.

## Sjukdomsbild

Tre typer av virus ger olika polioepidemier. Viruset sprids troligen till ryggmärgen från de distala nervgrenarna i musklerna via de perifera nerverna. I akutfasen infekteras centrala nervsystemet där celler i framhornen förstörs. Infektion medför typiskt initialt en lätt övre luftvägsinfektion, allmän sjukdomskänsla, lätt feber, trötthet eller gastroenterit. Sjukdomen kan stanna här (abortiv polio), men oftast tillkom meningit inom en vecka. Febern blev då hög och huvudvärk och nackstyvhet tillkom. Medan febern fortfarande steg brukade det tillkomma slappa, osymmetriska pareser, vilka sedan ofta kvarstod när febern gick ned efter ett par dagar. Vanligast var spinal polio som drabbade framförallt nedre extremiteterna, men ofta också andningsmuskulaturen med nedsatt andningsfunktion. Många hade i akutfasen påverkan på blåsa och tarmmotorik. Kranial polio drabbade oftast ansiktsnerverna men ibland lägre liggande kranialnerv. Bulbär polio gav förlamning av svalget och eventuell paralysis av sväljningsfunktion med ansamling av sekret i hals och lungor, vilket kunde kväva patienten. Centra för andning och cirkulation i hjärnstammen kunde också påverkas. Cerebral polio liknade andra typer av encefaliter med slöhet ("slow cerebation") och kunde leda till koma och död. Respiratorn utvecklades på grund av dessa epidemier, där många "resp-vakter" vid akut polio satt och kontrollerade andningen och handventilerade med Rubens blåsa tills krisen var över.

## Vaccination

Vaccinationer satte stopp för epidemier i västvärlden. Jonas Salk utvecklade det första vaccinet som en blandning av de tre virus typerna, som avdödats med formalin. Vaccinet var allmänt tillgängligt 1955. Sabine utvecklade ett alternativt vaccin, som är tillverkat av odlade försvagade virusstammar och som ges peroralt. Salkvaccinet kom i vanrykte sedan man skickat ut vaccin med icke helt avdödade virus. Sabinevaccinet kom att dominera, då det även är enklare att distribuera, inte kräver sprutor eller nålar och ger en lokal immunitet i tarmen. Sabinevaccination påverkas dock av andra pågående enteriter och framgång kräver att alla i ett område vaccineras samtidigt. Sverige har behållit Salkvaccinet medan exempelvis Norge har växlat mellan de två typerna. Salkvaccinet ger ett sämre skydd och om man reser till smittområden rekommenderas påfyllnad vart tionde år.

## Global situation

Polio anses vara endemisk i Pakistan, Afghanistan, Indien, Nigeria, Niger, Egypten och Somalia och ströfall rapporteras från Ghana och Libanon. Över 3 000 fall har rapporterats år 2003, de flesta från Nigeria. Antalet personer som haft polio och som är i riskzonen för att få nya problem uppskattas av WHO till totalt 20 miljoner. Man hoppas att polio skall utrotas senast 2007 med hjälp av internationella vaccinationskampanjer. ►►

### Konsekvenser av polio

Efter polio kan olika typer av besvär uppstå. Nyttillkommen eller ökad muskulär svaghet, allmän trötthet samt värk i muskler och leder är vanligt liksom köldintolerans. Andningsproblem är ovanligt men ett stort problem för dem som drabbas. De muskulära symptomen beror på det initiala bortfallet av framhornsceller i ryggmärgen. Under återhämtningsfasen sker en reinnervation där nya nervändar förgrenas ("terminal sprouting") från överlevande motoriska enheter. En nervcell kan då innervera många fler muskelceller än normalt. Processen medför en tillfällig återhämtning av muskelfunktionen, som kan bli normal eller nästan normal i en drabbad muskel. Dessutom sker en kompensation genom muskelfiberhypertrofi med upp till dubbel tvärsnittyta av muskler som används i dagligt liv. Med tiden – ofta så lång tid som 20 år efter initial infektion – kan de kompensatoriska mekanismerna dock inte längre bibehålla muskelstyrkan varvid patienten upplever subjektiv försämring.

### Post-poliosyndrom

Trötthet är ett vanligt symptom som kan ha olika orsaker; muskulär på grund av överansträngd muskulatur, orsakad av nedsatt kondition på grund av låg aktivitetsnivå eller central på grund av skador inom centrala nervsystemet. Smärta kan bero på överutnyttjad muskulatur eller felbelastade leder och är ofta sekundärt till fysisk aktivitet. De som i initialfasen haft nedsatt andningskapacitet kan råka ut för förnyade andningsproblem. Funktionsnedsättningarna kan leda till aktivitetsinskränkningar, framförallt avseende mobilitet då de nedre extremiteterna oftare är involverade, vilket får konsekvenser för arbetsförmåga, hushållsarbete och fritid. Personen upplever en tilltagande funktionsnedsättning och begränsningar i sin förmåga. Detta kallas post-poliosyndrom och definieras av ökad muskelsvaghet hos en person med anamnes på polio, EMG verifierad påverkan och ingen annan förklaring till besvären.

Risken att utveckla post-poliosyndrom uppskattas till mellan 25% till

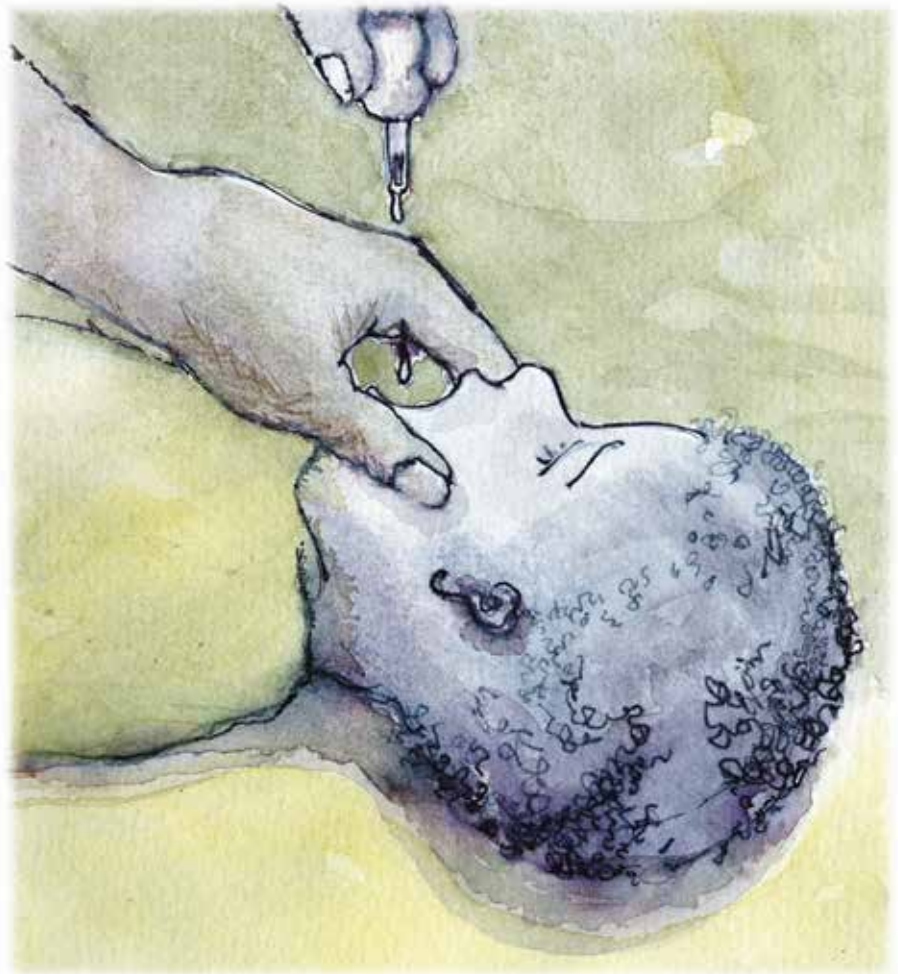


Illustration: Katarina Liljeqvist

Peroral poliovaccination.

75%. Det innebär att mellan 5 miljoner till 15 miljoner människor troligen kommer att ha problem på grund av sin tidigare poliosjukdom.

Bland de personer i Sverige som har haft polio finns det idag en ökande grupp av barn och unga vuxna som kommit till Sverige genom invandring och adoption. Ingen vet hur stor denna poliodrabbade grupp är. Drygt 20% av de cirka 500 patienterna som hittills besökt poliomottagningen vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har utländsk bakgrund. Invandrargruppen med polio har betydligt lägre medelålder än de som är födda i Sverige och tycks även uppleva sämre hälsa än personer med polio födda i landet. Det är viktigt att inte överbetona kulturella faktorer, då det kan finnas samband med yngre ålder och därmed följande större upplevelser av avbruten livsrytm och högre krav på aktivitetsnivå.

### Vad kan sjukvården göra ?

Det är framförallt viktigt att känna till att besvär kan uppstå hos personer, som för många år sedan kanske endast "haft en släng av polio", och att detta inte alltid är något som patienten spontant berättar eller själv sätter i samband med sina nuvarande besvär. Nyttillkomna eller ökade nedsättningar av funktioner och aktivitetsförmågor kräver en ordentlig medicinsk genomgång med en aktiv anamnes med riktade frågor som även inkluderar neurologiska besvär långt bak i tiden.

Smärtbehandling är viktigt och sker bäst genom upplysning om sambandet mellan fysisk aktivitetsnivå och fysisk förmåga (det vill säga att sänka sin ambitionsnivå). Fysisk träning kan ge positiva effekter på såväl muskelstyrka som på kondition, men viktigaste är råd om rätt nivå av fysisk aktivitet i det

## "Många upplever dålig förståelse från anhöriga och arbetsgivare och Försäkringskassan står ofta frågande inför diagnosen."

dagliga livet för att ge förutsättningar till adaptation till den nya livssituationen. Många behöver tekniska hjälpmedel, särskilt käppar, kryckor, rullstol och bilanpassning eller ortopedtekniska hjälpmedel som skoanpassning, skenor och bandage. Neuroortoped kan bedöma behov av rekonstruktiv kirurgi. Screening av andningsfunktion är viktig liksom kontakt med lungläkare för utredning av dem som är i riskzonen för att behöva hjälpmedel. En del personer har haft ventilatorstöd sedan den initiala infektionen, andra kan behöva nattventilator.

Psykosocialt stöd behövs för många då postpolio kan medföra att deras självbild raseras och de måste nyorientera sig. Många upplever dålig förståelse från anhöriga och arbetsgivare och Försäkringskassan står ofta frågande inför diagnosen. Svenska patienter har ofta obehagliga minnen från tidigare vård på vanförestalter. Kontakterna med sjukvård, arbetsmyndigheter etc. har ofta lett till personlighetsdrag med höga krav på sig själv och strävan efter normalitet, vilket kan göra det svårt att acceptera försämring och använda synliga hjälpmedel. Arbete är extremt viktigt och många har svårt att acceptera sjukskrivning. Invandrare med funktionshinder kan ha stort behov av stöd, beroende på när i sin integrationsprocess man kommer i kontakt med hälso- och sjukvården.

Eftersom det på många håll inom sjukvården saknas kunskap och erfarenhet av poliorelaterade besvär är det viktigt att den som drabbats får träffa personal som känner till sjukdomen och hur den bäst behandlas. Det finns specialiserade poliomottagningar vid Danderyd, Huddinge, Sahlgrenska, Orup, Falun, Halmstad, Jönköping, Linköping (inom primärvården), Umeå, Uppsala och Växjö. På Sahlgrenska tas alla åldrar emot.

Många patienter är aktiva inom DHR (De Handikappades Riksförbund) eller RTP (Riksförbundet Trafik och Polio-skadade). Patientföreningarna samarbetar med poliomottagningarna, bedriver stödgrupper samt hjälper till att sprida kunskap till medlemmar och andra.

**Katharina Sunnerhagen**  
Professor vid Rehabklin, Göteborg



### Rekommenderad läsning:

1. Halstead L, Grimby G (Eds) 1995. "Post polio syndrome". Hanley and Belfus, Philadelphia, USA.
2. Halstead L. (Ed) 1998 "Managing post polio. A guide to living well with post-polio syndrome." NHR Press, Washington, D.C., USA.
3. Nollet F, Belen A, Twisk A, Lankhorst G, de Visser M, 2003. "Perceived health and physical functioning in postpoliomyelitis syndrome: a 6-year prospective follow-up study." Arch Phys Med Rehabil 84: 1048-56.
4. Stibrant Sunnerhagen K, Grimby G. 2001. "Muscular effects in late polio." Acta physiol scand 171: 335-40.
5. Thorén-Jönsson A-L, Grimby G. 2001. "Ability and perceived difficulty in daily activities in people with poliomyelitis sequelae." J Rehab Med 33: 4-11
6. Thorén-Jönsson A-L. 2001. "Coming to terms with the shift in one's capabilities, study of the adaptive process in persons with poliomyelitis." Diabil Rehabil 23: 341-51.
7. www.poliomottagning.org
8. www.post-polio.org

### Kriterier för post-poliosyndrom

- Anamnes tidigare polio
- Muskelsvaghet
- EMG-förändringar
- Ingen annan förklaring

### Nyttillkomna eller ökade besvär relaterade till tidigare polio

Ny eller ökad svaghet i tidigare drabbade muskler	86%
Allmän trötthet	81%
Muskelsmärta vid ansträngning	78%
Ledsmärta vid ansträngning	69%
Ryggsmärta	66%
Köldintolerans	59%
Ny svaghet i tidigare "icke drabbade" muskler	47%

103 konsekutiva patienter vid nybesök på poliomottagningen Sahlgrenska Universitetssjukhuset, medelålder 57 år (Thorén-Jönsson Et Grimby 2000)

### Upplevda problem vid dagliga aktiviteter relaterade till tidigare polio

Gång i trappor	84%
Gång på slät mark	72%
Allmänna kommunikationer	60%
Hemsyslor	52%
Fritid	50%
Arbete	30%
Bad/dusch	25%
Av-/påklädning	20%
Bilkörning	15%

103 konsekutiva patienter vid nybesök på poliomottagningen Sahlgrenska Universitetssjukhuset, medelålder 57 år (Thorén-Jönsson Et Grimby 2000)



Avhandling av Ylva Skånér

# Hur distriktsläkare beslutar om diagnosen hjärtsvikt

Ylva Skånér som är distriktsläkare vid IT-avdelningen, Stockholms produktionsområde, Stockholms läns landsting, ingår i en forskargrupp kring distriktsläkares beslutsfattande. Olika metoder används i strävan att komma den kliniska verkligheten så nära som möjligt.



Ylva Skånér

**Y**LVA PÅBÖRJADE SIN forskning i mitten av 1990-talet, vilket avspeglas i de tidigare studierna, där resultat av ekokardiografi inte ingår. Numera betraktas ekokardiografi ofta som "the golden standard" (men riskerar därmed också att dominera över andra fynd i bedömningsituationen). Två metoder från kognitiv psykologi användes: klinisk bedömningsanalys (Clinical Judgement Analysis - CJA) och "tänka högt". Fallbeskrivningar baserade på autentiska patienter presenterades i pappersformat eller på en datorskärm. I studie IV diskuterades problem som kan uppstå när man för CJA-studier vill skapa representativa fallbeskrivningar.

I **studie I** bedömde allmänläkare fallbeskrivningar från primärvårdsjournaler med avseende på sannolikheten för hjärtsvikt. Läkarna skilde sig kraftigt åt beträffande diagnostiska bedömningar och strategier, samtidigt som de vid bedömning av dublettfall var konsistenta. De variabler som betydde mest var information om lungstas, hjärtstorlek och tidigare förekomst av hjärtinfarkt. När de tillfrågades om vilka variabler de tagit mest hänsyn till övervärderades betydelsen av dyspne.

I **studie II** bedömde allmänläkare, kardiologer och medicine studerande

fallbeskrivningar baserade på välutredda patienter med säkerställd diagnos, varför kvaliteten i diagnostiska bedömningar kunde studeras. Även här förekom stora individuella skillnader. De viktigaste variablerna för diagnosen var information om hjärtstorlek och lungstas. Man kunde identifiera tre skilda bedömningsstrategier. I en grupp var hjärtstorlek dominerande variabel, i en annan lungstas, medan en tredje grupp fördelade vikterna mer jämnt. Den första gruppen, omfattande en tredjedel av deltagarna, gjorde bättre bedömningar än övriga.

I **studie III** studerades de fallbeskrivningar där deltagarna var mest respektive minst överens i sina diagnostiska bedömningar. Ett ökat antal variabler som kunde tala för hjärtsvikt, ökad hjärtstorlek samt förekomst av förmaksflimmer bidrog till att man blev mer överens i bedömningar. Även i studie V analyserades allmänläkares bedömning av fallbeskrivningar, men här var information från ekokardiografi den oftast använda diagnostiska variabeln, som i en tredjedel av bedömningarna dock inte användes alls. Information om hjärtvolym och lungstas användes ofta. Information om andra relevanta sjukdomar användes ofta i de diagnostiska resonemangen, något som inte har stöd i fastslagna kliniska riktlinjer.

Datum: 20 februari 2004.

Disputerad allmänläkare: Ylva Skånér.

Avhandling: *Diagnosing Heart Failure in Primary Health Care.*

Institution: Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet, Huddinge.

Handledare: huvudhandledare docent Lars-Erik Strender, bihandledare professor Johan Bring, Högskolan i Dalarna.

Opponent: professor Mats Brommels, Karolinska Institutet och Helsingfors universitet.

De forskningsmetoder som använts i avhandlingen är användbara för att studera kliniskt beslutsfattande. Möjliga tillämpningsområden är studier av medicinska experter och studenter i undervisnings-syfte, utveckling och test av olika beslutsstöd för integrering i datorjournaler samt utveckling av kliniska riktlinjer.

Per Wändell

Centrum för allmänmedicin  
per.wandell@klinvet.ki.se

# Annons

# Ny rapport från Fammi blåser liv i fortbildningen

Ett brett förankrat förslag till fortbildningsstruktur för professionerna i primärvården har arbetats fram. Det handlar främst om garanterad finansiering, minskat beroende av läkemedelsindustrin och bättre pedagogik.



PÅ SENARE TID har det talats en hel del om höga chefers mutskandaler. Inte heller läkare går fria från misstankar om "alltför goda" relationer till läkemedelsindustrin. Industrin har haft stora möjligheter att stödja läkares fortbildning, både praktiskt och ekonomiskt och om inte arbetsgivaren kan tillhandahålla den kompetensutveckling som behövs har det fallit sig rätt naturligt att industrin fått ta över. Men sponsrad fortbildning kan medföra risk för att det professionella oberoendet hotas och innehållet riskerar att bli styrt till de områden industrin är mest intresserad av. Läkemedelsindustrins kurser är ofta av god kvalitet men pengarna skulle säkert kunna göra ännu större nytta i ett system styrt av läkarnas och verksamheternas egna behov. Det förefaller som om fortbildningen inte bara är dåligt anpassad till behoven utan att den också ger dålig valuta för de pengar och den tid som satsas.

## Struktur för fortbildning

Det har ingått i Fammis uppgifter att skapa en nationell struktur för kompetensutveckling. För ett år sedan kartlades landstingens nuvarande arbete med kompetensutveckling för primärvården. Det visade sig att flertalet landsting saknar policy, planer och uppföljningsrutiner för kompetensutveckling. Några

landsting blev intresserade av att delta i ett fammiprojekt med uppgift att utveckla ett förslag till fortbildningsstruktur användbart för landstingsdrivna och privata enheter.

Projektgruppen kom att bestå av representanter för åtta landsting samt SFAM och Riksföreningen för distriktsköterskor. Resultatet presenterades i februari 2004 och fick namnet "Struktur för kompetensutveckling inom primärvården". Den bygger i sin tur på två tidigare rapporter där man tagit fram den evidens som finns idag vad gäller fortbildningens effekter: *Fortbildning – familjeläkare* samt *Faktaunderlag kring sjuksköterskors kompetensutveckling/fortbildning i primärvården*. Förslaget till fortbildningsstruktur är tänkt att gälla alla professioner inom landstingens primärvård, men vissa moment kan behöva anpassas till professionernas olika arbetssätt.

## Vilka är problemen?

I propositionen som föregick Fammi skriver man att det saknas en genomtänkt strategi för den professionella utvecklingen, att det saknas stödstrukturer, att tiden för utbildning är otillräcklig och att kursutbudet är slumpmässigt och svåröverskådligt.

Det är givet att fortbildningen är en viktig del av en sjukvårdens verksamhet, inte en "förmån" där det handlar om att

få ledigt för att åka på kurs om pengarna råkar finnas. Fortbildningen, som kanske hellre borde kallas professionell utveckling, bör bygga på eget initiativ, vara självstyrd, problemorienterad och interaktiv. Den försiggår dock i stor utsträckning som lärarstyrd, förhandsbestämd och föreläsningsorienterad utbildning.

Ett annat problem är finansieringen, som på många håll är både diffus och osäker. Budgeten för kursavgifter och resor (som i förhållande till lön och produktionsbortfall närmast kan betraktas som marginella) påverkas starkt av konjunkturen och används ibland som en buffert i driftsekonomin. För att fortbildning skall kunna planeras och genomföras under en längre tidsperiod fordras naturligtvis en garanterad finansiering och långsiktighet.

Ett angeläget område att beakta är befolkningens förtroende för sjukvården. Enligt en Sifoenkät anser 85 procent av befolkningen att det bör finnas ett öppet utvärderingssystem för sjukhusen i landet. Det är inte mindre angeläget att kunna visa att professionerna i primärvården sköter sin kompetensutveckling och uppdaterar sina kunskaper. För att detta skall bli möjligt finns det vissa behov av att mäta eller åtminstone uppskatta primärvårdens resultat på ett bättre sätt än idag. Fortbildning leder

*"Kurser och konferenser bör enligt den samlade vuxenpedagogiken vara interaktiva och uppgiftsbaserade och de måste äga relevans för vardagspraktiken och ingå i en personlig plan för kompetensutveckling."*

nämligen inte med automatik till bättre patientomhändertagande. Det är först när nya kunskaper och färdigheter omsätts i handling som vården förbättras. Vill vi att arbetsgivarens investeringar i fortbildning skall öka måste vi ha indikationer på att kompetensutveckling verkligen leder till bättre vård.

#### Hur kan problemen lösas?

I rapporten finns ett antal mål beskrivna. Tydliga strategier för fortbildning måste formuleras individuellt och lokalt. På huvudmannanivå måste det finnas stödstrukturer och uppföljning. Arbetsmiljön bör utformas så att reflektion, erfarenhetsutbyte och lärande gynnas och tid för professionell utveckling avsätts i vardagsarbetet.

Om kompetensutvecklingens betydelse skall bli uppmärksammas måste den ges utrymme i utvecklingssamtal, formuleras i personliga utvecklingsplaner och beskrivas i verksamhetsrapporter. Kurser och konferenser bör enligt den samlade vuxenpedagogiken vara interaktiva och uppgiftsbaserade och de måste äga relevans för vardagspraktiken och ingå i en personlig plan för kompetensutveckling. Diskussion i kollegiala grupper med utgångspunkt i dagens problem framhålls som ett särskilt viktigt fortbildningsmoment.

För att upprätthålla allmänhetens förtroende måste garantier kunna ges att professionerna inom hälso- och sjukvården utövar sin formella kompetens och att de även strävar efter att vidareutveckla sina kunskaper och färdigheter och att de är opåverkade av kommersiella intressen. Möjligheter att delta i producentoberoende utbildningsaktiviteter bör därför

öka och former för frivillig certifiering bör övervägas. Certifieringsprocessen kan vara ett sätt att skapa trovärdighet och skall vara öppen inför samhället, men kan administreras av professionella sammanslutningar. Certifieringen skulle också kunna markera betydelsen av kompetensutveckling både för den enskilde och för uppdragsgivaren.

Finansieringen måste vara pålitlig. Det finns exempel på sådan finansiering i Norge och Danmark där nationella fonder täcker kostnader i samband med utbildning. Vill man markera att ansvar, initiativ och val av metoder för lärande ytterst vilar på individen själv och samtidigt få till stånd en långsiktig finansiering kan personliga konton för kompetensutveckling övervägas.

#### Vad händer nu med rapporten?

Under våren inleds nästa fas med spridning och marknadsföring av rapporten till professioner, verksamhetschefer och beslutsfattare på olika nivåer. Underlaget bör inte ses som ett färdigt regelsystem utan som en hjälp till professioner, landsting och privata enheter när de beslutar att bygga upp evidensbaserade system för fortbildning. Vissa punkter i förslaget, t.ex. poängregistrering av fortbildning, kräver en gemensam nationell struktur. Andra punkter såsom funktioner för fortbildningssamordnare kan med fördel bestämmas inom det egna landstinget.

Det är nu upp till varje vårdcentral och familjeläkare att, med utgångspunkt från rapporten, diskutera och formulera hur man önskar att stödet för professionell utveckling ska se ut på lokal och nationell nivå.

- Åtta landsting, SFAM, Riksföreningen för distriktssköterskor och Fammi har tillsammans formulerat en struktur för kompetensutveckling i primärvården.
- Strukturen gäller alla professioner inom primärvården.
- Det är nödvändigt att ekonomin för fortbildningen garanteras långsiktigt.
- Insatserna för kompetensutveckling skall beskrivas i verksamhetsplaner och följas upp.
- Pedagogiken bör bli mer interaktiv och problemorienterad.
- Fortbildningssamordnare bör tillsättas.
- Incitament till personliga utvecklingsplaner bör finnas.
- Utbudet av läkemedelsbunden utbildning bör öka.
- Frivillig certifiering och registrering av fortbildningspoäng kan övervägas.

Rapporten "Struktur för kompetensutveckling i primärvården" och faktaunderlagen för familjeläkare och sjuksköterskor kan laddas ner från Fammis hemsida [www.fammi.se](http://www.fammi.se)

Synpunkter och kommentarer tas tacksamt emot på e-mail: [gosta.eliasson@fammi.se](mailto:gosta.eliasson@fammi.se)

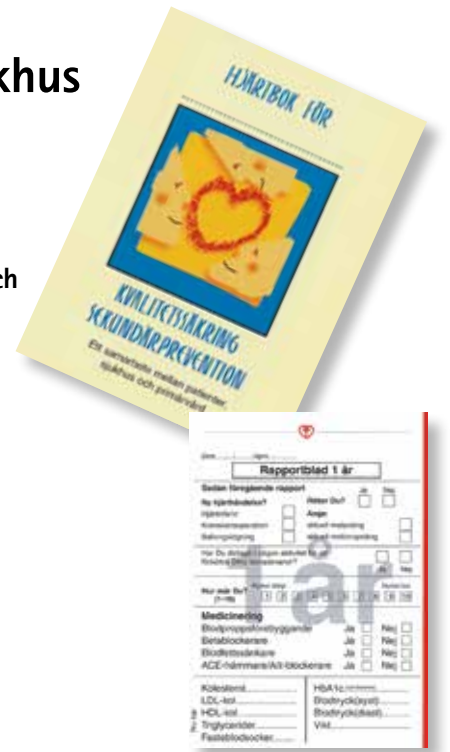
**Gösta Eliasson**  
Familjeläkare, Fammi  
[gosta.eliasson@fammi.se](mailto:gosta.eliasson@fammi.se)



# Annons

# Hjärtboken – en budkavle mellan sjukhus och vårdcentral med patienten som lagledare

Hjärtboken är en budbärare av viktig medicinsk information för sjukhus, vårdcentral och patient, samtidigt som den stärker patientens ställning i vården och ger stöd för förändringsarbete. Hans Lingfors redovisar erfarenheter från ett riksomfattande projekt.



Hjärtboksprojektet består av fem svåra utmaningar i ett och samma projekt:

- **Prevention** – angeläget, svårt, oglamoröst och tålamodsprövande.
- **Kvalitetsarbete** – viktig av Socialstyrelsen i förordning fastställd arbetsuppgift, som inte alltid applåderas i verksamheten i en ansträngd personalsituation.
- **Ökad patientmedverkan** – politiska signaler, demokratiska och framför allt pedagogiska skäl talar för att vi måste arbeta mer tillsammans med våra patienter, speciellt när vi sysslar med en sjukdom som så tydligt hänger ihop med levnadsvanor.
- **Samverkan primärvård/länssjukvård** – det är få patientgrupper där det är så viktigt att ha väl fungerande vårdkedjor som när det gäller patienter med kranskärslsjukdom.
- **Nationellt register** – viktigt som stöd för det fortsatta kvalitetsarbetet ute i verksamheten. En extra utmaning är att patienten själv fyller in önskade uppgifter och skickar in till registret.

Figur 1. Hjärtboken med rapportblad som skickas in efter 1-årsuppföljningen. Det nya rapportbladet har kompletterats med mat- och motionspoäng.

**B**ÄTTRE BEHANDLING RESPEKTIVE prevention förklarar ungefär hälften vardera av den minskade mortaliteten i kranskärslsjukdom de senaste decennierna [1]. Långsiktig primär prevention förhindra eller uppskjuta insjuknande i ischemisk hjärtsjukdom. I ett kortare perspektiv är sannolikt patienter som redan drabbats av hjärtinfarkt mer motiverade till livsstilsförändringar.

## Aktiv och kunnig patient

Det finns mycket att vinna på att låta patienterna ta större del i medicinska beslut och bli mer aktiva i sin egen behandling. Vi kommer att få se mer av patientburna journaler och mätinstrument i framtiden.

Patienter med kranskärslsjukdom är vanliga såväl i allmänmedicinarens som kardiologens vardag. Att gemensamt åstadkomma kvalitetsförbättringar för sekundär prevention var därför en naturlig utgångspunkt för det samarbete som inleddes mellan SFAM och Svenska Cardiologföreningen 1996.

En viktig produkt av samarbetet blev en "Hjärtbok" (fig 1). Patienter som opererats med bypass (CABG), ballongvidgats (PTCA) eller vårdats för hjärtinfarkt (AMI) får vid utskrivningen en Hjärtbok. I den noteras kön, ålder, rökvanor, motionsvanor, välbefinnande, mediciner för sekundärprevention samt värdena på riskfaktorer för kranskärslsjukdom. Dessutom finns 7 rapportblad, ett för utskrivningstillfället, ett för återbesök efter 3–6 månader och därefter ett per år i 5 år.

Patienten stimuleras till eget engagemang och ansvar genom att fylla i rapportbladen och skicka in dem till ett register i Malmö.

## Resultat

### Struktur- och resursmått

Samtliga deltagande distrikt har skickat in vårdprogram med egna målvärden till registret. Målen överensstämmer i stort med europeiska riktlinjer [2, 3]. De flesta vårdprogrammen har en inofficiell åldersgräns på 70 år. 93% av programmen har utformats i samarbete mellan sjukhusläkare och distriktsläkare. I 39% av distrikten har även sjuksköterskor deltagit.

Hjärtböcker har tagits fram genom styrgruppens försorg och distribuerats till sjukhusens kontaktpersoner. Till stöd för mottagande, inmatning, bearbetning, analys och rapportering finns ett natio- ►►

### Nationella Registret för Sekundärprevention av Kranskärslsjukdom

Nås enklast via [www.hjartboken.nu](http://www.hjartboken.nu). Är en databank som beskriver kvaliteten av vårdkedjan vid kranskärslsjukdom regionalt och nationellt. Nationella jämförelsedata kan ses av alla, medan kod krävs för regionala data. Registret ägs gemensamt av SFAM och Svenska Cardiologföreningen. Registret är godkänt av Datainspektionen. För ledning av projektet finns en styrgrupp med tre representanter för SFAM, tre från Svenska Cardiologföreningen samt en från Vårdpersonal inom Cardiologi (VIC).

nell register i Malmö. Kontaktpersoner på sjukhus och i primärvården är lokalt ansvariga för kvalitetssäkringsprojektet och utgör en länk mellan styrgrupp/register och läkare/sjuksköterskor på sjukhus och vårdcentraler. Alla kontaktpersoner får feedback från registret genom årliga rapporter avseende antal inskickade rapportblad, samt övriga process- och effektmått hämtade ur hjärtboken.

### Produktions- och processmått

För närvarande är 52 av landets 84 sjukvårdsdistrikt anslutna, vilket innebär att det finns ett för sjukhus och primärvård gemensamt och aktuellt vårdprogram och att lokalt ansvariga utsetts på sjukhus och i primärvården. Den 30 januari 2003 hade totalt 48 489 rapportblad inkommit från patienter som omfattas av vårdprogrammen. Andelen inskickade rapportblad efter utskrivningen har långsamt men stadigt ökat för varje år.

Många sjukhus och vårdcentraler erbjuder deltagande i hjärtskola eller andra livsstilsinriktade program. Tabell 1 visar hur stor andel som använt olika vid sekundärprevention aktuella läkemedel vid utskrivning samt uppföljning.

En enkätundersökning i tre distrikt (Gotland, Linköping, Malmö) visar att patienterna tycker att de har informerats på ett bra sätt på sjukhusen om hur viktigt det är att behandla riskfaktorerna. De tycker också att de har haft god nytta av Hjärtboken. De anser även att sjuksköterskorna på sjukhusen på ett utmärkt sätt engagerat sig i att Hjärtboken ska användas medan läkare på sjukhus och läkare och sjuksköterskor på vårdcentralerna lyckats mindre bra när det gäller dessa uppgifter. Enkätsvaren tyder på att läkare och sjuksköterskor, speciellt inom primärvården, har för dålig kännedom om kvalitetssäkringsprojektet med Hjärtboken. Det hindrar inte att de tror mycket starkt på principen att behandling av patienter kräver kvalitetsuppföljning samt att arbetet med Hjärtboken kan främja samarbetet mellan sjukhus och primärvård.

### Effektmått

På frågan ”Hur mår Du?”, graderad från 1 (mycket dåligt) till 10 (mycket bra) var

	Vid utskrivning andel (%)	Vid kontroll efter 3–6 mån andel (%)	Vid kontroll efter 1 år andel (%)
Blodproppsförebyggande	99,2 (n=23285)	98,9 (n=13211)	98,8 (n=7451)
Betablockerare	89,6 (n=23106)	87,3 (n=12898)	86,7 (n=7097)
Blodfettssänkare	74,4 (n=22971)	85,0 (n=13029)	89,6 (n=7287)
ACE-hämmare/ angiotensin-II-blockerare	37,9 (n=22358)	43,2 (n=11952)	46,7 (n=6175)

Tabell 1. Användningen av mediciner vid utskrivning samt efter 3–6 månader respektive 1 år.

medelvärde vid utskrivningen 6.5 (SD 1.9), vid 3–6 månader 7.3 (1.7), och vid 1 år 7.5 (1.7).

Andelen rökare har minskat kraftigt vid uppföljning efter 3–6 månader respektive 1 år.

Medelvärden för biologiska riskmarkörer visas i tabell 2. Det är betydande skillnader mellan de olika distrikten vad gäller måluppfyllelse.

Inga könsskillnader avseende lipidvärden eller läkemedelsanvändning ses vid uppföljning efter 1 år.

### Diskussion

#### Struktur och resurser

Värdefulla synpunkter för förbättring av struktur och process kommer från sköterskegruppen. Även SFAM.Q har kommit med idéer till förbättringar. I avsikt att öka Hjärtbokens ”läsvärde” har till varje biologisk riskmarkör lagts en förklarande text, där tips ges på hur man kan påverka blodtryck, kolesterol eller triglycerider genom livsstilsförändringar. Hjärtboken kan bli för hjärtpatienten vad diabetesboken är för diabetikern. Det är inte lika lätt att hitta ett enkelt värde som hjärtpatienten själv kan mäta och som har samma centrala betydelse som B-glukos för diabetikern. Bättre matvanor och ökad motion kan vara både mål och medel för att uppnå bättre hälsa och förebygga nya hjärthändelser samt ett aktuellt mått på funktionsförmågan. För att förstärka livsstilens betydelse har en enkel mat- och motionskalender konstruerats samt mat- och motionspoäng lagts till på rapportbladen (fig.1).

För diabetes och astma finns i dag på de flesta vårdcentraler diabetes- och astmasköterskor. För bättre sekundär-

prevention vid kranskärlssjukdom kan man analogt ha preventions- eller hjärtsköterskor i primärvården, som i samarbete med distriktsläkaren får ansvar för prevention av kranskärlssjukdom, gärna i kombination med andra hjärtrelaterade problem, t.ex. hjärtsvikt. Denna roll kan ev. samordnas med diabetessköterskans roll, med tanke på att många patienter med kranskärlssjukdom också ofta har en glukosmetabol rubbning. Erfarenhet av sjuksköterskor som arbetar med såväl primär som sekundär prevention av kranskärlssjukdom finns [4, 5]. Steg i den här riktningen tas för närvarande inom Jönköpings sjukvårdsområde och på Gotland. En skotsk undersökning visar att detta är ett framgångsrikt koncept till en förhållandevis ringa tidsinsats [5]. Varje sjuksköterska vid de 19 primärvårdsenheterna som deltog fick totalt en och en halv dags utbildning om sekundärprevention och ägnade under året som studien pågick i genomsnitt en timme och tjugotvå minuter åt varje patient. Efter drygt fyra år sågs förbättringar avseende matvanor, blodtryck, användning av sekundärpreventivt verkande mediciner och en signifikant minskning av nya hjärthändelser och total död [6]. För att stimulera initiativ i denna riktning kan stipendier sökas av sjuksköterskor i de olika distrikten.

### Produktion och process

För att öka kännedom och kunskap om Hjärtboken har det tagits fram affischer, klisterdekal till journaler, vykort till patienterna samt införts en hemsida på Internet ([www.hjartboken.nu](http://www.hjartboken.nu)). För att ge bättre feedback och öka intresset skickas numera en sammanställning över sjukvårdsdistriktets data till kontaktpersoner-

na två gånger per år. Att kunna få ut data från kvalitetsregistret på vårdcentralsnivå har varit ett önskemål från allmänmedicinerna i styrgruppen för att stimulera det lokala kvalitetsarbetet. Detta är nu möjligt genom att lägga till en vårdcentralskod i Hjärtboken. Via Internet kan man on-line studera aktuella data hämtade ur rapportbladen och jämföra olika distrikt i landet i avidentifierad form ([www.hjartboken.nu](http://www.hjartboken.nu)). Hjärtboken innehåller två delar. En del handlar om att vara budbärare av viktig medicinsk information för sjukhus, vårdcentral och patient samt vara ett stöd för patienten vid behandling och förändringsarbete. Den andra delen är rapportdelen till registret. En analys av data i registret ger inget besked om den låga inskickningsgraden beror på t.ex. glömska, avflyttning eller dödsfall. Vi får inte heller besked om i vilken utsträckning Hjärtboken använts av patienten och fyllt sin uppgift som informationsbärare och stöd i förändringsarbetet.

Lokala analyser från Linköping visar på en ökning av antalet inskickade rapportblad för vart och ett av de tre år som distriktet varit med. Detta visar att projektet måste få tid att verka och att kvalitetsarbete ska ses som en process med ständigt lärande.

### Effekter

De resultat som hittills uppnåtts med projektet är uppmuntrande men också svårtolkade. Det är glädjande att så stor andel uppnår de lokala målvärdena. Resultaten är betydligt bättre än dem som visats på europeisk nivå [2, 3]. Det är också glädjande att inga skillnader mellan könen noterats avseende lipidnivåer eller läkemedelsanvändning [7]. Samtidigt ser vi att det är stor spridning mellan olika distrikt. De framgångsrika distrikten visar vilken potential som är möjlig. Det är naturligtvis svårt att bedöma kvalitén i den sekundärprevention som bedrivs i Sverige med tanke på den hittills relativt låga andelen inskickade formulär. För den som har höga förväntningar på stor svarsfrekvens kan siffrorna när det gäller uteblivna rapporter verka nedslående. I ett processinriktat kvalitetsprojekt kan man dock inte förvänta sig att omedelbart få hög svarsfrekvens. Man kan misstänka att de

	Risikfaktorer mätta vid vårdtillfället	Risikfaktorer mätta 3-6 månader efter utskrivningen	Risikfaktorer mätta 1 år efter utskrivningen
Andel rökare i %	30,6 % (n=23304)	10,1% (n=13253)	9,3 % (n=7517)
Kolesterol (mmol/l)	5,4 (1,2) (n=21710)	4,7 (0,9) (n=12577)	4,6 (0,9) (n=7085)
LDL-kolesterol (mmol/l)	3,4 (1,1) (n=19281)	2,7 (0,8) (n=12000)	2,6 (0,8) (n=6669)
HDL-kolesterol (mmol/l)	1,2 (0,4) (n=20349)	1,2 (0,4) (n=12294)	1,3 (0,4) (n=6812)
Triglycerider (mmol/l)	1,9 (1,3) (n=21341)	1,7 (1,0) (n=12416)	1,6 (0,9) (n=6934)
Fastebloodsocker (mmol/l)	5,9 (1,9) (n=17406)	5,7 (1,8) (n=8690)	5,7 (1,8) (n=5327)
Systoliskt blodtryck (mm Hg)	131,2 (19,4) (n=22713)	136,8 (19,5) (n=12623)	137,7 (18,5) (n=7176)
Diastoliskt blodtryck (mm Hg)	76,7 (10,6) (n=22702)	78,7 (9,7) (n=12610)	78,7 (9,3) (n=7173)

Tabell 2. Biologiska riskmarkörer för kranskärlssjukdom mätta vid vårdtillfället samt 3-6 månader respektive 1 år efter utskrivningen.

mest motiverade patienterna skickar in sina rapportblad, vilket gör att man bör vara försiktig med att tolka siffrorna som representativa för alla patienter. Men det finns inget som med automatik säger att de distrikt, som har lägre svarsfrekvens också har sämre kvalitet på det sekundärpreventiva arbetet. Från Linköping rapporteras god överensstämmelse vad gäller effektmått för patienter som skickat in respektive inte skickat in rapportblad.

### Sammanfattning

Sammanfattningsvis uppfattar vi att projektet kan stödja kvalitetsarbetet på vårdcentralerna. Värdefulla synpunkter från kollegor och sjuksköterskor har hjälpt till att förbättra struktur och process. I många distrikt ses ett bra utfall vad gäller effektmått med reservation för andelen inskickade rapportblad. Ytterligare förbättringar kan säkerligen göras och vi i styrgruppen är tacksamma för synpunkter.

**Hans Lingfors**

Habo Vårdcentral,  
[hans.lingfors@lj.se](mailto:hans.lingfors@lj.se)

**Hans Brandström**

Gråbo Vårdcentral, Visby

**Peter Nilsson**

Avd. för medicin,  
Universitetssjukhuset Malmö

### Referenser

1. Willhelmsen L, Rosengren A, Lappas G. Relative importance of improved hospital treatment and primary prevention. Results from 20 years of the Myocardial Infarction Register, Göteborg, Sweden. *J Intern Med* 1999; 245:185-91.
2. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. *European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. Eur Heart J* 1997; 18:1569-82.
3. EUROASPIRE I and II group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. *European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Lancet* 2001; 357:995-1001.
4. Lingfors H, Persson L-G, Lindström K, et al. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care* 2002; 20:28-32.
5. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998; 80:447-52.
6. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84.
7. Nilsson P, Brandström H, Lingfors H, Erhardt L, Hedbäck B, Israelsson B, Sjöberg G. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease – reasons to worry or not? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21:37-42.



# Annons

# B-vitaminer mot demens – finns vetenskapliga bevis?

Behandling av nedsatt kognitiv funktion med B-vitaminer saknar vetenskapligt stöd. Tre färska systematiska översikter från Cochrane-samarbetet visar att de fåtaliga kontrollerade behandlingsstudier som finns inte kan påvisa någon effekt, skriver SFAM-L.

**A**LLT FLER ÄLDRE patienter behandlas med vitamin B12, ibland i kombination med folsyra och B6. Försäljningsökningen i gruppen vitamin B-komplex har varit mycket stor [figur 1]. Grunden för detta kan vara studier som visar att låga halter av B12 eller folsyra eller förhöjt homocystein är förknippat med nedsatt kognitiv funktion, demens och kärlsjukdomar. Ett flertal referenser som styrker dessa samband finns i översikterna nedan samt på de svenska websidorna [www.rondellen.net](http://www.rondellen.net) och [www.svar.se](http://www.svar.se)

Man har klart visat att tillförsel av B12 och folsyra, ibland med tillägg av B6, minskar homocysteinvärdena. Men det utgör inget bevis för att B-vitamintillförsel även har effekten att förebygga, bromsa eller förbättra nedsatt kognitiv funktion, inte heller att risken för kardiovaskulär sjukdom minskar.

Det har varit svårt att finna prospektiva randomiserade studier med kontrollgrupp av B-vitaminers effekt på kognitiv funktion. Nu har man inom Cochranesamarbetet gjort tre systematiska översikter av alla sådana studier. En handlar om B12 för kognitiv funktion, en om folsyra med eventuellt tillskott av B12 och en om vitamin B6. Någon liknande systematisk översikt av B-vitaminers effekt på hjärt-kärlsjukdomar finns inte. Den frågan avhandlas inte ytterligare i denna artikel.

## Systematisk Cochraneöversikt om effekt av B12

Den systematiska översikten av studier kring B12 och kognitiv funktion [1] hittade bara två prospektiva, randomiserade, dubbelblinda behandlingsstudier, som uppfyllde vissa ställda minimikrav. I båda studierna var patienterna äldre personer med demens och låga halter av B12. I en av dessa studier gav man B12 oralt i dosen 10 eller 50 mikrogram eller placebo i en månad. 31 patienter deltog i studien men sex föll bort. I den andra studien gavs 1 mg B12 eller placebo i injektioner, men patientantalet var bara elva. Ingen av dessa två studier fann någon effekt av B12 på kognitiv funktion. Detta är alltså de bästa interventionsstudier man kunnat finna. Mer finns det inte.

Slutsatsen av den systematiska översikten blev att bevisen för att B12 förbättrar kognitiv funktion hos människor med demens och låga B12-värden är otillräckliga. Bättre och större studier efterlyses.

Det kan vara av värde att även kommentera några av de studier som inte uppfyllde de metodologiska kraven för att komma med i utvärderingen. I en studie [4] randomiserades 50 patienter med låga B12-värden till att få B12-injektioner eller ingen behandling. Att kontrollgruppen ej fick placebo var orsaken till att studien inte togs med i översikten. De som erhöll B12-tillskott fick dock inte bättre resultat än kontrollgruppen.



Artikelförfattare Peter Rosenberg i knät på sin gammelmorfar, som blev 95 år och inte dement.

En annan studie [5] uteslöts då den inte var randomiserad. Men man kunde inte se någon långsammare försämringstakt hos dementa med lågt B12 som fick behandling jämfört med dem i kontrollgruppen.

## Studier rörande effekter av folsyra

Den andra systematiska översikten [2] hade som mål att undersöka effekten av tillskott av folsyra, med eller utan vitamin B12, till äldre friska och dementa personer, för att förebygga eller bromsa nedsatt kognitiv funktion. Man försökte hitta alla dubbelblinda, placebokontrollerade, randomiserade studier. ►►

Man hittade fyra studier som uppfyllde kriterierna. En var gjord på friska äldre kvinnor och tre på patienter med mild till måttlig nedsatt kognitiv funktion eller demens, med eller utan diagnostiserad folatbrist.

Analysen av de ingående studierna fann ingen nytta av folsyra med eller utan B12 i jämförelse med placebo på något mått för kognition eller sinnestämning vare sig på friska eller dementa. Man såg i en studie att tillförsel av folsyra och B12 minskade nivåerna av S-homocystein, men någon gynnsam effekt på demensen kunde inte påvisas.

**Svensk studie utan placebokontroll**

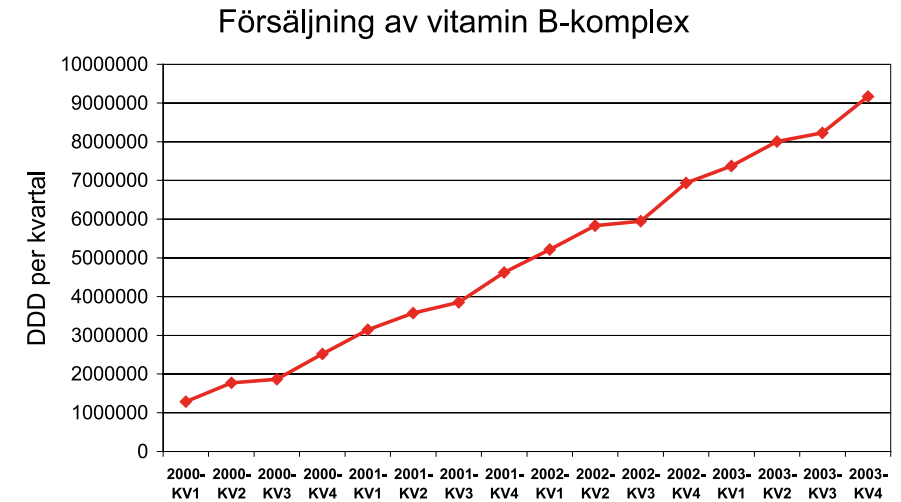
Det finns en svensk interventionsstudie [6], som på grund av metodologiska brister inte är medtagen i Cochraneöversikten, men som har återopats som stöd för behandling med B12 och folsyra [7]. I studien ingick 33 dementa patienter som alla fick behandling. Vid analysen delade man in dem i fyra grupper: mild-måttlig demens eller svår demens kombinerat med respektive normalt eller förhöjt homocystein.

Gruppen med mild-måttlig demens och förhöjt homocystein förbättrades, men inte övriga grupper. Eftersom placebobehandlad kontrollgrupp saknas och eftersom fynden inte har bekräftats i andra studier, kan inte denna studie ligga till grund för evidensbaserade behandlingsrekommendationer. Däremot har studien genererat en intressant hypotes, som bör prövas i randomiserade studier.

**Studier på tillskott av vitamin B6 (pyridoxin)**

Syftet med den tredje systematiska översikten [3] var att undersöka om tillskott av vitamin B6 kunde förhindra nedsättning av den kognitiva funktionen hos friska, äldre människor eller förbättra dementa, vare sig man hade diagnostiserat B6-brist eller inte. Man sökte alla dubbelblinda, randomiserade, placebokontrollerade studier som mätte den kognitiva funktionen.

Man fann två studier med friska försökspersoner. Man kunde inte se någon



Figur 1: Försäljningen inom förmånen av vitamin B-komplex, ATC-grupp A11EA, doser per kvartal åren 2000–2003 i Sverige.

signifikant nytta av B6 på sinnestämning eller kognitiv funktion. Man fann ingen studie på dementa personer. Homocystein mättes inte i studierna.

**Diskussion**

Vår avsikt med detta referat av de tre nyligen publicerade Cochraneöversikterna är att visa på diskrepansen mellan den kraftig ökade användningen av B-vitaminer och avsaknaden av vetenskapliga bevis för deras effekt i form av kontrollerade interventionsstudier som uppfyller minimikrav vad det gäller kvalitet.

Makrocytär anemi eller polyneuropati orsakad av B12-brist skall givetvis behandlas. I sällsynta fall förekommer demensliknande förvirring orsakad av B12-brist. Dessa patienter förbättras påtagligt efter insatt behandling [8]. Om man misstänker ett sådant förvirringstillstånd bör man behandla, men sätta ut behandlingen om den inte givit effekt.

I dag tas emellertid ofta S-homocystein på vida indikationer som nedsatt kognitiv funktion men också trötthet, depression och andra symtom. Vid förhöjda värden insättes ofta B-vitaminer vilket sänker homocysteinvärdet. Men det finns inga bevis för att det är till någon nytta för patienterna.

Många gånger under den medicinska vetenskapens historia har laboratorie-

mässiga samband och observationsstudier legat till grund för en viss behandling. När så småningom prospektiva, randomiserade studier genomförts har dessa visat att det inte fanns någon effekt av behandlingen. Ett exempel är östrogenbehandling för att förebygga hjärtinfarkt där både biokemiska resonemang och observationsstudier pekade på en gynnsam effekt. När randomiserade studier gjordes blev resultatet precis tvärtom – östrogen ökade risken för hjärtinfarkt [9].

**Slutsats**

Det saknas studier som visar att behandling med B12, folsyra eller B6 förebygger, bromsar eller förbättrar nedsatt kognitiv funktion. Framtida studier kanske kan påvisa sådana effekter men vi anser inte att man ska lägga resurser på utredning och behandling innan dessa vetenskapliga bevis föreligger.

Samtliga författare är allmänläkare och medlemmar av SFAM-L.

**Peter Rosenberg**  
Södertulls Hälsocentral, Gävle  
peter.rosenberg@lg.se

**Anders Hernborg**  
Halmstad

**Jan Håkansson**  
Krokum

**Ingmarie Skoglund**  
Borås

**Robert Svartholm**  
Boden

**Ulla Söderström**  
Umeå

**Rolf Wahlström**  
Eskilstuna

### Vad är Cochrane Collaboration?

Ett internationellt samarbete som försöker ta fram det vetenskapliga underlaget för åtgärder inom sjukvården. Man gör systematiska översikter över vilka studier som finns inom ett visst område. Därefter bedöms varje studiers kvalitet. De som uppfyller vissa minimikrav sammanställs och man gör en totalbedömning av effekten.

I många fall upptäcker man att det helt enkelt inte finns några studier för en viss typ av behandling. Det kan ändå vara så att behandlingen hjälper, men det kan man alltså inte veta.

#### Referenser:

- [1] Malouf R, Areosa Sastre A. Vitamin B12 for cognition (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- [2] Malouf R, Grimley Evans J, Areosa Sastre A. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- [3] Malouf R, Grimley Evans J. Vitamin B6 for cognition (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- [4] Kwok T, Tang C, Woo J, Lai WK, Law LK, Pang CP. Randomized trial of the effect of supplementation on the cognitive function of older people with subnormal cobalamin levels. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998;13(9):611-6.
- [5] Teunisse S, Bollen AE, Van Gool WA, Walstra GJM. Dementia and subnormal levels of vitamin B12 effects of replacement therapy on dementia. *Journal of Neurology* 1996;243:522-9.
- [6] Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B. Improvement of cognitive functions after cobalamin/folate supplementation in elderly patients with dementia and elevated plasma homocysteine. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;16(6):609-14.
- [7] Löck J. Demens – glöm inte vitaminerna. *Läkartidningen* 2003;100:3892.
- [8] Lerner V, Kanevsky M. Acute dementia with delirium due to vitamin B12 deficiency: a case report. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32(2):215-20.
- [9] Håkansson J, Hernborg A, Skoglund I. Östrogen-gestagenbehandling – inte så nyttigt som många trodde. *AllmänMedicin* 2004;25:5-8 (nr 1).

## 17<sup>th</sup> World Wonca Conference of Family Doctors 2004

The American Academy of Family Physicians afholder Annual Scientific Assembly og Wonca World Conference i Orlando, Florida, fra den 13. til den 17. Oktober. Vi indbyder herved vore svenske kolleger til at deltage i kongres og rejse sammen med os!

Det videnskabelige program vil blive beskrevet i kongresbrochuren, som udkommer i Maj måned. De fire dage vil byde på efteruddannelses-kurser, workshops og foredrag om emner der er relevante for os, fra tidlig morgen til kl. 17 hver dag.

Aftenerne byder på selskabelighed. Lad mig nævne The Assembly/Wonca Celebration, der finder sted i Universal Studios, som denne aften er vores!

Vi skal opleve at blive angrebet af Jaws! Være midt i et jordskælv og vi skal se E.T. på nært hold og meget mere. Og ganske gratis og uforglemmeligt.

Familielæger har familie!, og der er noget for alle aldersklasser.

Rejsen til Orlando varetages af vort Sekretariat og vort rejsebureau. Der er udrejse den 9. og den 12. Oktober fra Arlanda, København, og Oslo. I det man kan vælge at tilbringe tre nætter i enten

New York eller Washington, D.C. før kongressen. Vi kan rejse tilbage den 17. Okt. og senere, således at man kan benytte sig af denne enestående lejlighed til at se Florida eller måske endda Vestkysten.

Kongresgebyret for en læge er \$ 295 (såfremt medlem af Wonca ell. AAFP). Gratis for ledsagere, dvs. ægtefælle og børn.

Rejsens pris: Kastrup eller Arlanda/Orlando/retur inclusive hotel Hampton Inn i fem nætter DKK 9955 for lægen og DKK 5595 for ledsageren.

Send en mail eller fax dit brev til nedenstående adresse, så får du et komplet rejseprogram og kongresbrochure sendt til din adresse.

Vi besøger også WONCA European Conference i Amsterdam fra den 1. til den 4. Juni og The Royal Australian College of General Practitioners' Convention i Melbourne fra den 30. September til den 3. Oktober.

The Scandinavian Delegation of Family Physicians  
c/o læge Allan Pelch, Tingbakken 6,  
DK – 4160 Herlufmagle  
Tel. +45 5765 1210. Fax +45 5765 1215  
[apelch@dadlnet.dk](mailto:apelch@dadlnet.dk)

## Studiebrevet Riskbruk av alkohol

Alkoholkonsumtionen i landet har øket kraftigt och lär fortsätta att öka ännu mer, bland annat på grund av EU-anpassning med sänkta priser, ökad tillgänglighet och minskade tullrestriktioner. Riskbruk är ett pedagogiskt begrepp som är användbart både vid samtal med patienter och för diskussioner med kollegor och övrig personal. SBU konstaterar i sin rapport *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* att det är vetenskapligt väl dokumenterat att så kallad mini-interven-



tion leder till minskad alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem. Det är därför ytterst välkommet att Hans Hallberg och andra i SFAMs nätverk för riskbruk sammanställt ett studiebrev, som kan användas som underlag för fortbildning i FQ-grupper mm. Studiebreven kan beställas från SFAMs kansli och finns också tillgängligt på SFAMs hemsida, där det även finns en förteckning över tidigare studiebreven.

Roland Morgell, redaktör

# Annons

# Ur ordbytesfloden

**Efter Läkemedelsterapirådets kritiska reflektioner över östrogen-gestagen-behandlingen i AllmänMedicin nr 1, lämnade Catarina Canivet följande kommentar på Ordbyte:**

Redan år 2000 (nr 50 sid 5927-30) skrev Helene Ekström, Birgitta Hovelius med flera alltså en artikel om detta i Läkartidningen. När jag så började läsa i *AllmänMedicin* häromkvällen, så tänkte jag "Nu ska dom väl ändå få lite ros – dom som var tidigt ute och såg detta klart". Artikeln var jättebra i övrigt – men inte ett ord om detta. Jag blev besviken. Det är väl ändå kutym att pionjärer uppmärksammas?! Visst har andra än medicinare påtalat det absurda i östrogenhysteriet – det finns ju genusforskning, sociologer, litteraturvetare, författare. Men det originella här var ju att själva läkarprofessionen såg kritiskt på sin egen verksamhet – när det inte var opportunt. Så jag vidhåller att Ekström och Hovelius (m.fl.) bör ha en elege. Och jag frågar mig, hade detta hemska öde (att inte bli omnämnda i denna artikel alltså) drabbat dem om de varit män? Vi som allmänmedicinare bör väl också uppmärksammas (åtminstone för oss själva) när företrädare för vår specialitet är klarsynta och agerar som föregångare.

**Catarina Canivet**  
distriktsläkare, Malmö  
[catarina.canivet@djingis.se](mailto:catarina.canivet@djingis.se)

## Helene Ekström fyllde på:

Det är inte lätt att ifrågasätta djupt rotade paradig. Dock tycker jag att läkare och speciellt allmänläkare (så nära som vi befinner oss befolkningen) borde vara mer kritiska och granska sina egna föreställningar och vad man har för grund för dessa. Att som framfördes i artikeln i *AllmänMedicin* förundra sig över att behandlade kvinnor blivit vilseledda så många år tycker jag är tveksamt. Är de

vilseledda? Vilka syften hade de när de tog kontakt med sjukvården? Vilka redskap att hantera sitt framförda behov tillhandahöll vi? Att skylla på läkemedelsbolagen leder inte heller någon vart – deras syfte är att förvalta sitt kapital. Återstår läkarkåren – att värdera medicinsk kunskap och medicinska redskap är väl vad vi som profession hävdar att vi kan och kräver betalt för. Då borde vi också göra det! Speciellt vi allmänläkare vars uppgift är att se individen i det stora sammanhanget och under lång tid. Om ni inte har läst till exempel David Sackett, *The arrogance of preventive medicine* CMAJ 2002;167: 363-364 eller *Seeing what you want to see in randomised trials controlled trials: versions and perversions of UK-PDS data* McCormack och Greenhalgh BMJ 2000;320:1720-3, eller Hemminki och McPherson BMJ 1997;315:149-53, där man från då tillgängliga studier förutspådde de resultat som nu WHI bland annat har visat – så gör det! Hemminki och McPherson diskuterar just detta och hur de blev förlöjligade i BMJ 28 Feb 2004 sid 518-520. Tar vi lärdom av erfarenheterna med östrogen? Om så är fallet borde vi skärskåda även andra terapier m.m. som vi går ut på bred front med. Vi borde kliva ut från vår "virtual reality" in i "the reality". Kanske borde vi syssla med "reality based evidenced medicine" istället för i stor utsträckning paradigmet evidence based medicine. Ställer vi de rätta frågorna? Är vi öppna för det oväntade? och hur färgade är vi av våra egna föreställningar när vi tolkar resultat, vad vi gör eller borde göra, nytta – risk eller varför inte vår roll för hälsan i det stora hela? Har vi inte en hel del hybrid att göra oss av med som Christer Enqvist skrev i Läkartidningen helt nyligen?

**Helene Ekström**  
distriktsläkare, doktorand  
FoU-centrum, Landstinget Kronoberg, Växjö  
[helene.ekstrom@ltkronoberg.se](mailto:helene.ekstrom@ltkronoberg.se)



Så här lätt är det att gå med i Ordbyte: gå in på [www.sfam.nu/Debatt](http://www.sfam.nu/Debatt) och följ sedan anvisningarna, eller skriv ett tomt brev från den e-postadress Du vill använda till [sfam-subscribe@yahoo.com](mailto:sfam-subscribe@yahoo.com)

Ordbytesfiskare **Anders Lundqvist**  
chefredaktör

## Stiftelsen för allmänmedicin

Stiftelsens ändamål är att främja allmänmedicinsk utveckling genom att stödja forsknings- och utvecklingsprojekt samt utbildning inom allmänmedicin.

Under 2004 kommer stiftelsen att dela ut ca 450 000 kr, fördelade mellan bidrag till forskningsprojekt, resor till vetenskapliga möten och FoU-projekt inom fortbildning och annan utbildning för allmänläkare. Fördelningen av medel mellan olika ändamål bestäms när ansökningarna kommit in.

Vid bedömning av ansökningarna kommer ST-läkare och yngre allmänläkare att prioriteras.

Ansökan ska ha inkommit till SFAMs kansli senast den 25 maj 2004. Ansökan om FoU-medel ska innehålla forskningsplan och kostnadskalkyl. Ansökan om bidrag till resor ska innehålla motivering och kostnadskalkyl.

Beslut om medel beviljats kommer att meddelas de sökande juni 2004.

Frågor kan ställas till ordföranden Jonas Sjögren, tel 021-150380 eller [jonas.sjogren@ptj.se](mailto:jonas.sjogren@ptj.se)

# Annons

# Nytända allmänläkare på Fammis familjeläkardagar 2004

Fammi, det familjemedicinska institutet, ska stärka och utveckla primärvården. En modell har varit att ordna nationella mötesdagar för olika personalkategorier. Vilken typ av möte skulle då Fammi kunna ordna för familjeläkarna utan att konkurrera med redan väl fungerande aktiviteter?

**U**R DESSA TANKAR föddes idén att ordna ett möte med särskild inriktning på nyss färdiga specialister i allmänmedicin, en grupp som kommer att utgöra och utforma framtidens primärvård, men som saknas på exempelvis SFAMs årsmöten. Enligt Socialstyrelsen hade 2 300 familjeläkare blivit specialister de senaste tio åren och fick utgöra målgruppen. Mötet hölls i Halmstad på hotell Tylösand den 11–12 mars, temat "Nytända" syftade på målgruppen.

Från 2003 har en organisationskommitté bestående av personer från målgruppen, inklusive artikelförfattaren, arbetat med programmet. Fammi har varit mötets ekonomiska garant, men för organisationskommittén har det mest påtagliga stödet varit Gösta Eliasson, med sin organisatoriska förmåga.

## Hur blev då själva mötet?

Först mötets stora problem som var det låga deltagarantalet. Mötet planerades för att kunna besökas av 300 familjeläkare men endast dryga hundratalet kom. Min personliga uppfattning är att detta ytterligare bekräftar hur svårangagerad målgruppen är. På ett möte som organiserats för att säkerställa ett högt deltagarantal borde målgruppen istället ha varit alla familjeläkare. Då skulle förmodligen återigen de nyfärdiga familjeläkarna saknas.

Nu över till själva mötet som blev en framgång. De inlämnade utvärderingarna var överväldigande positiva. Enstaka kommenterade också målgruppen och



Vi arrangerade Familjeläkardagarna 2004 i Halmstad.

tyckte det var bra med ett arrangemang som särskilt riktade sig till dem.

De två huvudföreläsningarna blev mycket uppskattade. Per Fugelli pratade om det rika samhällets förbannelse med ständigt ökande behov av hälsa och trygghet, vilket i sin förlängning leder till nollvisioner. Dessa nollvisioner är inte bara utopiska utan skapar ohälsa och otrygghet genom att ständigt flytta våra referenser för en normal värld. Han menade också att befolkningen inte önskade dessa nollvisioner och att vi familjeläkare är särskilt viktiga med förmågan att "dansa kind mot kind" med befolkningens behov av hälsa och trygghet. Kristian Luuk roade med humor och allvar. För att må bra i livet skall vi våga syssla med det som vi tycker är roligt, menade han. Efter svår vantrivsel vid studier på Handelshögskolan lyckades han byta spår i livet till underhållningsbranschen trots konventioner och familjens förväntningar.

Den största framgången var nog ändå de praktiska verkstäderna om EKG, gy-

nekologi, ÖNH, ledinjektioner och lilla kirurgin. Deltagarna fick fritt ströva runt mellan verkstäderna, prova olika metoder och handgrepp och diskutera med kunniga kollegor. Konceptet kommer från de danska läkardagarna där dessa praktiska moment är mycket uppskattade. Efter en första initial tveksamhet steg snabbt aktiviteten vid verkstäderna, och den glädje som fanns bland deltagarna blir nog mitt starkaste minne från mötet. Under dagarna avnjöts också bra workshops, konstrundor på hotellet, tipsrunda och en mycket bra debatt mellan publiken och våra nationella företrädare för Protosförslaget kring ett nationellt familjeläkersystem. Vi hade tur med vackert värväder vilket lyfte fram Tylösands läge vid hav och strand.

Avslutningsvis känner jag mig glad åt arbetet med en fantastisk organisationskommitté och att jag fick träffa alla er som kom till Tylösand dessa härliga dagar våren 2004.

**Tommy Jönsson**

Arlövs Vårdcentral, Burlöv  
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se



# Fammis ST-dagar i Linköping 2004

En gång är ingen gång, men nu har det hänt två gånger, och vi är många som gläds åt det och gärna ser att det blir fler tillfällen. Trehundra blivande specialister i allmänmedicin samlades under temat "arbetsglädje-nu och i framtiden" i Linköping 22–24 januari.

UNDER TRE DAGAR fanns tillgång till ett utbud av seminarier, workshops och föreläsningar som spände över flera dimensioner i vår vardag, och det var inte lätt att välja. Praktisk vardagsklinik blandades med etik och förhållningssätt. Arbetsmiljöfrågor ur olika synvinklar belystes, och vår specialistutbildning likaså. Dessutom gavs utrymme för återseende av gamla kursare och diskussioner över en kopp fika.

Carl-Edvard Rudebeck betonade i sin föreläsning att skillnaden mellan familjeläkare och organ/äldersspecialisten är viktig och ska eftersträvas. Det finns en poäng i den, och samarbetet med andra kliniker och övriga samhället runt en patient infinner sig när det behövs. Han berörde svårigheten att arbeta bort den biomedicinska reflexen, och uppmanade till mod att se gränsen för vårt biomedicinska kunnande. Det är viktigt att se var gränsen för vår faktakunskap finns och att stå för den.

Norge och Danmark fanns representerade i programmet och våra utbildningar jämfördes. I princip är det tre helt olika utbildningssystem, och det finns anledning att både titta västerut och söderut i arbetet med vår nya målbeskrivning. I Norge arbetar de blivande specialisterna som fastlege, och har ett visst antal poäng att samla ihop innan man får sin specialistkompetens. I Danmark har man långa sammanhängande sjukhusplaceringar, och krav på tjänstgöring på minst två olika allmänläkarmottagningar och på att ST-läkaren ska ha ett forskningsinslag på minst tre månader.

Det fanns ett starkt inslag av humanism i programmet med flera författare



Åke Kihlberg och Roland Olofsson-Dolk, Örebro.

som deltog, och med existentiella frågeställningar. Merete Mazarella pratade om vad som händer mellan läkare och patient. Pia Dellson läste egna texter, som sedan diskuterades ur ett etiskt perspektiv. Det gavs gott om stoff för eftertanke. En av våra danska kollegor som lyssnade till Pia Dellson kunde inte släppa tanken på vad vi faktiskt lär oss att stå ut med när det gäller arbetsmiljö. Företeelser som blir tydliga när de kläs i ord.

Även om programmet innehöll både djup och bredd saknade jag t.ex. fokus på forskning; det fanns inga programpunkter som vände sig till forskningsintresserade, och inte heller presenterades dagens allmänmedicinska forskning. Ett unikt tillfälle som ST-dagarna bjuder borde det finnas möjlighet för den nyfikne att få ta del av det som händer på vår forskningsfront. Det skulle också varit spännande med belysning och diskussion om medikalisering och de starka krafter som strömmar runt vår förskrivning av läkemedel och hjälpmedel.

Avslutningsdagen slöt Iona Heath cirkeln genom att tala om mod och glädje



Jacqueline Mudra och Susanna Wahlund, Linköping.

i vårt arbete som familjeläkare. Oerhört inspirerande, och efter att bokstavligen ha dansat ut ST-dagarna till tonerna av medeltida musik var det flera av oss som spontant kände att vi ville hem och träffa patienterna igen. Så vi åkte hem, och ser fram emot nästa års ST-dagar.

I skrivandes stund är det oklart var de ska arrangeras. Mikael Stolt, Fammi, förklarade stafettpippen ledig. Vi kan bara hoppas att Fammi finns kvar som struktur för dessa dagar nästa år. Det går naturligtvis att anordna ST-dagar i annan regi, men Fammi har underlättat arbetet. Antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat till ca 1150 st. Ökningen har flera orsaker, men ST-dagarna är en av årets höjdpunkter. Med ST-dagarna har det skapats ett rum för möte för oss ST-läkare som vanligtvis jobbar långt ifrån varandra. Möten med nya och gamla bekanskap, som lever kvar i minne och hjärta. Det är också dessa möten som är bränslet för både vardagsarbete och utveckling.

Eva Jaktlund

Ånge VC

eva.jaktlund@swipnet.se

Foto: Mogens Hey

# Utmaningar och glädjeämnen som familjeläkare

Under årets ST-dagar talade Iona Heath, GP från London med förankring i svensk allmänmedicin, om "Joy and Courage in General Practice". Eva Jaktlund, svensk ST-läkare, lyssnade och reflekterade vidare.

**D**ET ENKLA ÄR OFTA det bästa, och det som ser och låter enkelt är ofta svårt att utföra och kräver träning i mängd. På ST-dagarna i Linköping i januari höll Iona Heath avslutningsföreläsningen med temat "Joy and Courage in General Practice". Tretton punkter om mod och fem om glädje. Hennes ord föll sig helt självklara när de uttalades, och jag tänkte: Precis så! Vad enkelt, så gör man ju!

Tillbaka i vardagen, mitt i mötet med patienter och personal blir jag helt varse att det enkla är det svåra. För många ord och för lite tystnad. De rätta frågorna som inte blir ställda, och viljan att göra saker för patienten för min egen ångests skull. Svårigheten att stanna i stunden, och att inte tänka på att jag redan är 35 minuter försenad, och att jag ska hämta på fritids idag och inte vill vara sen igen. Punkterna om mod är som fyror i en farled att hålla sig till en dag på jobbet med dålig sikt.

Glädjeämnena då? Iona Heath tog upp fem glädjeämnen i arbetet: att få ta del av människors berättelse, att ha ett jobb som både innehåller djup, bredd och intensitet, att kunna göra skillnad för individer med vårt kunnande och vårt sätt att bemöta människor, att jobbet kan innebära möten med alla sorters människor och sist men inte minst att ingå i en global yrkeskår med kollegor i alla hörn av världen. De är egentligen oräkneliga, och dyker upp var man minst anar – glädjeämnena alltså.

Helt plötsligt utan förvarning kan hela farleden klarna upp, sikten blir milslång och målet tydligt. Hjärtat sjunger och hjärnan fungerar friktionsfritt. Underbart!

Eva Jaktlund  
Ånge VC  
eva.jaktlund@swipnet.se



## Iona Heaths punkter om mod

### Mod att:

- ♣ **komma tillräckligt nära så att man kan se och höra ...** även det som inte sägs med ord, även det som inte sägs alls. Kierkegaards ord ekar i mitt huvud: om du vill hjälpa någon måste du först ta dig dit där den personen befinner sig.
- ♣ **erkänna, bekräfta vad vi ser och hör ...** att ha modet att ge patienten ett kvitto på att jag har sett och jag har hört, ditt budskap är mottaget, du finns, din berättelse är verklig och viktig.
- ♣ **att inte luta sig mot den ofullständiga sanning som vetenskaplig medicin tillhandahåller ...** våra patienter är inte kohortutdrag. Att ha kunskap om de vetenskapliga fakta som finns och modet att applicera dem på rätt sätt.
- ♣ **ha tillit till patienten ...** patienten äger sin egen verklighet, och väljer ibland att dela den med dig som doktor.
- ♣ **stå ut med osäkerhet ...** att kunna fatta beslut på skakigt underlag, eller att kunna avstå från vidare utredning.
- ♣ **använda tid som ett diagnostiskt och terapeutiskt verktyg ...** det här är min favorit: att arbeta med tiden som vän, och inte som en fiende.
- ♣ **veta att man inte kan få till det perfekt varje gång ...** en dålig dag, fel personkemi, svårtolkade symptom.
- ♣ **försvara gränsen mellan krämpa och sjukdom, och undvika medikalisering ...** inte helt lätt med de krafter som verkar för ökad läkemedelsförsäljning både under studietid och under yrkesverksamhet.
- ♣ **hjälpa patienten att ta beslut som stämmer överens med deras egna värderingar ...** att se det friska i patienten och respektera personens integritet.
- ♣ **stå på patientens sida, och vara dess förkämpe ...** vi är patientens lots i sjukvårdssystemet.
- ♣ **aldrig anta, alltid fråga ...** inte någonstans i läkarutbildningen lärs tankeläsning ut!!
- ♣ **vara ärlig, att inte rygga tillbaka ...** att våga stå kvar i de svåra stunderna med patienten.
- ♣ **att känna sina begränsningar ...** vad kan jag, vad kan jag inte? Vad är mitt uppdrag, och hur ser spelplanen ut?

## Omläsningen

### Förståelse är grunden för kompetens

Grunden för kompetens är människans förståelse av sitt arbete. Alltför mycket av det som kallas kompetensutveckling har runnit ut i sanden därför att man i lärsituationen inte beaktat betydelsen av förståelse för att uppnå praxisförändring. Rolf Wahlström gör tänkvärda reflektioner efter omläsning av en spännande bok.

NÄR JAG I HÖSTAS läste ett utkast av Fammis förslag till Struktur för kompetensutveckling inom primärvården, fann jag en referens till Sandberg och Targamas bok om ledning och förståelse. Eftersom jag läste och blev inspirerad av boken när den kom ut för drygt fem år sedan tyckte jag det var intressant att den dök upp i detta sammanhang. I slutförslaget finns dock inte referensen med och det kanske är lika bra för jag tror att planen skulle se något annorlunda ut om den baserades på den syn på kompetens och kompetensutveckling som framförs i boken.

Jag blev i alla fall stimulerad till omläsning och fann att boken fortfarande är inspirerande, men också något provocerande och framförallt uppfordrande. Om bokens synsätt är riktigt, så återstår det mesta att göra när det gäller att bidra till en kompetensutveckling, som är till verkligt gagn för både individen och verksamheten.

**Låt inte titeln hindra läsning!** Kompetens ses visserligen ur ett organisationsperspektiv, men det är individens kompetens, som i första hand belyses, och det som diskuteras är i högsta grad relevant för primärvården. Boken inleds med en beskrivning av det rationalistiska perspektivet, där man ser kompetensen som en konsekvens av å ena sidan den enskildes förutsättningar och egenskaper och å andra sidan arbetets krav. Mot detta ställs ett förståelsebaserat, tolkande perspektiv där människans handlande inte styrs av de faktiska



*Ledning och förståelse*  
– ett kompetensperspektiv på organisationer  
Jörgen Sandberg,  
Axel Targama  
Studentlitteratur, Lund, 1998  
ISBN 91-44-00791-4

förutsättningarna (egenskaper, arbetets art) utan av hur individen tolkar och uppfattar dessa förutsättningar, dvs. av individens förståelse. Förståelse ses som den process i vilken omvärlden får mening och innebörd. Grunden för kompetens är människans förståelse av sitt arbete.

Förståelseaspekten exemplifieras i boken genom resultaten från en undersökning på Volvo personvagnar gjord av en av författarna (Sandberg). Uppgiften var att undersöka vad som kännetecknar kompetens i motoroptimering, vilket innebär att optimera motorns olika egenskaper (t.ex. bränslekonsumtion, avgasutsläpp, prestanda) för att den ska fungera så smidigt som möjligt. Efter analys av intervjuer med motoroptimerarna kunde man urskilja tre sätt att förstå kompetens i förhållande till detta arbete: I – att optimera separata motoregenskaper, II – att optimera samverkande motoregenskaper, III – att optimera utifrån kundens perspektiv. Författarna visar att dessa förståelseformer ska ses som steg på en utveckling såtillvida att förståelse II är en kvalitativ utveckling

av förståelse I och likadant förhåller sig förståelse III i förhållande till förståelse II. Att som motoroptimerare ha en sådan förståelse för sin arbetsuppgift att den tillgodoser kundens behov, ger både den bästa produkten och den största uppskattningen från kollegerna.

Men att bara bestämma sig för att öka sin förståelse är varken möjlig eller önskvärd. En förändring måste komma från den enskilda medarbetaren genom att denna/denne själv utvecklar en genuint ändrad förståelse. En sådan förändring kan i första hand åstadkommas genom deltagande i den praktiska tillämpningen, samtidigt som individen reflekterar över de problem och lösningar arbetet medför. Detta synsätt innebär konsekvenser även för lärandet och för det vi kallar kompetensutveckling.

**Kompetensen kan förstärkas** inom ramen för den existerande förståelsen. Detta är den vanligaste formen av lärande, där dock den praktiska utformningen, lärsatsen, är avgörande för kompetensutvecklingen. Om erfarenhetsbaserat och problemorienterat lärande prioriteras ökar möjligheterna att även förståelsen utvidgas och att den till och med kvalitativt kan förändras. En sådan förändring eller förnyelse av förståelsen kan då leda till en markant ökad kompetens eftersom individens kompetens är beroende av förståelsen av arbetsuppgifterna.

När kan en grundläggande ny förståelse för det egna arbetet utvecklas? Enligt författarnas erfarenhet är det några situationer som ofta återkommer i människors berättelser. Personliga, konkreta upplevelser, att se något med egna ögon, har en stark påverkan, liksom särskilt känsloladdade upplevelser. Genuin dialog och reflektion där individen får klargöra sina egna uppfattningar och tankesätt har starkare genomslag än mer enkelriktad kommunikation, och en färgstark symbolisk representation av den nya förståelsen kan bidra till detta. I alla dessa situationer gäller dock att individen måste vara förberedd, måste ha påbörjat processen mot ändrad förståelse. Fröet måste ha såtts före förvandlingen till prunkande blomma.

Det är viktigt att betona att om man vill förändra människors förståelse inom något område så möter man inte ett tomt fält. De flesta människor har redan en förståelse av företeelserna i fråga. Det handlar då praktiskt om att ge individen möjlighet att ifrågasätta och eventuellt överge sin etablerade förståelse och tillägna sig en ny. Detta måste ske med läroinsatser som betonar reflektion och i direkt anslutning till aktuell praxis. Eftersom förståelse enligt detta synsätt skapas och interagerar med människans tidigare erfarenheter måste också läroprocessen vara sammanvävd med den verklighet man ska förstå. Kompetensutveckling blir således tätt knuten till verksamhetens utveckling.

**Vad är då förståelse?** Författarna sammanfattar i sex punkter att det handlar om att (1) varje människa skapar och utvecklar sin egen förståelse i interaktion med andra, (2) vår förståelse är en

del av oss själva, så självklart att den inte alltid är medveten, (3) förståelsen är min relation till omvärlden, (4) andras uppfattning av verkligheten jämförs med 'hur det egentligen är', dvs. min egen förståelse, (5) förståelsen betecknar den mening eller innebörd till exempel arbetet har för mig, (6) förståelsen är i ständig utveckling, antingen genom fördjupning av befintlig förståelse eller genom påtagligt förändrad förståelse.

Vad har allt detta för betydelse för kompetensutveckling inom primärvården? Är det någon fördel att se kompetens som förståelse för den uppgift som ska utföras? Jag tror att denna syn på lärande och kompetens är ytterst väsentlig för att dels kunna formulera ett annorlunda fokuserat mål (att öka förståelsen), dels för att med ännu större kraft kunna motivera praxisnära läroformer. Alltför mycket av det som kallats kompetensutveckling har runnit ut i sanden därför att man i lärsituationen

inte beaktat betydelsen av förståelse för att uppnå praxisförändring. Flertalet av de läroinsatser som preciseras i Fammis strukturplan kan bidra till ökad eller förändrad förståelse om de används på rätt sätt. Men för att så ska bli fallet tror jag att förståelseaspekten måste komma mer tydligt i fokus. Såvitt jag kan se finns inte begreppet förståelse med i Fammis dokument.

**Boken innehåller mycket mer** än vad som kunnat beröras i denna korta recension, bl.a. frågor kring ledning och organisation och andra aspekter på läroformer och vilka fallgröpor man kan möta. Det mesta i boken är tänkvärt och delvis omtumlande. Läs den!

**Rolf Wahlström**

Allmänläkare, docent  
Allmänmedicinskt Centrum  
Eskilstuna  
rolf.wahlstrom@phs.ki.se

## Nyhet! En enklare start med ny Zoloft®-förpackning

(sertralin)



ELIXIR S-03-ZOL-032

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

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

Zoloft är effektivt och välolerat, vilket medger en god följsamhet.<sup>1-6</sup> 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 Psychiatr 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 Psychiatr 2001; 179: 23-30. 6. Doogan DP, et al. Br J Psychiatr 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

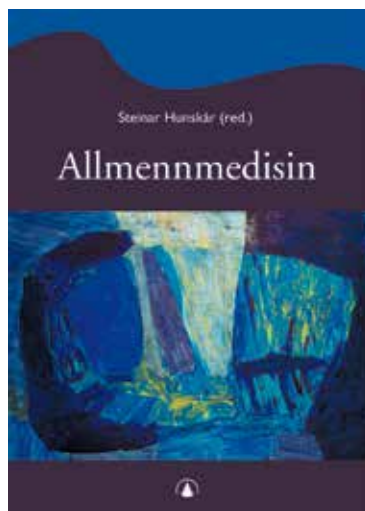
## En allmänmedicinsk encyklopedi

**R**EDAN DEN FÖRSTA UPPLAGAN av *Allmenmedisin* 1997 under Steinar Hunskaars redaktörskap var imponerande. Som lärobok i den grundläggande läkarutbildningen i Bergen, blev den snart riktmärke för både synsätt och inriktning av vad som var det väsentligaste inom hela läkarutbildningen. Bland studenter blev boken snabbt en guide över vad som var viktigt även inom de organspecifika kurserna och kom på så sätt att påverka innehållet i undervisningen också av dem.

Den nya upplagan är uppdaterad med medicinsk kunskap och vad gäller förändringar i den norska sjukvården och lagstiftningen (bl.a. fast lege-reformen). Dessutom har flera nya kapitel kommit till, vilket ytterligare befäster boken som en komplett lärobok i allmänmedicin, både i kliniskt och teoretiskt avseende.

**Boken består av** en inledande teoretisk del, som är kraftigt utvidgad jämfört med den tidigare upplagan, där man lyfter fram det karakteristiska inom allmänmedicinen. Här behandlas första linjens sjukvård, hälsoproblem och vårdanvändning i allmän praxis, allmänmedicinska ramar och arbetstekniker, det kliniska samtalet, den diagnostiska processen, terapeutiska beslut och handlingar och slutligen grundlag och gränser för klinisk kunskap. Bland författarna till detta avsnitt återfinns flera av Norges förgrundspersoner inom allmänmedicinen, förutom huvudredaktören även Kirsti Malterud, Per Hjortdahl och Knut Arne Holtedahl, flera andra onämnda.

**Sedan följer en del** som behandlar viktiga organövergripande symtom, som trötthet, viktnedgång, feber, yrsel, svimning, fall och falltendens hos gamla, and-



*Allmenmedisin*, 2. upplagan  
Steinar Hunskaar (red.)  
Gyldendal Akademisk 2003  
ISBN 82-05-30770-2  
Pris 875:- NOK

ningssvårigheter, bröstsmärtor, akuta magsmärtor, akuta ryggsmärtor, oklara knölar, sömnproblem och akut förvirring hos äldre.

Varje avsnitt är illustrerat av fallbeskrivningar som på ett pedagogiskt sätt följer den diagnostiska utredningen av symtomet. Man kan naturligtvis tänka sig ytterligare övergripande symtom behandlade på samma sätt, t.ex. övervikt eller generaliserad värk, men det är en randanmärkning. Den här delen av boken skulle kunna tjäna som inspirationskälla för hur en problembaserad allmänmedicinsk undervisning skulle kunna se ut även i Sverige.

**Bokens största del** är en bred genomgång av de organspecifika sjukdomarna. Man följer här ett genomtänkt schema där man för varje avsnitt inleder med en epidemiologisk översikt, följt av en redogörelse för de diagnostiska verktyg som står allmänläkaren till buds. Sedan följer en beskrivning av kontaktorsaker, symtom

och tecken som vanligen för patienten till läkaren, följt av en beskrivning av de aktuella sjukdomarna eller tillstånden och till slut ett avsnitt som tar upp de socialmedicinska implikationerna för sjukdomen, t.ex. vad gäller förebyggande åtgärder eller rehabilitering.

**Boken avslutas med** några mindre delar. Ett handlar om livets olika skeden: barn och barndom, barnfamiljen, tonåren, att vara mitt i livet, ålderdom och omsorg i livets slutskede. En annan del handlar om olika specifika konsultationer, som hälsokontroller, resemedicin, kontroll av kronisk sjukdom, rökavvänjning, missbruk, hälsoproblem hos homosexuella etc.

Bokens allra sista del, ”Å være allmennpraktiker”, är en liten pärla i sig. Här har ett kondensat av livsvisdom och etiska resonemang samlats och där svaren inte alltid är entydiga. Man resonerar t.ex. om var gränsen går mellan vad som ska bedömas som friskt, sjukt eller i riskzonen? Hur ska man prioritera då man har ändliga resurser? Hur lever man med osäkerhet, avvikelser och vad gör man då man handlat fel och det gått riktigt illa?

Det finns naturligtvis risker att en bok av den här karaktären snabbt blir omodern, inte minst i de terapiespecifika avsnitten. Risken för det minskar dock genom den har sin styrka i att gestalta ett allmänmedicinskt förhållningssätt, som kan tillämpas på varierande faktaunderlag, snarare än att vara en kokbok med detaljerade råd.

**Sammanfattningsvis** alltså inte bara en nödvändig bok för den blivande allmänläkaren, utan också en encyklopedisk bok för den som är mitt i yrkeslivet och finner glädje i att reflektera över sin roll som allmänläkare.

Jan Stålhammar  
Eriksbergs vårdcentral, Uppsala  
jan.stalhammar@pubcare.uu.se

# Annons



# Allmänmedicin i Sydafrika upplevelser från landsbygden

Elisabet Jernby fick hösten 2002 möjlighet att arbeta sju veckor som allmänläkare i norra Sydafrika på ett "rural hospital" i Ubombo, Kwazulu-Natal. Mycket var annorlunda mot blekingsk landsbygd, men en del var sig ändå likt...



Landsbygdsbilder. Lagg märke till solfångaren som omvandlar solenergin till elström. Vad strömmen används till? – Jo, att ladda mobilen! Mobiltelefonerna har revolutionerat sättet att leva därnere.

UNDER WONCA-KONGRESSEN 2001 i Durban väcktes en gammal dröm till liv. Global hälsa och sjukdomspanoramat i världen, hälsoresursernas fördelning och framtiden diskuterades. Vi fick möjlighet att prata med kollegor från andra länder, göra studiebesök på sydafrikanskt sjukhus med mera.

Efter själva kongressen gjorde vi en turistresa i landet och av en händelse fick vi möjlighet att flyga med Zumet, en organisation som sysslar med såväl sjukvårdstransporter som turistflyg. Den trevlige piloten berättade då om Bethesda hospital, ett statligt sjukhus ute på landsbygden i Lebombo-bergen, och om den verksamhet som bedrivs där.

## Förarbetet

Jag lyckades få e-postkontakt med managern, dr Grant, om möjligheten att få arbeta på Bethesda hospital.

För att få arbeta som läkare i Sydafrika krävs examination, både muntlig och skriftlig. Och sen ska man jobba i minst ett år för att bli anställd. Det tyckte jag blev för besvärligt.

Däremot skulle det vara möjligt att arbeta som volontär, det vill säga utan lön. Jag skulle då kunna "känna på" arbetet och samtidigt lära mig en del på plats. Jourkompensation och semester räckte till sju veckors ledighet, och när det dessutom fanns tillgång till vikarie i mitt ordinarie arbete bestämde jag mig för att ta chansen.

Jag flög från Kastrup via London och Johannesburg till Richard's Bay i Kwazulu-Natal, bara 150 km från Ubombo. Dr Grant mötte mig på flygplatsen och såg till att jag tryggt anlände till sjukhuset en söndag eftermiddag.

## Sjukhuset

Första dagen var spännande. Kl. 7.30 samlades alla doktorerna (två fast anställda och fyra långtidsvikarier varav två på heltid och två på halvtid) samt tre "Community workers" (ungefär motsvarande ST-läkare) på "the Manager's room". Dessa klarar av alla de 150 000 boende i regionen, all "öppen vård" och basal sluten vård.

Till skillnad från i Sverige har allmänläkarna alltså även hand om

inlagda patienter på dessa "rural hospitals", närmast motsvarande de gamla odelade lasaretten i Sverige. På Bethesda finns 220 vårdplatser, med mans-, kvinno- och barnavdelningar, där olika medicinska och kirurgiska diagnoser blandas. Patienter med pneumoni, AIDS, epilepsi, reumatisk feber, hjärt-, diabetes-, njursjukdomar, brännskador och undernäring är vanliga. Tuberkulos är så vanlig att man har egna vårdavdelningar för dessa patienter, en manlig och en kvinnlig, som ständigt är överfulla.

På förlossningsavdelningen blandas väntande mammor med hypertoni/pre-eklampsi med nyförlösta och spädbarnsavdelningen har tre kuvöser. Komplicerade förlossningar, kejsarsnitt och omhändertagande av dåliga neonatalbarn ingår i sydafrikanska allmänläkares åtaganden. Man måste givetvis också behärska basal anestesi. Däremot kan kirurgiska bukar och ortopediska operationer med fördel skickas till närmaste sjukhus med specialister i Empangeni cirka 16 mil bort. Öppenvården bedrivs bland annat på sjukhusets OPD (outdoor patient department), dit det kommer ►►



# Annons



Rond på barnavdelningen.



Lagbild på läkarteamet (inkl. studenter). Lagg märke till ungdomligheten!  
Äldste man: 40 år.

såväl akuta ambulansfall som ”vanliga” primärvårdsfall. Ungefär 20 kronor kostar undersökningen med eventuell provtagning, röntgen och medicin.

### Kliniker

Resten av öppenvården bedrivs på kliniker ute på landsbygden, som mestadels sköts av sjuksköterskor och barnmorskor. En eller två sköterskor är i tjänst på varje klinik, som betjänar en befolkning på cirka 15 000 invånare, och varje sjuksköterska ser över 100 patienter dagligen. Hon kan på kliniken undersöka kliniskt (de är duktiga på lungauskultationer), ta enkla blodprover (blodsocker, malariprover och hiv-test) och även förskriva medicin enligt en handbok. Man har ett enkelt basförråd av mediciner som delas ut. Till varje klinik kommer doktorn en gång i veckan och ser cirka 10-30 patienter under ett par timmar för att bistå sköterskan och bedöma om någon behöver ytterligare utredning eller vård med till exempel medicin, som bara finns på sjukhusets apotek. Besök på en klinik är gratis för patienten oavsett om man träffar doktor eller sköterska.

### Arbetsveckan

Under måndagsmötet planeras arbetsveckan och man kommer överens om vem som ska sköta avdelning, vem som åker ut till vilka kliniker, vem som tjänstgör på operation, vem som täcker upp på OPD under lunchtid och så vidare.

Jourerna görs upp med längre framförhållning. Varje natt finns en doktor

i primärjour och en ”second on call”, som rycker in vid till exempel operationer och snitt, för att söva, hjälpa till att ta hand om ett dåligt nyförlöst barn eller hjälpa till om flera dåliga patienter skulle komma samtidigt. På helger jobbar två personer; man är antingen primärjour fredag och söndag samt sekundärjour lördag eller tvärtom.

Efter mötet är det dags för rond. Dessa liknar mycket de ronder jag minns från min tid på svenska sjukhus under 1970-talet, men patientfallen är annorlunda. Utskrivningen sköts under själva rondan. Doktorn antecknar för hand en liten sammanfattning i såväl patientens ”clinic card” som slutenvårdsjournalen. Recept skrivs inte, man tar sitt klinik kort till apoteket och får sin medicin. Återbesök försöker man styra till närmaste klinik.

Efter rondan går man hem på fikapaus, man bor ju på sjukhusområdet, sedan väntar OPD eller klinikarbete.

Mycket var svårt! Att läsa handskrivna journaler på engelska med kluriga förkortningar, titta ensam på röntgenbilder, lura ut hur man fyller i laboratoriemisserna och tolkar resultaten! Och sen att prata med patienter på sin gamla skolengelska via en tolkande zulusyster, som pratar *sin* skolengelska ...

Och alla annorlunda sjukdomar: tuberkulos, aids-patienter med symtom som kan vara allt möjligt annat, std, reumatiska febrar, glomerulonefrit och sånt som kanske ”inte är nåt” – eller är det? ”Oxford Handbook of Tropical Medicine” blev flitigt använd. När jag

sedan skulle skriva ut medicin så fanns det ingen Fass!

Efter 25 år som doktor och 15 år (minst) som handledare var det bara att sätta sig med böckerna igen. Efter ett par dagars kämpande fick jag nys om att en kollega hade ett exemplar av den så kallade Bethesda-boken, där behandlingstips för allehanda vanliga åkommor fanns nedtecknade – och jag lyckades få låna denna dyrgrip för resten av perioden.

Onsdagar var veckans operationsdag med gemensamt fika med hembakad kaka, och småprat kollegor emellan. Kejsarsnitt, sårrevisioner, delhudstransplantat på brännsår, amputationer och tubarligationer var vanliga åtgärder. Operationsavdelningen är välfungerande med två op-salar, där ”nurse Dudu” regerar. Operationssköterskor är där som här: snabba i replikerna, småfräcka och retas gärna med doktorerna.

Torsdagens morgonmöte är utbildningsinriktat. Varje månad går man igenom perinatalstatistiken, antal snitt, dödfödda, antal döda barn första veckan med mera. Man analyserar det som hänt och ser om något kan göras bättre nästa gång. En gång i månaden måste alla doktorer referera en vetenskaplig artikel. Övriga torsdagar får någon doktor i uppgift att ta upp ett ämne som alla kan ha nytta av.

### Flying doctor

Efter en veckas inskolning fick jag chansen att komma ut i ”riktig primärvård”. Måndagar och tisdagar åker en doktor ►►

# Annons



Akutmottagningen. Community doctor (ung. ST-läk) Johann sätter skalpnål på liten pojke med pneumoni.

med flyg till tre kliniker per dag, på torsdagar kör man bil till två mer närbelägna kliniker (högst sex mil). Flyga med Zomet var spännande! Man åker i små fyr-sitsiga bush-plan, som lätt kan landa och lyfta, utan stora krav på landningsbanan. Och "man ser det litet grann så där från ovan", små byar, floder där folk tvättar och badar och flodhästar simmar.

Måndagen åkte jag med Andrew, en av de tre community doctors till kliniker i Makatina, Madonela och Mbosa nere på låglandet. Här är värmen mer tryckande än uppe i bergen. Byggnaderna är dock relativt svala men trånga och stökiga. Det blev 10–20 patientbesök per klinik.

Även tisdagen blev luftburen, åkte med Johann till Mhlekezi, Ophansi och Gedlenza, dit vi kom vid 16-tiden. 20 patienter väntade, så jag tog hälften, det gick fortare. Duktig sjuksköterska, som kunde patienterna och översatte bra. Såg till och med en tropisk sjukdom: Bilharzia. Tillbaka på sjukhuset 18.15, nästan mörkt.

De kommande veckorna fick jag ta över klinikbesöken ensam. Det gick bra tack vare Bethesda-boken. Började lära mig alltmer om de vanliga sakerna: Tb-utredningar, aids, sydafrikanernas sätt att tackla infektionssjukdomar och std. Klinik korten krävde dock fantasi och kunskaper i teckentydning. Jag besökte

också Jozini- och Mhuze-klinikerna, som man kör bil till.

Klinikarbetet liknade mest jobbet hemma i Jämjö, men man sa "jeebo" istället för "hej".

### Volontär

Att vara volontärarbetare, vad innebär det? Ja, egentligen skulle jag väl bara se, bedöma och sedan rådfråga och få behandlingen förskrivna av en registrerad doktor, men i verkligheten föll detta snabbt. Jag gjorde allt kliniskt som jag ville och kunde, skrev remisser, gjorde inläggningar, ordinerade mediciner i öppen och slutna vård, men aktade mig för att skriva mitt namn på några officiella papper och dokument, till exempel dödsbevis, rättsintyg och liknande, för att inte riskera att någon skulle få problem.



Sissi: Tb- och AIDS-sjuk sexårig flicka.

### Lärdomar

Jag lärde mig massor, och det kändes stimulerande. Tbc, aids, pneumonier, uvi och std kunde jag bra innan jag åkte hem, tropiska sjukdomar läste jag mig till. Läsa journaler var oväntat svårt. Spinalbedövningar, lp och pleuratappningar var ganska lätta att "ta upp på nytt", men förlossningskomplikationer och anestesi lärde jag mig inte. Tiden var så pass kort, att jag valde att försöka avgränsa mig till öppenvården.

Eftersom jag hade jobbat ute på Blekinges landsbygd utan invandrare, var det också nytt och svårt att prata via tolk. Man blev lycklig om någon patient kunde så pass mycket engelska, att vi kunde få en direktkommunikation. Sjukhistorien är där som här jätteviktig!

Kraven från allmänheten är inte alls så pressande som hemma. Blir man undersökt och, om möjligt, får hjälp med medicin är det tillräckligt. Frågor om "hur man känner det" hinns inte med, det är sjuk eller inte sjuk som gäller.

Läkare och sjuksköterskor har inte heller samma krav som hemma. Man tar hand om de patienter som kommer, det finns ingen tidbok eller övre gräns för antalet. De som inte är så sjuka tröttnar ibland och går hem. Vår aktuella debatt om att "avgränsa det allmänmedicinska uppdraget" är här omöjlig att förklara – här finns inga verkliga avgränsningar förutom doktors mod och kompetens (med hjälp av böcker). Och ofta finns det inte någon annan, mer kompetent så nära att man hinner rådfråga.

### Tillbaka?

De sista två veckorna längtade jag hem, hem till allt som var vant, hem till arbetskamraterna och familjen. Att vara ute ensam ett helt år tror jag inte jag skulle vilja. Men ett par veckor efter hemkomsten kändes det som att jag bara måste tillbaka till det vackra Afrika, på något sätt och arbeta där i någon form. För trots att man kan tycka att arbetsuppgifterna är så överväldigande att man inte riktigt vet var man ska börja, är tillfredsställelsen med det man åstadkommer större och kraven och stressen mindre än i Sverige. Känslan att lära sig något nytt och att utvecklas i ett viktigt arbete är väl värt mödorna.

PS Under 2003 återvände jag till Afrika som jeepdoktor i Kenya.

Elisabet Jernby

Jämjö vårdcentral

elisabet.jernby@ltblekinge.se



Elisabet Jernby som "Flying doctor".

# Annons

# Målbeskrivningen och andra viktiga utbildningsfrågor

SFAMs styrelse arbetar med utbildningsfrågor på många olika sätt. Direkt i styrelsen, genom arbetsgrupper och i kontakten med råd och nätverk. Här en kort rapport om arbetet med utbildningsfrågor från grundutbildning till specialistkompetens.

**A**KTUELLAST JUST NU är den nya målbeskrivningen. Arbetet sker i en till styrelsen direkt knuten arbetsgrupp bestående av Meta Wiborgh, Karin Lindhagen, Eva Jaktlund och mig, men många andra har bidragit, inte minst på Sigtunadagarna.

Socialstyrelsen har aviserat att det kommer nya, för alla specialiteter gemensamma, ramar för vad en målbeskrivning ska innehålla. När vet vi inte, det verkar dröja ytterligare ½–1 år, men vi vet så pass mycket att vi tror oss kunna göra en målbeskrivning som går in i den nya ramen. Vi har också erbjudits möjlighet att kontinuerligt vara med och diskutera ramarnas utformning. Vilket vi förstås gärna vill.

**Det finns andra än SFAM** som sysslar med utbildning för allmänmedicinare. Styrelsen har träffat företrädare för IPULS och Fammi i flera sammanhang. Vad gäller IPULS har det funnits en del frågetecken. Sedan de klargjort att de sysslar med varudeklaration och inte med kvalitetsgranskning av kurser har mycket blivit tydligare.

SK-kurserna administreras av IPULS, dvs. alla anbud går till dem, sedan får SFAM en lista på de kurser som är avsedda för oss för att göra en prioriteringsordning. Det jobbet har i år gjorts av Jan-Eric Olsson, Anna Källkvist och mig. Inte lätt, men vi har försökt se till att det finns kurser för de kunskapsbehov som är svårast att få tillfredsställda på annat sätt. Antalet kurser kan vi däremot inte påverka. Det är en ekonomisk fråga.

**SFAM har numera två råd** som huvudsakligen arbetar med utbildningsfrågor. Ett från grundutbildning till specialistkompetens och ett för det fortsatta livslånga lärandet. Det förstnämnda består av de tidigare kompetensvärderings- och utbildningsråden. Nya ordföranden är Ulf Måwe och jag. Rådets arbete kan naturligt delas upp i tre delar: grundutbildningen, AT och ST.

**Grundutbildningen är ett viktigt område** men inte något som SFAM centralt har fokuserat på under senare tid. För att komma igång behövde vi få reda på vad som redan görs bra, vad som skulle kunna göras bättre och hur SFAM kan medverka. Därför tog vi kontakt med personer som arbetar med grundutbildningen på de olika utbildningsorterna. Efter positivt gensvar planerar vi nu ett möte i höst, förhoppningsvis början på ett nätverk liknande det studierektorerna har.

**Under AT kommer alla läkare** i kontakt med allmänmedicin. Därför är det viktigt men också svårt arbetsområde. Och svårt – det är lättare med den som verkligen vill lära sig något än med den som (kanske) mest ser vår del av AT som en transportsträcka. Vårt mål är inte bara att få bra blivande kollegor att välja vår specialitet utan också att ge de andra en bra bild av vad vi gör. Inom studierektorsnätverket finns många som arbetar med dessa frågor. Vi har skickat ut en efterlysning för att komma i kontakt med dem och höra vad som görs och vilka problemen kan vara. Det har redan kommit många svar. Vi jobbar vidare.

**ST är den del av utbildningen** där SFAM redan har ett stort och gott arbete på gång. Mitt - i - ST och examen är områden där SFAM ligger långt framme jämfört med andra specialiteter. Vilket visade sig nyligen under ett möte ordnat av SLSs utbildningsdelegation.

Studierektorsnätverket finns och är viktigt för att stötta i kärva tider. Än viktigare kommer det att bli om de signaler vi fått från Socialstyrelsen om betydelsen av en stärkt studierektorsroll stämmer.

**Har jag nu**, trots goda styrelsekamrater, inte fått kläm på allt bra som görs eller glömt någon som gör ett viktigt arbete så hör av er! Är bara jätteglad över alla synpunkter som kan göra arbetsresultatet bättre. Sådant som redan görs bra någon annanstans behöver inte jag ägna mig åt, men hjälper gärna till att sprida vidare.



**Annika Eklund-Grönberg**  
SFAMs styrelse  
annika.eklund-gronberg@slpo.sll.se

## Lokalföreningar:

### NORRBOTTEN

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

### NORRA VÄSTERBOTTEN

Gunnar Engberg  
tel 0910-77 49 02  
fax 0910-77 49 10  
gunnar.engberg@vll.se,

### SÖDRA VÄSTERBOTTEN

Jarl Kollberg  
tel 090-77 46 60,  
fax 090-12 66 52

### 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  
PRIMA Familjeläkarmottagning  
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  
Allmänmedicin Stockholm  
Sonja.modin@sspo.sll.se

### SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg  
Sjöstadens vårdcentral  
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

### ÖSTERGÖTLAND

Gunnar Carlgren  
gunnar.carlgren@lio.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  
Vårdcentralen Smålands stenar

### KRONOBERG

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

### BLEKINGE

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

### SYDOSTSKÅNE

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

### NORDOSTSKÅNE

Sven Erik Svensson  
tel 044-24 97 50,  
Vårdcentralen i Åhus

## 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.sjogreen@ptj.se

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

#### SFAMs nätverk

##### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

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

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

##### Astma och allergiintresserade

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

##### Balintgrupper

Conny Svensson  
conny.svensson@beta.telenordia.se

## MELLANSKÅNE

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

## LUNDATRAKTEN

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

## NORDVÄSTRA SKÅNE

Per Björgell  
tel 042-10 00 00,  
per.bjorgell@helsingborgslasarett.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

Gunilla Augustsson  
tel 0346-560 00,  
bostad 035-14 96 63 (äv. fax)  
gunilla.augustsson@lthalland.se

## STOR-GÖTEBORG

Steffen Bové  
tel 0303-989 27, fax 0303-984 80  
steffen.bove@vregion.se

## NORRA BOHUSLÄN

Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vregion.se  
tel 0522-929 80, fax 0522-929 99,  
Herrestads vårdcentral

## NORRA ÄLVSBOG

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

## SÖDRA ÄLVSBOG

Bernhard von Below  
tel 0302-371 12, fax 0302-302 03,  
bernhard.vonbelow@vregion.se

## SKARABORG

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

## 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

## 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.

## Beställningstalong

### Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

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

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

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

Sätt kryss i rutan

#### Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal

#### Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal

#### Supplement 1/02

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

Antal

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare – specialistexamensuppsatser 1997–2002"

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

Antal

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-postadress: \_\_\_\_\_

Skicka din beställning till SFAMs kansli,

Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.se

## AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i

medlemsavgiften till SFAM. Tidningen

utkommer med sex nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 450 kr/år.

ISSN 0281-3513

#### Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau  
ingvar.krakau@ks.se

#### Chefredaktör

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

#### Redaktörer

Roland Morgell,  
distriktsläkare/företagsläkare  
Mariefrisk, Stockholm  
tel arbete: 08-738 29 70  
roland.morgell@kvalita.se

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

#### Webbredaktör

Tommy Jönsson, familjeläkare,  
Arlövs vårdcentral, Burlöv  
tel arbete: 040-53 69 00  
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.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  
Packhusgränd 6, 111 30 Stockholm  
tel 08-10 39 20, fax 08-10 39 15  
info@bs-media.se

#### Tryck

Åkessonstryckeri AB  
www.akessonstryck.se

#### Utgivningsplan för Allmänmedicin

Nr	Manusstopp	Utgivning
3	10/5	25/6
4	9/8	23/9
5	20/9	2/11
6	8/11	20/12

#### SFAMs kansli

Heléne Sward  
helene.sward@sfam.a.se  
Post och besöksadress:  
Skeppsbron 34  
111 30 Stockholm

Tel: vardagar kl 9–11.30  
08-23 24 05  
Fax: 08-20 03 35  
Hemsida  
www.sfam.nu



## Det går inte att förklara...

"Det går inte att förklara för en som ingenting begriper", sade Ingemar Stenmark en gång under sin glans dagar när han ställdes inför en osedvanligt insiktslös intervjuare. Ungefär samma känsla får jag ibland när jag stöter på unga och smarta ledarskribenter från vissa Stockholmstidningar, som med en blandning av okunnighet och cynism serverar färdiga analyser och lösningsförslag på sjukskrivningsproblematiken. Analysen brukar gå ut på att problemet är att människor är lata och läkare i allmänhet feiga och mjäkiga. Lidande människor, som arbetat ett helt liv och nu inte orkar längre, jämförs med heroinister som vill ha mer knark, och läkarna blir i denna lysande metafor till knarklangare.

Att förklara för dessa cyniska skribenter vad utbrändhet kan innebära och hur komplicerat det kan vara att få människor som drabbats att kunna komma tillbaka till yrkeslivet är nog inte möjligt. Därtill saknas nog en grundläggande empatisk talang, som knappast utvecklas i den överklassmiljö jag förmodar är plantskolan för en framgångsrik nyliberal ledarskribent på Dagens Nyheter eller Svenska Dagbladet.

Det går inte att förklara för den som ingenting begriper. Nej, men om det skulle vara möjligt skulle jag säga: "Kom igen när du har jobbat med trappstädning till usel lön under 30 år. Eller jobbat i hemtjänsten lika länge. Samtidigt skall du ta huvudansvaret för hem och familj. Om du sedan känner att du inte orkar längre och söker upp mej och vill bli sjukskriven, hur tror du det skulle kännas om jag förklarade att ditt problem är att du är lat, eller som en smart ung DN-skrivent föreslog, inta attity-

den hos en 4-åring som säger nej, gärna ackompanjerat av att jag slog näven i bordet?"

Nog kan jag tänka mej att slå näven i bordet ibland men inte för att uppträda auktoritärt mot de svagaste och mest utsatta bland mina patienter. Däremot tycker jag att vi allmänläkare många gånger är alltför undfallande mot unga smarta ledarskribenter, som kompenserar sin brist på empati och kunskap om de villkor många arbetande människor i detta land lever under, med vass formuleringskonst och stålblanka cynismer.

Och varför dessa cyniker numera bereds publiceringsutrymme (förmodligen mot rundhanta arvoden) i Läkarförbundets egen tidning kan jag inte förstå. Jag menar, de har ju redan möjlighet att nå ut med sitt budskap till läkarkåren och andra eventuellt intresserade. Vanliga arbetande människor i den allt hårdare pressade vård- skol- och omsorgsektorn har inte det. Vad dom har att säga om bemötande i sjukvården och hur de far illa på sina arbetsplatser skulle nog vara av betydligt större värde för oss läkare att ta del av.



Foto: Ulf Måwe

**Björn Olsson**  
Örnäsets VC, Luleå  
bjorn.olsson@nll.se

### 2004

#### Maj

##### Hur många läkemedel tål våra äldre?

Hotell Höga Kusten, 6 maj  
Fortgruppen, Läkemedelskommittén och SBU-Norr arrangerar gemensamt seminarium på Hornöberget.  
För närmare information:  
anmalan.gagnakompetens@lvn.se

##### Studierektorskonferens för Primärvården på Visingsö

12-13 maj 2004  
Kontaktperson: Måns Larsson

##### EGPRW, Theme: "Cultural Themes and Illness in General Practice"

Den 13-16/5, Antwerpen, Belgien  
<http://egprw.adimtravel.com/index2.html>

##### Det metabola syndromet och dess konsekvenser

27-28 maj, Jönköping, för närmare information [www.culturum.se](http://www.culturum.se)

##### Extra kurs i konsultation och videosupervision, Kalymnos, Grekland

28 maj till 4 juni - se mera på [www.fammi.se](http://www.fammi.se)  
Kursinnehåll: Träning i patientcentrerad konsultation med hjälp av rollspel, som spelas in på video och handleds.  
Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup.  
Deltagerantal: 24, som fördelas på 3 grupper med 8.  
Pris: Kursavgift: 8.500.- DKR, Hotell + 2 middagar: 2.600.- DKR, resa ca. 2.500.- DKR  
Kontaktperson: Jan-Helge Larsen  
Viovej 22, DK-3000-Helsingør  
Tlf. +45-4921 5400,  
Fax +45-4926 2900  
E-Mail: [jhl@dadlnet.dk](mailto:jhl@dadlnet.dk)

#### Juni

##### 10<sup>th</sup> Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine

Den 1-4 juni 2004,  
Amsterdam, Holland

#### Augusti

**ASK-seminarium i Abisko** 27-29/8. Anmälan till Robert Svartholm, [polarull.svartholm@telia.com](mailto:polarull.svartholm@telia.com) eller tele 0706-234509

#### September

##### Sjukdom som berättelse/ symposium om berättelsens roll i sjukdomens värld

Den 19/9, Södertörns högskola, Campus Flemingsberg, Stockholm  
[www.sh.se/centrum](http://www.sh.se/centrum)

##### The Royal Australian College of General Practitioners' Annual General Meeting

30 september-3 oktober, Melbourne, Australien

#### Oktober

##### 17<sup>th</sup> WONCA World Conference, USA

Den 13-17 oktober  
[www.wonca2004.org](http://www.wonca2004.org)

##### Primaermedisinsk uke 2004

25-29 oktober, Soria Moria Hotell og Konferensesenter, Oslo

##### EGPRW, Theme: "Diagnosis and Prevention of Cancer General Practice "

Den 16-19/10, Verona, Italien  
<http://egprw.adimtravel.com/index2.html>

#### November

##### Laegedage 2004

8-12 november  
Köpenhamn  
För mer information se [www.laegedage.dk](http://www.laegedage.dk)

##### SFAMs höstmöte

Den 10-12/11 i Lund

##### Riksstämman 2004

24-26 november Svenska Mässan, Göteborg

##### Family Medicine Forum 2004

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

### 2005

##### Wonca Asia Pacific Regional Conference

27-31 maj Kyoto, Japan

##### 11<sup>th</sup> Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine

3-7 september Kos, Grekland