

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2008 ÅRGÅNG 29



Doktor i Nordnorge/sid 9

Gastroesofageal reflux/sid 6 • Samtal med Sven-Eric Liedman/sid 15

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se
Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till anders.lundqvist@lvn.se



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. Tekniska frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink gunnar@mediahuset.se
Tel 0525-323 52

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Om att vara handledare
Jan-Helge Larsen m.fl.
Peter Olsson
recenserar Åke Thörns
"Vem ger verkligheten namn?"

Omslagsfoto: Henning Smith

3 Ledare

Skriv om din vardag!
Staffan Olsson

5 Vetenskap & Utveckling

Läkemedelrelaterade problem hos äldre – *Patrik Midlöv*
Gastroesofageal reflux och dyspepsi – dags att komma ikapp omvärlden – *Lars Agréus*

9 Praktik

Doktor i Nordnorge – *Kristian Svenberg*
Allan – sjukvård på gott eller ont – *Robert Svartholm*

13 Notis

Svensk Informationsdatabas för Läkemedel
Lucienne Fredriksson

15 Intervju

"Det krävs nog ett visst mått av lugn" – samtal med
Sven-Eric Liedman – *Christer Petersson*

20 Fortbildning

Full Fart Framåt – en återblick på ST-dagarna 2008
Madelene Andersson
Fortbildning ska ge känsla av sammanhang
– SFAMs program högaktuellt – *Gösta Eliasson*
Mange og gode kongresser ute i verden
Allan Pelch
Scandinavian Journal of Primary Health Care 2008,
26, issue 1

28 Notiser

Personlig läkare – möjligheter och förhållningssätt
Vill du bli lärare i riskbruksverkstad?

29 Debatt

Allmänläkarens dilemma – riktlinjerna kolliderar med
långsiktighet och individualisering – *Jonas Sjögreen*
Allmänmedicinen måste ta sitt ansvar – *Markus Beland*
En komplex, mångfacetterad verklighet – *Staffan Olsson*
Allmänmedicinen – en framtidsbransch? – *Göran Waller*

33 Notiser

Almen – handledarpris i Primärvården i Uppsala
Årets allmänläkare i Halmstad

34 Utbildning

Ny målbeskrivning för ST – vad innebär Socialstyrelsens
förslag till författning i praktiken?
Annika Eklund-Grönberg, Madelene Andersson,
Karin Lindhagen, Meta Wiborgh

37 SFAM informerar

Samtalet är vårt finaste verktyg
Anna-Karin Svensson
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

40 Krönika, kalendarium

Coaching i grottekvaren
Gösta Eliasson



Sven-Eric Liedman i samtal med
Christer Petersson. Sidan 15



Full Fart Framåt – en återblick på årets
ST-dagar. Sidan 20



Fortbildning ska ge känsla av sammanhang.
Sidan 23

Ny målbeskrivning för ST.
Vad innehåller det nya förslaget
och vad kommer det att medföra i
praktiken? Sidan 34

ANNONS



Doktor Staffan på sitt tjänsterum. (Foto: Carl-Gustav Stolt)

Skriv om din vardag!

Jag har alltid fascinerats av system av fullständig individuell frihet där deltagarnas kreativitet får flöda fritt. Ett utmärkt exempel på det är Wikipedia – i korthet ett uppslagsverk på nätet där deltagare över hela världen med mycket varierande kunskaper och bakgrund bidrar med det de kan. Tillsammans blir det en imponerande uppvisning i samarbete, men också i självkorrigering. Artiklar med grova fel överlever inte länge innan någon uppmärksam korrigerar felen. I en uppmärksamman, och mycket omdiskuterad artikel i Science 2005 konstaterar man att innehållet håller ungefär samma klass som ärevördiga Encyclopaedia Britannica. Kritik saknas dock inte, och på goda grunder används ibland Wikipedia som avskräckande exempel när man lär ut källkritik i våra skolor.

En parallell utveckling är alla bloggar webben svämmar över av just nu. Man kan nog säga mycket om de litterära värdena och kvaliteten i stort, men en god värdemätare på genomslagskraften

är de närmast krampartade protesterna från journalistkåren. Kraften ligger i det individorienterade och ofta jordnära perspektivet, fritt från journalistiska tolkningar. En del gånger handlar det bara om narcissistiskt navelskåderi, men i sina bästa stunder kan bloggan det bli grogrund för gräsrotsrörelser, som aldrig annars skulle få samma växtkraft. Kopplingen till den allmänmedicinska världen kan synas långsökt. Jag är en varm anhängare av EBM och skulle inte överleva många minuter på mottagningen, utan att på olika sätt använda kunskaper sprungna ur den källan. Samtidigt saknar jag något annat, nämligen att höra hur andra gör med vardagens små och stora problem. Ordbytet fyller en del av det behovet, men få orkar skriva ingående beskrivningar om sina lösningar, och rena dagboksbeskrivningar passar dåligt i just det forumet, som är så bra på många andra sätt.

Två återkommande inslag i våra utländska storebrorstidskrifter har inspirerat mig. I American Family

Physician fanns tidigare *"A day/week in practice"*, som innehöll korta dagboksanteckningar om stort och smått från både stad och landsbygd i USA. BMJ har flera liknande inslag: *"A memorable patient"* är ofta en poetisk, ibland lågmäلت humoristisk betraktelse över mötet mellan patient och läkare. Med dessa förebilder vill jag anslå följande upprop: Skriv om din vardag! Våga blotta osäkerhet, tvivel och misslyckanden. Låt oss tillsammans glädja oss åt dina framgångar med stora och små frågeställningar i vardagen! Omfånget behöver inte alls vara stort eller ämnet märkvärdigt, betrakta gärna vardagens små glädjeämnen och vedermödor. Varför skall du ta dig det här besväret, kan man fråga sig, och vad är det värt? I samma anda som Wikipedia och bloggarna hoppas jag att de små personliga bidragen, om än inte alltid perfekta, evidensbaserade och klädda i akademiskt språk och format, blir till en större enhet där man kan söka både kunskap och inspiration.

Staffan Olsson

ANNONS

Patrik Midlövs föreläsning vid höstmötet, Visby 2007

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre

– Interventioner för att förbättra läkemedelsbehandlingen

Äldre personer, i synnerhet de som bor i äldreboende, har ofta en komplicerad sjukdomsbild och använder många läkemedel.

Flera olika läkare kan vara inblandade i den aktuella behandlingen, tidigare sjukdomar och behandlingar är ofta dåligt dokumenterade och läkemedel finns ibland kvar utan kvarstående indikation. Läkemedel kan ge biverkningar och interaktioner som gör behandlingen komplicerad och omfattande. Flera studier har visat att 15–22 procent av inläggningar på medicinkliniker beror på läkemedelsbiverkningar. I USA har man i studier visat att läkemedelsbiverkningar är den fjärde till sjätte vanligaste dödsorsaken. Antalet behandlingsmetoder med läkemedel ökar liksom andelen äldre, varför denna typ av problem förväntas tillta i framtiden.

För patienter i särskilda boenden finns organisatoriska brister i bakgrundsdokumentation om sjukdomar, diagnoser, samt orsaker och mål för läkemedelsbehandling. Dessutom förs läkarens daganteckningar och omvårdnadsdokumentationen ofta separat. Detta gör att grunderna för läkemedelsbehandlingen svårigen kan sättas in i ett helhetsperspektiv.

Det finns också studier som visat att i samband med skifte i behandlingsnivå t.ex. när patienten skrivs ut från sjukhus till sjukhem och vice versa så orsakar felaktig rapportering att patienten får fel mediciner.

Allmänläkarna förskriver 2/3 av alla läkemedel till äldre och är i allmänhet ansvariga för patienter på särskilda boenden. Socialstyrelsen har vid genomgångar rapporterat om brister vid läkemedelsbehandlingen av sistnämnda patientgruppen.

Detta var bakgrunden till att jag som dåvarande ST-läkare i allmänmedicin började intressera mig för läkemedelsrelaterade problem hos äldre.

Syftet med min avhandling har varit att beskriva de brister som finns vid läkemedelsbehandling hos äldre samt att pröva effekten av olika interventioner. Min ut-

gångspunkt som allmänläkare har varit att göra interventioner som ska kunna påverka läkemedelsbehandlingen inom primärvården.

Resultaten av de olika delarbetena belyser några av de brister som alltför ofta finns inom läkemedelsbehandling av äldre.

I den första delstudien som berörde sjukhemspatienter med Parkinsons sjukdom eller epilepsi så fann vi att många patienter har läkemedel utan klar indikation. Ungefär 40 procent av dessa patienter hade läkemedel som klassificeras som olämpliga för alla äldre.

Vi prövade här en intervention i form av rekommendation från ett multi-disciplinärt team om läkemedelsbehandling. Denna intervention hade emellertid inga positiva effekter när vi mätte utfall som patienternas livskvalitet, Aktivitet i Dagligt Liv (ADL) eller beteendesymtom.

I den andra delstudien kartlade vi omfattningen av felaktig läkemedelsanvändning orsakat av brister i överföringen av information. Vi undersökte vad som hände när patienter som var 65 år eller äldre flyttades mellan sjukhus och kommunal hemsjukvård eller sjukhem. I genomsnitt hade patienterna mer än tio läkemedel vardera och det blev två läkemedelsfel varje gång patienten bytte vårdform, det vill säga ca 20 procent av ordinationerna varje gång den äldre patienten skrevs in på eller ut från sjukhus.

I delstudie III utvärderades om läkemedelsfortbildning till primärvårdsläkare kan förändra förskrivningsmönstret vad gäller läkemedel till äldre. Utvärderingen innefattade bensodiazepiner och neuroleptika, läkemedel som är särskilt förknippade med mycket biverkningar hos äldre. Förskrivning av bensodiazepiner totalt och av långverkande bensodiazepiner sjönk signifikant i den aktiva gruppen men inte i kontrollgruppen. För neuroleptika sågs inga signifikanta förändringar i någondera gruppen. Utvärderingsenkäten visade att fortbildningen överallt var mycket uppskattad.

Resultaten från delstudie II gjorde att vi ville göra en intervention som skulle minska överföringsfelen när äldre byter vårdform.

I delstudie IV undersöktes huruvida införandet av läkemedelsberättelse kan minska antalet fel i läkemedelsjournaler då patienten överförs från slutenvård till kommunal vård. Läkemedelsberättelse är en del av utskrivningsinformationen som ska ges till patienten, sjuksköterska inom hemsjukvården samt till patientens familjeläkare. Läkemedelsberättelsen är ett strukturerat sätt att beskriva vilka läkemedel som har ändrats under sjukhusvistelsen samt varför ändringar har gjorts.

Det blev en signifikant minskad andel patienter med läkemedelsfel i gruppen med läkemedelsberättelse (32 procent) jämfört med kontrollgrupp (66 procent). Antalet fel i genomsnitt var 2,2 i kontrollgrupp och 1,0 i gruppen med läkemedelsberättelse.

När vi inför nya behandlingsmetoder, eller organisationsförändringar, så ska vi eftersträva att dessa är evidensbaserade. Man bör vetenskapligt utvärdera en behandling/förändring innan den införs i större skala. Sådant som inte håller måttet som till exempel vår intervention i delstudie I ska förkastas eller modifieras och utvärderas ånyo. Förändringar som däremot leder till signifikanta förbättringar bör implementeras. På Universitetssjukhuset i Lund införs således läkemedelsberättelse nu på samtliga kliniker vilket är till glädje för allmänläkarna, kommunens sjuksköterskor och sist men inte minst för våra äldre multisjuka patienter.



Foto: Staffan Olsson

Patrik Midlöv, VC Tåbelund Eslöv
patrik.midlov@skane.se

Gastroesofageal reflux och dyspepsi – dags att komma ikapp omvärlden



Illustration: Katarina Liljequist

Gastroesofageal reflux och dyspepsi är vanliga tillstånd – man räknar med att ungefär 25 procent av alla vuxna av och till har symtom på ettdera tillståndet [1]. Refluxsjukdom är ibland ett mångårigt, kanske livslångt besvär. Viss ”overlap” med dyspeptiska besvär förekommer; vi vet att cirka 20 procent av de med symtom och patologiskt utfall på 24-timmars pH-mätning i matstrupen framförallt rapporterar epigastralgi, alltså ett dyspeptiskt symtom. Dyspepsi är ett tillstånd som varierar mer, och ofta har inslag av symtom på colon irritabile, IBS.

SBU har nu kommit med en ny rapport [2] om just dessa tillstånd. Rapporten är framförallt riktad till primärvården, och den är skriven av en (sic) allmänläkare och resten sjukhusspecialister (nio till antalet). Något nationellt vårdprogram för gastroesofageal reflux finns inte. Däremot finns ett flertal regionala och lokala vårdprogram. Som allmänläkare och insatt i ämnet tar jag mig friheten att påstå att dessa till många och mycket är dikterade av gastroskoperande sjukhusspecialister och att de ofta skiljer sig från flertalet internationella rekommendationer [3] [4].

Det finns alltså flera skäl att belysa folksjukdomarna dyspepsi och reflux från ett primärvårdsperspektiv. Denna artikel kommer att belysa reflux, eller med en annan benämning; ”GERD”.

GERD – gastro esophageal reflux disease

GERD är en samlingsbenämning på all syrerelaterad matstrupssjukdom, således symtom med eller utan esofagit. Barrett's esofagus, se nedan, brukar inte räknas in under GERD, trots att det beror på samma sak. Med refluxsymtom menas symtom på gastroesofageal reflux; halsbränna/bröstbränna, sura uppstötningar, smärta/obehag lågt bakom bröstbenet eller i epigastriet som strålar uppåt bakom bröstbenet. Mer ovanliga och atypiska symtom kan vara hosta, heshet eller klump i halsen.

Esofagit

Esofagit är en skopiverifierad diagnos med synlig inflammation i matstrupen,

främst i dess nedre del. Esofagit graderas enligt Los Angeles esofagitklassifikation (LA) grad A–D. LA grad A är lindrigast med korta erosioner på en eller några slemhinneveck, och LA grad D värst med erosion omfattande minst 75 procent av matstrupens omkrets. Bortåt var tredje person med esofagit saknar refluxsymtom [5]! Av dem som söker i primärvården med refluxsymtom saknar cirka 60–70 procent esofagit vid gastroskopi [6]. Det är också dålig överensstämmelse mellan graden av symtom och graden av esofagit, förutom de allra värsta (LA D). Överensstämmelsen mellan refluxsymtom och 24-timmars pH-mätning är bättre. Striktur kan uppstå hos enstaka patienter med avancerad esofagit. Av de med esofagit får endast en till två procent utveckling av striktur efter mer än tio år [7].

NERD

Med icke erosiv refluxsjukdom eller NERD; ”non erosive reflux disease” menas besvärande refluxsymtom utan synlig esofagit vid gastroskopi.

Hiatusbräck

Hiatusbräck är ingen sjukdom, men ger lättare GERD.

Barrett's esofagus

Barrett's esofagus orsakas av gastroesofageal reflux och är en omvandling av matstrupens normala skivepitel till cylinderepitel, det ser rosa ut i gastroskopet. Diagnosen bekräftas histologiskt med fynd av körtelceller i biopsier, så kallad intestinal metaplasia, det vill säga ”tarmlika” körtelceller, inte ”magsäcklika” körtelceller. Det har dock föreslagits att även de senare ska räknas. Tillståndet kan i vissa fall utvecklas till dysplasi och i enstaka fall till adenocarcinom [8]. Mindre än fem procent av alla med esofagit utvecklar en Barrett's esofagus, och av personer med Barrett's esofagus får mindre än 0,5 procent per år adenocarcinom. Det är inte visat att man kan förhindra tumörutveckling med ”profylaktisk” behandling. Den kliniska betydelsen i övrigt av Barrett's esofagus är

inte klarlagd, men patienter med denna diagnos ska skötas av endoskopister.

Utredning

När refluxanamnesen är tydlig kan diagnosen GERD sättas kliniskt. Anamnesen har i praxis en acceptabel sensitivitet (”att hitta fall”) för GERD, bättre än gastroskopi och i paritet med 24-timmars pH-mätning [9] [3].

Patienter med alarmsymtom ska snarast gastroskoperas. Dysfagi; sväljningsbesvär, är ett absolut alarmsymtom. Viktnedgång och blödning/anemi skall även leda tanken till eventuell allvarlig matstrupssjukdom.

Gastroskopi rekommenderas vid följande tillstånd oavsett ålder:

- Sväljningssvårigheter (kardinalsymtom på striktur och cancer)
- Smärta vid måltidsintag
- Tecken till blödning (positiva F-Hb, anemi)
- Oklar eller atypisk symtombild
- Tveksam effekt av protonpumpshämmare, PPI, trots en till synes klassisk anamnes
- Refluxsymtom med kontinuerligt PPI-behov över den dos som rekommenderas i FASS (se under Behandling nedan)

Även 24-timmars pH-mätning kan i utvalda fall användas vid utredning i primärvården om ökad diagnostisk precision önskas, hos fall där symtombilden är oklar eller atypisk.

Behandling

Refluxsymtom är vanligt, upp till 40 procent av befolkningen har någon form av besvär någon gång, cirka 20 procent har någon form av refluxsymtom minst en gång per vecka, medan ungefär fem procent har dagliga besvär [5] [10]. För att ”besväret” ska klassas som ”sjukdom” och tarva behandling ska man inte bara ha symtom, utan även ha en signifikant påverkan på sin livskvalitet i form av att det påverkar vad man kan göra, äta, dricka eller att det påverkar sömnen [4]. Detta sammanfaller ungefär med att ha symtom flera gånger per vecka [11].

PPI har i de flesta fall utmärkt effekt på refluxsymtom. Även H₂-receptorblockerare (H₂-blockare) och antacida/motsvarande är tillfyllest för många. Många patienter har god nytta redan med ospecifik (placebo-) behandling. Det är inte visat att gastroskopi ger mindre PPI-förskrivning – snarare tvärtom!

Avseende icke farmakologisk behandling finns det visst vetenskapligt stöd främst för viktreduktion och rökstopp [12, 13].

Diagnostik av *Helicobacter Pylori* anses inte ha någon plats vid handläggning av rena refluxsymtom [14].

Kirurgi är sällan aktuellt. Man har blivit allt mer restriktiv eftersom operationen aldrig "kan vara ogjord", en del patienter får besvär efteråt av att inte kunna rapa och kräkas. Kirurgi är inte heller helt komplikationsfritt, det finns en låg men ändå mortalitet. Dessutom fungerar medicineringen oftast utmärkt även vid mångårig behandling. Tyvärr är det även så, att de som svarar dåligt på PPI därtill är dåliga operationskandidater. SBU finner ingen evidens för att kirurgi har någon fördel framför livslång PPI-behandling [2]. Inte desto mindre kan det vara aktuellt för unga högkonsumenter av PPI att få diskutera detta med en kirurg.

Striktur till följd av esofagit kan behandlas med vidgning via endoskop, samt med PPI som recidivprofylax.

För det stora flertalet patienter kan behandlingen med fördel styras utan endoskopi. Eftersom de allra flesta med terapikrävande symtom saknar synliga förändringar vid gastroskopi ger denna ingen ledning för behandlingen, utom för de få som har så avancerade symtom att de skoperas i alla fall. Det saknas även evidens för att screening med endoskopi vid refluxsymtom skulle vara kostnadseffektiv.

Rekommendationer

En patient som söker med refluxsymtom bör man noga fråga om han/hon är nöjd med förklaringen av symptomets etiologi, och i första hand låta patienten förbli utan aktiv behandling. Patienten bör få råd om egenvård och receptfri medicinering enligt "trappa ner" och "vid behov". Vid frekventa besvär med påverkan på livskvaliteten kan receptförskriven behandling komma i fråga. Även om anamnesen är tydlig blir diagnosen ännu säkrare av ett prompt svar på PPI-behandling. Man bör-

jar med "normaldos". Ibland praktiseras dock "PPI-test"; en kort kur på en eller maximalt två veckor med morgon- och kvällsdos (PPI på morgonen täcker inte hela natten), samt en utvärdering. Patienten ska svara prompt, det vill säga på några få dagar. Tar det längre tid ska diagnosen starkt ifrågasättas. Gastroskopi tillför sällan kliniskt relevant kunskap vid "okomplicerade" symtom oavsett ålder.

För att minimera risk för slentrianförskrivning av syrereducerande medel vid GERD är det viktigt att den som ger en förstgångsbehandling ("test"), även utvärderar effekten av densamma. Skopisten bör således överlåta till remitterande att initiera eventuell behandling, om inte skopisten på grund av tillståndets karaktär själv väljer att följa upp patienten. Det är omtvistat men möjligt att långtidskonsumtion av PPI ger "reboundeffekt", men av en två veckors testkur har man inte sett några sådana tendenser. Syrereducerande behandling kan antingen ges kontinuerligt, eller som "vid behov" medicinering. Efter symtomlindring med PPI rekommenderas nedtrappning av medicineringen till lägsta effektiva dos, lägsta effektiva medicineringsfrekvens och lägsta potens. Prova således även H₂-blockare och antacida. Målet är så litet medicinering som möjligt för adekvat symtomlindring. Dessutom brukar det rekommenderas att titta i "Kloka listan" för rekommenderat preparat för prisjämförelser inom varje grupp. Esomeprazol är ett "starkare" alternativ än "vanlig" PPI, men oftast är det en dosfråga när man får symtomlindring på "vanlig" PPI. Enstaka patienter, framför allt de med svår och en- vis esofagit, kan dock kräva esomeprazol.



Foto: Daphne Macris

Lars Agréus, professor i allmänmedicinsk gastroenterologi, Stockholm
lars.agreus@ki.se

Referenser:

- [1] Agréus L. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders. Eur J Surg. 1998;164 (Suppl 583):60-6.
- [2] Stael Von Holstein C, Agréus L, Engstrand L, et al. S. Dyspepsi och reflux - en systematisk översikt. SBU, 2007.
- [3] Dent J, Jones R, Kahrilas P, Talley NJ. Management of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. BMJ. 2001;322:344-7.
- [4] Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006 Aug;101:1900-20.
- [5] Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. Scand J Gastroenterol. 2005; 40:275-85.
- [6] Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, et al.. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. Scand J Gastroenterol. 1995;30:519-23.
- [7] McDougall NI, Johnston BT, Kee F, et al. Natural history of reflux oesophagitis: a 10 year follow up of its effect on patient symptomatology and quality of life. Gut. 1996;38:481-6.
- [8] Spechler SJ. Clinical practice. Barrett's Esophagus. N Engl J Med. 2002;346:836-42.
- [9] Klauser AG, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. Lancet. 1990;335:205-8.
- [10] Locke GR, Talley NJ, Fett SL, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology. 1997;112:1448-56.
- [11] Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. NJ, Agréus L. Gastro-oesophageal reflux symptoms and health-related quality of life in the adult general population--the Kalixanda study. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Jun 15;23:1725-33.
- [12] Nilsson M, Johnsen R, Ye W, et al. . Obesity and estrogen as risk factors for gastro-oesophageal reflux symptoms. Jama. 2003 Jul 2;290:66-72.
- [13] Nilsson M, Johnsen R, Ye W, et al. Life-style related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. Gut. 2004 Dec;53:1730-5.
- [14] The NICE report. Managing dyspepsia in adults in primary care, 2004. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG017/fullguideline.pdf>

ANNONS



Doktor i Nordnorge

Att vara distriktsläkare i Nordnorge är speciellt. Kanske mest för den nära patientkontakten och de många hembesöken. Men också en nyttig upplevelse för en distriktsläkare som jobbat den mesta tiden i storstad. Berättelserna skrevs i anslutning till ett knappt halvårs praktik i en liten ö-kommun långt upp i norr. Hade jag inte fått så fin hjälp från lokalbefolkningen och de anställda på Vårdcentralen vet jag inte hur det hade gått.

Norrskén

Klockan är halv två på natten, måsarna har äntligen tystnat och jag sover djupt. Då piper mobilen.

– Kom snabbt! ropar en kvinno-
röst.
– Jag tror han är död!

– Vart skall jag åka? frågar jag sömn-
drucket, vet inte riktigt var jag är.

– Jag ställer bilen på vägen med tända
ljus, det är ner mot Lillebukt, ropar kvin-
nan.

Jag vacklar upp och är snart på väg. Det
är stjärnklart och kyligt ute. Nätterna är

mörka sedan två veckor tillbaka. Bilen står
på vägen med helljuset på. Jag kör ner mot
det gamla tvåvåningshuset, det ligger på
en liten sluttning ner mot stranden. En
yngre kvinna rusar mot mig.

– Kom, kom, gå upp till honom, jag
tror tyvärr...

Trappan upp till andra våningen är
lodrät, som på en båt. Han ligger i säng-
en, stor och tung, fortfarande varm, med
huvudet vridet uppåt, bakåt. Jag känner
igen honom, han hade sökt förra veckan
med ont i bröstet, skickades in akut till
sjukhuset. Kom hem igår. Hjärtat. Det
gick fort. Han blev kanske sextio.

Jag hasar mig ner på bottenvåningen,
inne i kammaren sitter hans sambo och
kedjeröker och tittar stelt framför sig.

– Jag kan inte tro att det är sant, säger
hon sakta. Vi satt ju och tittade på TV
alldeles nyss...

Den andra kvinnan kommer in, det är
visst den dödes brorsdotter. Vi kommer
överens om att jag ringer begravningsby-
rån. Efter en halvtimme bromsar en bil in
på gården. En man och en kvinna stiger

ur, kvinnan haltar och håller en hand på
ryggen. Det är begravningsentreprenören
och hans fru, de har blomsteraffären mitt
emot skolan där jag bor.

– Han ligger där uppe, säger jag. Han
är ganska stor...

Mannen hivar sig upp och kommer ner
efter en stund. Jag är på väg att ge mig av.

– Ja, han är stor, säger han och tittar på
sin fru. Hon ser bedjande på mig.

– Vi hjälps åt, säger jag.

Efter en stund har vi spänt fast den
döde på en gammal läderbår. Vi tippa-
r långsamt den 120 kilo tunga kroppen ut-
för lejdaren, jag håller emot uppfifrån och
entreprenören baxar på nerifrån. Tappar
jag taget hamnar han rakt under båren.
Det stramar i ryggen, det är knappt jag
orkar. Det stora tunga huvudet slår fram
och tillbaka som en gammal kyrkklocka.
Äntligen är vi nere. Så ligger han där i hal-
len, den gamle sjömannen som berättade
så roliga vitsar och gillade att ta ett järn
på sena kvällen med sin sambo. Han ser
plötsligt väldigt fridfull ut. Så ropar hans
brorsdotter utifrån trappan: ►►

– Norrskén, kom!

Jag springer ut och ser hela himlen upplyst av ett präktigt norrskén, det första jag skådat. Över Årberg sveper ljuset bort mot Laukvik, det skiftar i form och storlek, gråvitt, pulserande. Så kommer, i tät följd, två stjärnfall, de störtar norrut, mot Eidem och Rossvik. Jag tycker jag hör den gamle snarka till därinne på golvet. Allt blir tätt, koncentrerat, överkligt, skrämmande och fridfullt.

Jag åker hem, det börjar ljusna.

Senare, vid lunchtid, får jag en blomsterbukett från entreprenörens fru. Ett litet kort är fäst vid buketten.

Jag tar en tugga av den stekta fisken och läser:

”Med tack från Laukviks begravningsbyrå.”

Valar!

Hon är tyska och heter Grete. Igår var hon på valsafari med sin familj. De tog en båt från Nyksund ihop med ett femtiotal turister. Sjön var grov. Efter en halvtimmes gång är de flesta passagerarna svårt sjösjuka. Italienare, fransmän, svenskar och engelsmän klamrar sig fast vid varandra på däck. Grete är en av de få som får behålla frukosten. Men det är halt och slipprigt ombord. Hon faller och skadar sitt högra ben. Vädret blir sämre, inga valar syns till och skepparen beslutar sig för att vända hemåt. Gretes man och barn är helt utslagna och hon får hjälpa sig själv så gott det går.

Dagen efter ringer hon mig på jouten och vill att jag ska titta på hennes ben. De bor i en liten stuga nere vid Solbergfjorden. Mannen ligger och dåsar på en soffa och Grete visar mig sitt knä. Det är svullet och rött, hon kan inte stå på benet.

– Du måste nog till sjukhuset, säger jag.

– Javisst, jag förstår, säger hon och tittar på yngste sonen. Han ligger på golvet och bläddrar i en bilderbok om Moby Dick...

Idyll

Många gamla häruppe bor ensamma i sina stugor. Barnen har rest söderut och är ofta den enda kontakten de har. Ibland ringer de, från Tromsö, Bodö, Bergen el-

ler Oslo, och vill ha hjälp med ett hembesök hos sin gamla förälder.

Sent på kvällen ringer en kvinna från Oslo, hon har sin gamla mamma här i Torsvåg. Hon är psykiskt sjuk och har en alkoholiserad sambo. Hon har ringt och bett sin dotter om hjälp. Sambon har krossat ett fönster i köket och hon själv mår inte bra. Hon vill ha dit en läkare, länsman vill hon absolut inte ringa.

Det är blåsig och regnigt ute, kvinnan bor i en liten stuga vid vägen nedanför Sörfjord. Det lyser i ett rum på bottenvåningen. Jag knackar på dörren. Inget svar. Efter en stund öppnar kvinnan, hon är liten och knotig, skriker och gormar och ber mig försvinna därför. Hon lugnar ner sig efter en stund och släpper in mig. I rummet innanför köket sitter en man, han gungar fram och tillbaka på en gammal stol och har blod på händerna. En ruta är krossad och atlantvinden sveper in i rummet. Kvinnan börjar skrika igen, tar ut sina tandproteser och kastar dem mot mig. Jag funderar på att ge mig av eller ringa efter polisen, men mannen reser sig nu upp och vacklar fram mot mig. Han är kraftigt berusad och ber om hjälp med sina händer. Jag tvättar rent och förbinder sårén, det är inget som behöver sys. Börjar känna mig ruggig till mods, kvinnan jobbar upp sin mani igen och går inte att tala med. Jag beslutar mig för att återvända hem.

Dagen därpå besöker jag kvinnan med Åse, den psykiatriska ”sykeplejen”. Hon är då ännu sämre och kommer senare samma dag in på kliniken i Bodö. Hennes sambo ser jag inte röken av. Ute på gården ligger sängkläder, köksföremål och annat bråte som den arma kvinnan kastat ut genom fönstret.

Bara kör!

Det är första kvällen jag har jour. Känner mig minst sagt osäker och har ännu ingen bra uppfattning om kommunens geografi.

Det ringer strax efter tolv. En mansröst ropar på dialekt:

- Kona min e syk, kom hit!
- Var bor du? frågar jag.
- Bare kör rakt ut! ropar han.
- Åt vilket håll? Mot Sletta?

– Bare kör, bare kör rakt ut! Mot Leirvåg!

Jag tittar på kartan, hittar inget Leirvåg. Ber så mannen ringa kommunens vaktcentral, som i sin tur får ge mig en vägbeskrivning. Jag får fatt i en av tjejeerna på centralen, hon förklarar vägen, jag tror jag förstår och ger mig av.

Efter några kilometer ringer jag vaktcentralen igen, får en ny vägbeskrivning, jag tror jag är rätt, går in i ett hus (här är alla hus olåsta på natten) men hör bara tunga lugna snarkningar inifrån. Måste rimligen vara fel. Försöker ringa centralen igen, men nu fungerar inte mobilen, det är dålig täckning i detta område. Börjar känna mig desperat, kör vidare en stund och får så kontakt igen. Jag ber dem skicka en ambulans och efter en stund kommer Todhe och Åslög dundrande i den stora röda Forden.

– Kör efter oss, ropar Åslög.

Vi kör åt ett helt annat håll, tar av från ”stora” vägen och kör ner mot fjorden på en slingrande stig. Längst nere vid strandkanten ligger ett litet hus och vi är framme.

Inne i kammaren finns två sängar. I den ena ligger en gammal man och kedjeröker, han kastar fimparna i en till brädden fylld potta som står på en hylla bakom honom. Han pekar med tummen mot den andra sängen, här ligger ”kona hans”, hon har frossa och hög feber. Vi pratar vid en stund, jag får undersöka henne. Troligen lunginflammation. Bakom mig fräser det i pottan och gubben grymtar. Jack står ute i hallen och håller en näsduk för ansiktet.

– Ska vi köra in henne? frågar han.



Kristian Svenberg

Lärjedalens Vårdcentral, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

ANNONS

Allan – sjukvård på gott eller ont

Allan är en gift gentleman i sina bästa år som varit frisk under årens lopp. De två barnen har flyttat och umgänget har väl avtagit med ålderns rätt. Antagligen har det trots allt blivit några besök hos verksläkaren eller kanske på lasarettet ändå, eftersom han sedan många år står på Levaxin och Behepan. Är det sista en allmän prevention, eller ett riktat behandlingsförsök mot en lättare polyneuropati i benen? Recepten förnyas, oftast per telefon av olika läkare.

I primärvården får vi ofta ta över gamla behandlingar där ett efterforskande av källor och dokumentation är orealistiskt eller omöjligt. Då gäller det att pragmatiskt välja förhållningssätt och inte slösa resurser på omöjliga utredningar, eller utsätta patienten för riskabla utsättningsförsök. Att leva med osäkerheten är en del av den allmänmedicinska vardagen.

Besöken på vårdcentralen har alltså varit sporadiska under årens lopp, varför man kanske kan säga att "hälsan är god på grund av bristfällig undersökning", men för fem år sedan, straxt efter 80-årsdagen, genomgick ändå Allan en höftplastik utan komplikationer, så man får väl anta att en basal utredning då åtminstone inte visade på något alarmerande blodtryck. Hur som helst är Allan nöjd och mår bra.

Nu söker Allan med yrsel och huvudvärk efter att ha flyttat till "stan" och fått närmare till distriktssköterskan och hemtjänsten, eftersom frun är sjuklig och behöver hjälp. Man har uppmätt ett blodtryck på 185/105. En kroppsun- dersökning är utan anmärkning, men yrseln är oroande och föranleder en CT-skalle. Denna visar atherosclerotiska små förändringar och sammantaget försöker man behandla det höga trycket med Salures. Det mesta sker via distriktssköterskan, eftersom Allan inte är så rörlig och inte vill lämna sin nu rätt sjuka hustru. Efter insättandet av Salures blir yrseln än värre. Nu svajar han och det svartnar när han reser sig från bordet eller från

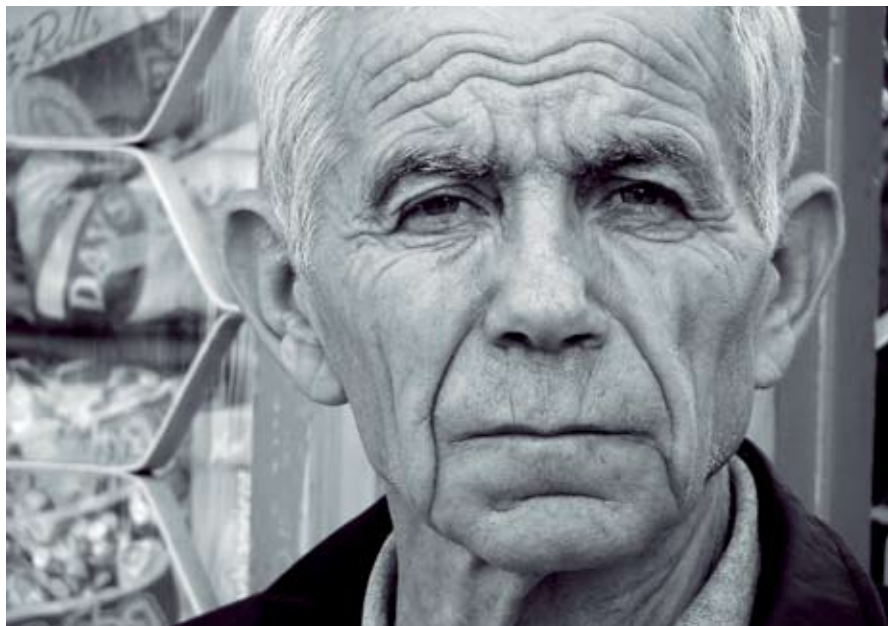


Foto: Nick Bobby

sängen. Vi måste sätta ut preparatet, och Allan vill inte gärna pröva något annat nu när besvären blivit bättre. Blodtrycket håller sig på ca 170/95.

Hur omfattande provtagning och hur många resor ska man utsätta en gammal människa för? Symtomgivande hypertoni bör nog behandlas långt upp i ålderna, men vad gör man när patienten inte vill vara med längre?

Tiden går. Ett par år senare avlider hustrun och Allan blir ensam. Hemtjänsten fungerar fint och "flickorna" ser till honom och hjälper till så bra. Ändå är han ledsen och nedstämd. Flickorna är oroliga och kan inte trösta honom, och de har ju hört att det finns mediciner mot depressioner. Efter ett läkarbesök så överenskomms ändå om lite SSRI, att utvärderas av sköterskan. Jo, nog blev det lite bättre, men inte kan tabletten uppväga ensamheten. Allan sitter mest hemma.

En mycket stor grupp åldringar uppfyller kriterierna för depression, där ensamhet och passivitet är viktiga utlösande orsaker. Kan man undvika att sätta in mediciner, när hemtjänsten inte kan erbjuda mer?

Kan det vara ensamheten? En söndagkväll något år senare, kniper det i bröstet, och Allan far in till sjukhuset. Som tur är finns en sängplats, så han får övernatta, och "de" sa att allt var bra. Ingen anledning att störa vare sig distriktsläkaren eller sköterskan alltså, de har ju så mycket att göra. Livet går vidare.

Vart vänder man sig en helg eller en natt när ensamheten och värken tränger på? Vad gör nattpatrullen när patienten ringer? Om man inte kan lita på att tillgängligheten i morgon bitti är god, så är det väl bäst att åka till STORA SJUKHUSET?

Några veckor senare är det dags igen. På natten far Allan in. Nu ser man visst något på EKG:t och episoden kallas för "kärlkramp". Allan stannar på sjukhuset ett par dygn och insätts på både kort- och långverkande nitro, blodtrycksmedicin och värktabletter mot den värkande höften. En epikris till vårdcentralen för uppföljning, och sköterskan inser snabbt att det blir besvärligt att fortsätta dela i dosetten, utan vill ha Edos med de numera rätt många pillren.

Allan är ganska trött och ligger mest. Han äter när flickorna sätter fram ma-

ten och tabletterna, och bryr sig inte så mycket.

”Hur mår Allan egentligen? Det är nog bäst att vi bokar en tid”, tycker läkaren. ”Sist han fick blodtrycksmediciner blev han ju så yr. Det verkar vara rätt mycket mediciner ändå”. Allan får en tid. Det brådskar väl ändå inte. Allan verkar inte bry sig, och personalen tycker nog mest att distriktsläkaren krånglar. Alan fick ju medicinerna på sjukhuset!

Kort vårdtid på sjukhuset, vad gör man inte för att få hem patienten? Snabbt in med maximal medicinerings enligt vårdprogram, utan att kolla tidigare erfarenheter? Hur kan man undvika detta? Kan man anklagas för överbehandling – underbehandling är det lätt att få en prick för!

Två veckor senare – dagen innan läkarbesöket – faller Allan på toaletten mitt i natten. Han blir liggande ett tag, men personalen hittar honom på morgonen och tar honom till akuten. Han har brutit lårbenet och blir liggande. Så småningom överförs han till sjukhemmet utan att kunna stå på benen mer och ganska förvirrad. Han fick använda sina ben i 90 år.

Det värsta en gamling kan råka ut för är ofta att bryta lårbenet. Livsfarligt och integritetsshotande. Ändå ger vi SSRI med yrsel och urkalkning som erkänd biverkan, och sänker blodtrycket snabbt och resolut, utan att aktivt ge patienten chans att delta i besluten?

Har vi behandlat Allan korrekt? Har sjukvården fungerat till det bästa? I vad har vi hjälpt och i vad har vi stjälpt Allan? De få besöken på vårdcentralen har skett hos samma läkare och distriktssköterskan är nästan densamma också. Det är svårt att få tid till doktorn, och hembesök är inte att tänka på – om inte annat så är de för dyra för Allan. Ett par snabba inläggningar och ”tung” medicinerings från akuten. Alla gör så gott de kan. Eller hur ska vi behandla våra gamla?

Robert Svartholm, Björknäs VC Boden
polarull.svartholm@telia.com

Genom SIL satsar landstingen gemensamt på snabb läkemedelsinformation



SIL – Svensk informationsdatabas för Läkemedel – är en databas med samlad kvalitetssäkrad läkemedelsinformation som bland annat innehåller NPL (Nationellt Produktregister för Läkemedel), interaktioner, landstingens rekommenderade listor och FASS-texter. SIL blir tillgängligt via journalsystemet vilket innebär att man som förskrivare har samlad läkemedelsinformation vid patientmötet.

Läkare i allt fler landsting har nu börjat använda SIL. Pionjärer var Landstinget i Jönköpings län där distriktsläkare Peter Johansson på Rosenhälsan konstaterar att han sedan SIL kom in i bilden hinner med ytterligare tre patienter per vecka.

– Genom SIL har jag all den läkemedelsinformation jag behöver samlad via mitt journalsystem Medidoc. Jag får samtidigt information om exempelvis dosering, interaktioner och biverkningar utan att behöva leta på flera ställen. Detta sparar tid, men det känns framförallt tryggt för mig som läkare att ha ett bättre underlag för mina läkemedelsförskrivningar.

Peter får medhåll av Anders Nilsson, distriktsläkare och SILs medicinska rådgivare.

– Som patient kan man känna sig extra trygg om man får ett recept av en läkare som arbetar i SIL eftersom förskrivningen har kontrollerats ur flera perspektiv. Det finns även en ekonomisk aspekt för mig som läkare att använda SIL. Allt tyder också på att enskilda mottagningar nu kommer att få ett ökat ekonomiskt ansvar för sina läkemedelsförskrivningar. Här ser jag

SIL som ett värdefullt instrument som underlättar för mig att göra medicinskt och ekonomiskt försvarbara förskrivningar.

SIL online

– SIL även utan journalsystem

I väntan på att SIL ska bli tillgängligt via alla journalsystem, kan du redan nu få tillgång till delar av SILs läkemedelsinformation direkt på webben. SIL online ger en tydlig överblick över basal läkemedelsinformation inklusive landstingens rekommendationer med indikation i första, andra och tredje hand, utbytbarhet och förmånsinformation.

Så får du tillgång till SIL online

Gå in på SILs hemsida www.silinfo.se så hittar du snabbt länken. Behöver du hjälp, kontakta oss på support@silinfo.se

SIL i allt fler landsting

I takt med att fler systemleverantörer integrerar SIL i sina journaler, blir SIL tillgängligt i allt fler landsting. Alla landsting med Medidoc journal är nu uppkopplade mot SIL. Även PMOs läkemedelsmodul är nu i drift. Under året kommer SIL att bli tillgängligt via ytterligare journalsystem däribland VAS, Cambio Cosmic, Swedestar och System Cross.

Lucienne Fredriksson

SIL – Svensk Informationsdatabas för Läkemedel

SIL är en landstingsgemensam databas med kvalitetssäkrad läkemedelsinformation som gradvis kommer att bli tillgänglig för alla förskrivare oavsett ort och journalsystem. SIL ägs och finansieras av Sveriges samtliga landsting, regioner samt Gotlands kommun. Arbetet med SIL tog sin början 2004 och kommer under 2008 att övergå från projekt till förvaltning med organisatorisk hemvist hos Sjukvårdsrådgivningen AB.

ANNONS

"Det krävs nog ett visst mått av lugn"

Samtal med Sven-Eric Liedman om allmänmedicinen, läkarrollen och kunskapen

Christer Petersson (CP): Det är höst med snåla vindar över Gotland. Jag sitter centralt i Visby inför SFAMs höstmöte tillsammans med Sven-Eric Liedman, som är professor emeritus i idéhistoria i Göteborg. Imorgon ska han inledningstala om *Frihet och Solidaritet*. Idag tänkte jag tänkte prata lite med dig S-E om läkarrollen och då i synnerhet allmänläkarrollen. Jag hittade en artikel av dig i *Ord och Bild* från 1975. Där skriver du om läkaren som naturvetenskapsman å ena sidan och som prästerlig å andra sidan. Tycker du fortfarande att de begreppen är användbara?

Sven-Eric Liedman (SEL): Prästerliga är kanske lite svårt att säga. Det man kan se som ett problem idag är att så många relationer människor emellan blir af-färsmässiga, att just den mänskliga relationen som bar upp auktoriteten; först prästen och sedan läkaren, möjligen håller på att förändras eller kanske snarare försvinna, eller får svårare att hävda sig därför att så många relationer blir kundrelationer, medan det hos läkaren i den klassiska tiden i slutet av 1800 och långt in på 1900-talet fanns just det själslörjande draget, alltså auktoriteten som kunde säga något om mitt liv, hur jag bör leva mitt liv, vad jag gör för fel, varför mina värden ser ut som dom gör och så vidare. Jag kan väl säga att där den personliga relationen finns kvar, det är ju när man går till samma läkare som jag själv gör en gång om året. Det är väldigt behagligt därför att denna läkare vet ganska mycket om en. Det behöver inte vara någon djupt personlig relation, men det är i alla fall just detta att det är en person som känner en och som man själv känner.



Foto: Staffan Olsson

Sven-Erik Liedman

Det kliniska omdömet och den mänskliga klokheten

CP: Jag läste nyligen en bok av en författare som heter Kathryn Montgomery. Boken heter *How doctors think* och handlar om *clinical judgement*. Hennes grundtes är att det kliniska omdömet har ganska lite med vetenskap i positivistisk mening att göra. Den finns med i bilden, men sammanvävd med en mängd andra typer av kunskap. Kan det stämma?

SEL: Jo, men det tror jag. Om jag går tillbaka till min upplevelse av den där läkaren som kallade mig Knäet, så var det så att han remitterade mig omedelbart till sjukgymnastik efter operationen. Jag fick träffa en sjukgymnast som uppenbarligen var mänskligt väldigt skicklig. Jag var ju ganska så dyster. Jag hade varit en sådan där som joggat mycket och när det visade sig att jag hade förslitningar i knäet bestämde jag att nu får jag sluta springa, men så kom jag till henne. Hon hade i hög grad förmågan att göra så att man på något vis fick tilltro till att det skall kunna bli bra, vilket det ju också blev. Inte så att jag någonsin har sprungit mer, men ändå.



Foto: Mats Samuelsson

Christer Petersson

CP: Och hennes hemlighet var?

SEL: Hon hade förstås en professionell kunskap om hur man får igång muskulaturen kring ett sådant knä, men det var väldigt mycket det att hon rent mänskligt ingav förtroende.

CP: Är det ett exempel på Aristoteles phronesis?

SEL: Ja, det måste det vara, alltså en slags klokhet, den mänskliga klokheten, som självklart innefattar den professionella sidan, men den är inte nog. Över huvudet taget detta att läkaren eller sjukgymnasten kan ge människor en föreställning, en rimlig diagnos, som säger något om hur pass besvärligt tillståndet är, men också anvisar någon väg ut är avgörande. Hoppet är det sista som överger människan och det är viktigt också när det gäller något så pass externt som ett knä.

CP: Du fick förtroende för sjukgymnasten kanske bland annat därför att du tänker att hon säkert har sett många sådana här knän och vet lite hur det brukar gå för dom. Den engelske författaren John Berger har skrivit en ►►

ANNONS

väldigt fin bok om allmänläkaren Dr Sassel – *A fortunate man*. När dr Sassel kom till en döende patient fanns det för patienten själv och för anhöriga en trygghet i detta att de visste att han har sett så många döda och så många döende. Hans blotta närvaro skapade en trygghet i sjukrummet.

Generalist och individspecialist

CP: Det ligger på något sätt i begreppet allmänmedicinare att vi i grunden är generalister, men vi är ju också en egen specialitet. Det där ställer till en del begreppsproblem och i våra kretsar har det förts en livlig diskussion om hur man ska beskriva vår specialitet. Det starkaste budet är att man som allmänmedicinare är specialist på individen.

SEL: På hela individen?

CP: Ja, på individen som finns framför oss i undersökningsrummet.

SEL: Inte bara på knäet?

CP: Nej inte bara på knäet, utan på just denna fru Andersson. Vad säger du om det?

SEL: På ett sätt så är det ju lite grand drömmen om prästordningen, inte sant?

CP: Det kanske man kan säga.

SEL: Det är det ju, men jag kan inte säga att jag tycker att det är på något sätt motbjudande utan tvärtom. Om man ska kalla det specialitet, det vet jag inte. Specialitet betyder ju att det har någon slags exklusivitet i sig. Det är ett arbets- och kompetensområde som sammanfaller och det säger att det är bara vi som kan just detta och så vidare. Det som för mig framstår som det viktiga är ju att allmänläkarna å ena sidan har den här bredden och kan bedöma olika tillstånd, men samtidigt att dom har en klokhet och erfarenhet i vad de gör. Men om specialitet är det bästa beteckningen? Har det inte mest med statusen i begreppet att göra?

CP: Jo, kanske, och just därför så famlar vi efter ett innehåll i begreppet, ett område där vi kan säga att här är vi bättre än någon annan. Jag har själv varit ganska entusiastisk till begreppet "individspecialitet", samtidigt som jag har varit tveksam därför att det kan bli väldigt anspråksfullt att säga sig vara specialist på fru Andersson. Det är kanske att gå ett steg för långt, därför att det till slut ändå är fru Andersson själv som bestämmer hur mycket hon delar med sig till sin doktor?

SEL: Jo, det är klart. Hon måste ju ha ett förtroende. Det är just detta att det är en förtroenderelation som jag tycker är så viktig. Detta att väl fungerande samhällen bygger på förtroenden, att man litar på varandra och det är avgörande

"Hoppet är det sista som överger människan och det är viktigt också när det gäller något så pass externt som ett knä."

i den relationen. Då kan man se att det krävs vissa rent personliga egenskaper hos allmänläkaren för att hon eller han verkligen skall inge förtroende. Det kräver nog ett visst mått av lugn, att läkaren har någon slags trygghet i sig själv.

Varför är doktorer så olyckliga?

CP: Det skrivs en hel del om den problematiska läkarrollen. BMJ hade för några år sedan en editorial under rubriken. *Why are doctors so unhappy?* Trenden fanns dokumenterad i en rad olika länder med ökade sjukskrivningar, missbruk, självmord om jag minns rätt. Tror du att det finns några förändringar i samhället eller i vården som skulle kunna ligga bakom en sådan utveckling; alltså att man som läkare inte riktigt trivs i vården?

SEL: Jag kan föreställa mig att detta att vara en lyckad specialist, på ett sätt är djupt tillfredsställande därför att man

får en viss typ av aktning av patienter och kollegor, men att det samtidigt är en sådan stor stress. Och allmänläkaren har ju ett oerhört ansvar. Inte sant? Jag menar att ha någon slags koll på hela fru Andersson. Jag kan tänka mig att det finns en annan typ av stress i detta, troligen större. Den djupare anledningen till vantrivseln tror jag är just detta att mänskliga relationer förytligas så mycket. En annan orsak kan vara att de flesta yrkeskategorier underkastas mycket mer kontroll än någonsin tidigare. Man skall fylla i formulär av alla möjliga slag. Läkare har ju vad jag förstår en oändlig massa plikter att visa upp resultat av behandlingar, ja, nästan av varje enskild konsultation. Just den här möjligheten att kontrollera allting måste ju innebära en stor stress?

CP: Visst, och jag tror att den utvecklingen är väldigt entydig. Man strävar efter mätbarhet på alla möjliga nivåer.

SEL: Jag läste i Göteborgs-Posten om olika vårdcentraler i Göteborg och vad dom presterade, hur många patienter man klarade av på en viss tid. Den vårdcentral i Masthugget dit jag går låg inte alls i topp. Det råkade vara just min allmänläkare som fick svara på frågan varför det är så få patienter, men han kunde inte ge det självklara svaret att vi kanske ägnar större uppmärksamhet åt våra patienter. Idealet tycks vara någon slags maskinmässig avpollettering av patienter. Det måste vara otroligt stressande att ha en sådan press på sig, och dessutom vara tvingad att göra relationerna till patienterna mycket ytligare, tristare, mindre tillfredsställande.

CP: Nästa steg i den utvecklingen är ju att man nu också kommer att lägga ut hur våra värden ser ut i en diabetespopulation, till exempel hur stor andel av diabetikerna vid vårdcentralen på Masthugget som ligger under rekommenderade 6,0 i HbA_{1c}, och då kan du jämföra med vårdcentralen i Majorna exempelvis. Så att du kanske ska byta dit istället. Konkurrenstänkandet ligger inte sällan i botten på kvalitetstänkandet. ►►

SEL: Man ser på det precis som om man skulle byta teleoperatör. Jag tycker det är så bedrägligt, detta med pseudovalen som man hela tiden ställs inför! Att man ska söka den största möjliga effektiviteten inom alla områden. Människor tycks ju kunna disciplinera sig till detta att välja den billigaste elleverantören, teleoperatören och kanske till och med den vårdcentral där dom har de bästa värdena i något avseende. Den riktiga valfriheten är ju friheten att välja sina val. Vad är det jag vill välja, vad är det jag vill lägga ner min själ i? Livet är ett antal val, men de är begränsade. Om jag hela tiden ska känna mig tvingad att välja pensionsfonder och allt möjligt sådant hinner jag knappast något annat. Jag känner ganska få människor som aktivt håller på och väljer pensionsfonder. Om alla ger sig in i det spelet blir belöningen inte lika god för dom som ger sig in. Och det är likadant om man ska jämföra vårdcentralers resultat. Plötsligt blir Majornas vårdcentral fullständigt överbelastad av diabetiker.

CP: Och då blir kanske resultaten inte så goda längre?

Rationalitet och förnuft

SEL: Alla vill väl ha en behandling som är evidensbaserad, men om det bara blir rent mekaniskt; alltså nu finns det evidens för detta, ja, då kan vi snabbt och rationellt genomföra detta överallt!

CP: Vi är eniga om att evidensbaserad medicin är nödvändig, men det finns ett komplementärt begrepp som används ibland: Jag tänker på *narrative based medicine*, där man upphöjer berättelsen och samtalet till något mycket viktigt för såväl diagnos, prognos och behandling.

SEL: Javisst, sådant som tar tid! Det blir alltså inte rationellt i den meningen, som jag tänkte på i slutet av den där artikeln vi har talat om?

CP: Och då kanske du måste vidga rationalitetsbegreppet? Skulle du rentav kunna föreslå ett överordnat rationalitetsbegrepp inom sjukvården?

SEL: Georg Henrik von Wright skriver i någon av de sena böckerna om detta, troligen i *Vetenskapen och förnuftet*. Där gör han skillnad mellan *rational* och *reasonable* som jag tycker är en mycket bra distinktion. På svenska kan man säga rationell och förnuftig. Det tycker jag täcker det hela ganska bra, alltså just det här att det finns en massa saker som är rationella men inte särskilt förnuftiga. Och just *reasonable* har en mycket bra svensk motsvarighet, som man hör mer sällan nu; detta att vara resonabel.

CP: Och då närmar du dig sådant som har med kloka bedömningar att göra.

SEL: Javisst, *reasonable* bör alltså vara det överordnade!

"Jag tycker det är så bedrägligt, detta med pseudovalen som man hela tiden ställs inför!"

CP: I din bok – *Ett oändligt äventyr* – uppfattar jag att du är starkt kritisk till alla anspråk på vetenskaplig reduktionism. Du talar för att man uppfattar varje fenomen i tillvaron på dess egna villkor. Musik kan inte översättas i ord, poesi kan inte reduceras till vetenskapliga ut-sagor, utan att förlora själva kärnan osv. Det är väl rätt uppfattat?

SEL: Visst, visst, visst.

CP: Och det kan man väl säga fortfarande är förnuftigt att hävda?

SEL: Ja, det kan man säga. Det är förnuftigt att se att det finns saker som är omöjliga att utsäga helt enkelt.

CP: Och som ändå har betydelse?

SEL: Javisst!

Tyst kunskap

CP: I boken var du också inne på tyst kunskap och du gjorde en oerhört viktig

distinktion mellan kunskap som har tystnat och sådan som är genuint tyst. Visst var det så?

SEL: Javisst, oh ja! Den tysta kunskapen är ofta den rent sinnliga kunskapen, man känner igen ansikten till exempel som sedan är omöjliga att beskriva, därför att du på beskrivningen alltid kan förväxla det med något annat ansikte, medan däremot igenkännandet är omedelbart och självklart. Men kunskap som har tystnat är ju det att vi först mödosamt har lärt oss och sedan när vi kan det, blir så självklart att vi utför det till synes automatiskt. Det blir som en andra natur. Vi behöver aldrig reflektera.

CP: Att känna igen mönster, *pattern recognition*, är väl ett exempel både på sinneskunskap och sådant som man lärt sig av erfarenheten och som med ökad erfarenhet blir självklar, tyst kunskap?

SEL: Det är klart och vi talar då om ganska komplexa mönster. Alla känner ju igen ett rutmönster exempelvis, men att känna igen ett mönster där just den där personen passar, alltså att känna igen den sortens människor som har levt en viss typ av liv, en människa som har en viss typ av problem...

CP: Ja, just detta att kunna uppfatta den typen av väldigt svårfångade mönster eller kvaliteter tror jag är väldigt viktigt, men på mottagningen gör jag ibland lite väl snabbt en bedömning av den patient som sitter framför mig. Det finns någon slags vibrationer, det finns hållningen, sättet att röra sig och tala som gör att dom hamnar i ett fack, som jag sedan, med viss möda kanske måste ta mig ur, eftersom det visade sig att jag tog fel. Mitt mönsterseende kan bedra mig och leda till felklassifikation!

SEL: Precis, men det är väl fullständigt allmänmänskligt att döma hunden efter håren!?

CP: Och därför är det förstås viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt också till de "omedelbara" kunskapsformerna som intuition, tyst kunskap med mera.

En humanistisk medicin

CP: Medicinen är i grunden ett humanistiskt projekt. Om så inte vore fallet hade den väl kort sagt inget berättigande?

SEL: Nej, då kunde det vara som att serva bilar eller vad som helst.

CP: Tror du som humanist att man skulle kunna utveckla och förstärka det humanistiska draget i läkarutbildningen?

SEL: Det är en oerhört svår fråga. Det finns ju en del viktiga allmänna saker som man bör ha in. Sådant som har mycket att göra med det vi har talat om nu, exempelvis begreppet klokhet som inte kan reduceras till rationalitet. Det ligger närmre förnuftet eller *reason*. Och det är viktigt att man inte bara lär känna kropp och sjukdomar på det här rationella, vetenskapliga, evidensbaserade sättet. Man måste också utveckla någon sorts skicklighet i att hantera mänskliga sammanhang. Att få in detta är svårt, eftersom det också finns så mycket annat som ska in. I läkarutbildningen måste man lära sig att ställa en mängd diagnoser korrekt utifrån den tydliga evidens som finns. Men det finns också någonting annat. Jag vågar inte säga om det möjligen krävs en erfarenhet som ligger efter utbildningen, för att detta ska vara riktigt meningsfullt att föra in. Berättelser av olika slag kan säkert vara viktiga. Hur de ska se ut är svårare att säga. Överhuvudtaget är det viktigt att ha ett rikt språk som inte bara är ett fackspråk.

CP: Och då kanske också skönlitteraturen kan spela en roll?

SEL: Javisst! Just detta att man har tillgång till ett rikt mänskligt språk, och inte bara namnet på en massa tillstånd och sjukdomar på latin och svenska. Man måste ha ett språk så att man kan kommunicera med människor, och naturligtvis anpassa det till de olika typer av människor man möter.

CP: I narratologin skiljer man mellan annaler och berättelser. Annaler är ett

uppräknande av händelser, medan berättelsen skapar ett sammanhang. I den medicinska utbildningen serveras man många uppräknningar och kausalsamband, men få meningssammanhang.

SEL: Javisst, man får liksom ett antal tillstånd, medan berättelsen är någonting annat. Den kan ge en slags människokunskap, men annars är det väl så att en grundutbildning inte kan ge den typ av människokunskap vi talar om. Den kan man bara få i yrkesutövningen och den bygger på en samlad erfarenhet. Och för att en ung människa ska komma i kontakt med denna erfarenhet, är det bäst att gå via dom som är erfarna eller som har skrivit om denna erfarenhet, kanske inte direkt i syfte att upplysa blivande läkare, utan mera allmänmänskligt. Jag kan tänka mig att detta blir viktigare och viktigare i en utbildning av det här slaget.

CP: Aristoteles skriver någonstans i *Den Nichomachiska etiken* att en ung man mycket väl kan ha en matematisk visdom, jag tror att han använder just begreppet visdom, men han kan aldrig ha phronesis, alltså praktisk klokhet. För det krävs en erfarenhet, som den unge mannen inte har.

SEL: Oj, oj – visst! Jag tror att det är vissa typer av kunskaper som man kan utveckla väldigt tidigt, speciellt inom just matematiken, men att det är något helt annat med den typ av verksamheter som både du och jag har. Där blir det, upp till en viss ålder möjligtvis, bara bättre med tiden.

Vi blir kanske bara bättre med åren! Med dom trösterika orden från professor Liedman avslutar vi samtalet och vandrar till den stärkande kvällsbuffén vid stranden av ett stormigt oktoberhav.

Christer Petersson,
VC Strandbjörket, Växjö
Christer.petersson@ltkronoberg.se

ANNONS

Full Fart Framåt

– en återblick på ST-dagarna 2008

Tiden går fort och SFAMs ST-dagar 2008 rusade förbi i expressfart. Under ett års tid har vi i ST-gruppen i Norrbotten förberett oss för dessa tre dagar i januari–februari. Ett år av förväntningar, förhoppningar och längtan efter det som komma skulle. Men också ett år med möjlighet att fördjupa kunskaperna i den allmänmedicinska specialiteten och knyta kontakter med erfarna kollegor runt om i landet.

Förarbetet övergick under januari månad i en form av organiserat kaos, precis som sig bör vid denna typ av arrangemang. Man är dum om man tror att allt skall flyta på enligt planerna, det gör det inte. Utmaningen ligger istället i att hitta lösningar på de problem som uppstår. Som till exempel när Ylva Johansson (s) på grund av flygplanshaveri satt fast på Arlanda utan möjlighet att komma upp på den paneldebatt som planerats in på fredagen. Vilken tur då att Norrbottens eget landstingsråd Kent Ögren (s) ”råkade” befinna sig på havsbadet för ett möte, och med kort varsel tackade ja till att hoppa in som ersättare. Med en panel bestående av SFAMs ordförande Annika Eklund-Grönberg, Wonca Europas vicepresident Meta Wiborgh, ST-rådets ordförande Pontus Stange, Socialutskottets ordförande Kenneth Johansson (c) samt ovan nämnda Kent Ögren, blev resultatet en diskussion om framtidens primärvård, som möjligen var lite mer förankrad i vårt dagliga arbete.

Flera viktiga frågor lyftes, vreds och vändes på. Vart tog pengarna som satsades i husläkarreformen vägen? Hur går det med de olika världvalmodellerna? Annika inledde hela diskussionen med att klargöra för alla vad som kännetecknar en generalist, och varför det är viktigt för samhället i allmänhet och vården i syn-



Ballongsdjursproduktion



Norrbottens järnladies –
Meta Wiborgh & Maria Truedsson

Foton: Samuel Blomqvist

nerhet med generalister i första linjens sjukvård. Efter en lång diskussion om primärvård i offentlig eller privat drift samt vilken specialitet som egentligen är svårast, fick Pontus Stange ett utbrott i frustration och gjorde ett upprop om bättre självkänsla i allmänläkarkåren, och att vi skall sluta bete oss och snacka som om vi är förlorare. Något som väckte både skratt och applåder från publiken och panelen.

De flesta ST-läkare i länet har på ett eller annat sätt bidragit till det helhetsintryck konferensen gav. Vi bestämde oss tidigt för att det var viktigt att skapa en känsla av delaktighet och värme redan från det att våra gäster anlände. Våra bussvärdar som mötte upp delegaterna runt om på flygplatser och tågstationer gjorde detta möjligt! Denna känsla stannade sedan kvar under alla tre dagarna och inramades av torsdagseftermiddagen, då Norrbotten verkligen visade sig från sin vackraste sida. Strålände solsken, gnistrande snö och fem minusgrader. Ljudet av 40 skotrar som puttrade iväg från havsbadet som ett långt tuff-tuff-tåg, isbrytaren lämnade långsamt kajen med ett krasande ljud när den plöjde fram genom den tunna isen och från is-gocart-banan hördes skratt och stöj.

Varför är då ST-dagarna så viktiga? Konferensen hade i år lockat 350 deltagare, de flesta var ST-läkare men här fanns också en del AT-läkare från Norrbotten. Det är närmare en tredjedel av Sveriges alla ST-läkare i allmänmedicin. Tillsammans fick vi lyssna på inspirerande talare som Christer Andersson som inledningstalade och berättade om livet för lappdoktorn i Arjeplog, samt om spännande forskning på porfyri inom primärvården. Därefter följde Carl Edvard Rudebeck som filosoferade kring begreppen sjukdom och friskhet, Helge Lannerbäck (operasångare) som talade om konstens betydelse i läkningsprocessen samt Jan Håkansson och Anders Hernborg som berörde frågan om vad som är en rimlig praxis i hjärtsjukvård. Alla lyfte de viktiga allmänmedicinska frågor som vi själva måste vara delaktiga i att ställa, för ingen annan kommer att göra det åt oss. Dessa frågor kom att under tre dagar diskuteras, stötas och blötas för att så förhoppningsvis så småningom sjunka in i medvetandet, och lägga grunden till en allmänmedicinsk trygghet och identitet.

Onsdagens och torsdagens seminarier var tänkta att zooma in på frågeställningar av mer praktisk betydelse. Vart vänder man sig om man vill börja forska, EKG-

tolkning med Piteås egen kardiolog Arne Zingmark, hur fungerar det med hemsjukvård, diskussion kring ST-utbildningen med SFAMs ordförande Annika Eklund-Grönberg, och mycket mer. Som en Grande Final på fredagen höll provinsialläkare Torgny Karlsson, från Övertorneå, sitt sista framträdande med det passande namnet "Doktor förr och nu", och därefter avslutningstalade Norrbottens egna järnladies Maria Truedsson och Meta Wiborgh. De höll den allmänmedicinska fanan högt och passade på att lyfta fram sju teser för en god allmänmedicin som vi alla tog med oss hem!

Förutom detta smörgåsbord av kunskap, erfarenhet och vetenskap blir ST-dagarna för den lokala arrangörsgruppen ett gemensamt mål som svetsar dem samman,

och stimulerar till fortsatta diskussioner kring allmänmedicinens essens och existens. ST-dagarna är ett arrangemang som tar tid och kraft, men som också ger energi, lockar till kreativitet och leder till nyfikenhet på den egna specialiteten. Att vi ST-läkare själva tvingas tänka till kring vad som är väsentligt att ta med i konferensen och därmed själva ta ansvar för vår utbildning och framtida inriktning på vår specialitet, är enligt mig den största vinsten med arrangemanget. Det leder till en större delaktighet och därmed ansvarstagande och ökat intresse för framtida fortbildning. Detta är viktigt för SFAMs framtida arbete och utvecklingen av Svensk allmänmedicin.

Under ST-dagarna passade Pontus Stange på att tacka för sig och avgå som ST-rådets ordförande. Pontus har nu suttit som ordförande under dryga två

år, och bland annat gjort sig känd som en mycket skicklig debattör, inte minst under årets konferens. Tack för dessa år Pontus, lycka till med dina förehavanden och på återseende framöver.

Till sist – det blir inte så mycket bättre än det här. Tankekraften hos 350 blivande allmänmedicinare med brinnande intresse samlade på ett och samma ställe. Ja, det var tre fantastiska dagar och längtan efter nästa års konferens är redan stor. Lycka till Kalmar inför 2009 års ST-dagar. Vi i Norrbottens organisationskommitté kommer att njuta av varenda sekund!

Madelene Andersson
ST-läkare Norrfjärdens vc
Froken_andersson@hotmail.com

ANNONS

ANNONS

Fortbildning ska ge känsla av sammanhang – SFAMs program högaktuellt

Fortbildning är en förutsättning för att utvecklas som läkare. Men det är svårt att böttna i läkarrollen om fortbildningen bara inriktas på att lära in nya fakta. Den bör också förmedla upplevelse av helhet, sammanhang och allmänmedicinsk identitet. Fortbildning måste därför utgå från den person som vill lära sig något, inte från läraren eller det som ska läras. Artikeln beskriver hur synen på fortbildning har förändrats, och framhåller betydelsen av individinriktade fortbildningsformer.

Uppfattningen att patientproblemet kan lösas genom att fokusera på det sjuka organet eller den nedsatta funktionen präglade fortbildningen ända fram till 90-talet. Genom att läsa facklitteratur och åka på kurs, skulle man få den information man behövde och därmed bli en bra doktor. Den sanna kunskapen ansågs befinna sig inom den akademiska sfären. Vetenskapligt framtagna fakta möjliggjorde utredning, diagnostik och behandling. Den erfarenhetsbaserade förtrogenhetskunskap som uppstår genom reflektion i vardagsarbetet ansågs både ovetenskaplig och bedräglig.

Bekymret med denna kunskapssyn är att de flesta läkare, efter att ha varit praktiskt verksamma några år, upptäcker att faktakunskaperna aldrig tycks räcka till, och att den information som förmedlas på kurser och föreläsningar sällan är till någon omedelbar hjälp i patientarbetet.

En ny pedagogik växer fram

Vardagsarbete och reflektion över vardagsproblem har stor betydelse för vår professionella utveckling. När patienterna sätter oss på det hala är vi otroligt läroktiga. Varje patient sätter igång ambitionen att lära nytt och att söka okonventionella lösningar. Hur bra kurser vi än deltar i kan de inte konkurrera med vardagslärandet.

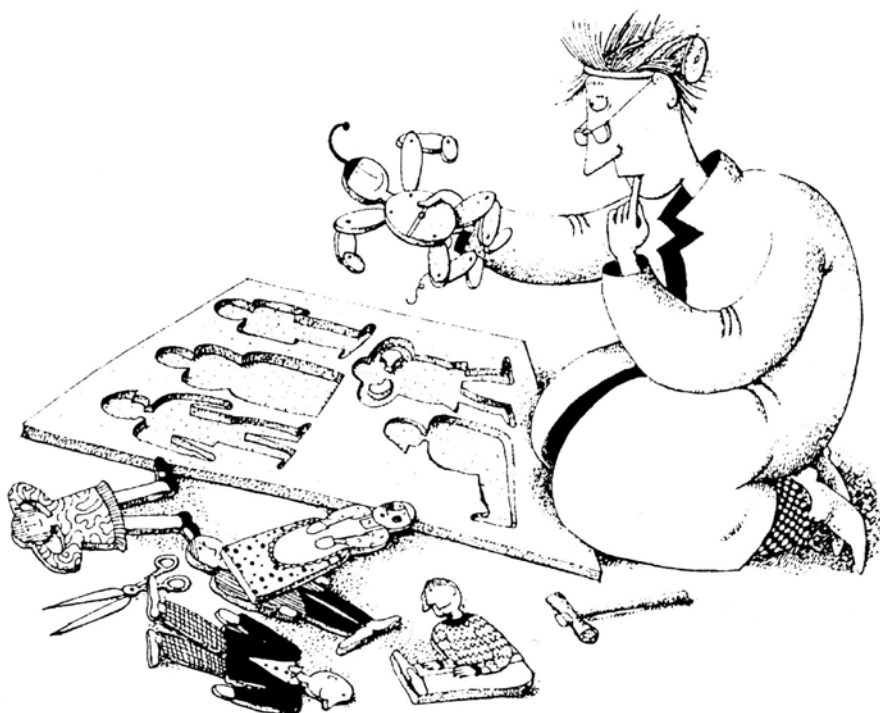
Kurser och andra utbildningsinitiativ kan i detta sammanhang betraktas som marginella. Därmed inte sagt att det marginella lärandet är oviktigt. Kurser, litteraturläsning, föreläsningar och fallbeskrivningar gör att vi blir kunnigare och bättre rustade för kliniskt arbete, åtminstone på kort sikt. Men den utbildning vi deltar i utanför den dagliga praktiken har också en annan och viktigare betydelse. Utan återkommande utbildningsaktiviteter, säger Carl Edward Rudebeck, "skulle vi inte ha någon kunskapskultur, inga kritiska tankar om allmänmedicinens framtid, ingen egen forskning, ingen som definierar vad en blivande specialist i allmänmedicin skall kunna, ingen professionell identitet" [1].

Med denna bakgrund tog en grupp, ledd av Ulf Måwe, 1992 fram underlaget till SFAMs fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsprogram [2]. Programmet

bygger på individinriktad pedagogik där nyckelorden är *interaktivitet*, *kollegial dialog* och *problembaserat lärande*. Programmet fick snabbt genomslag och ledde till att allmänmedicinen lyckades skaffa sig en tätposition bland våra specialitetsföreningar när det gäller fortbildning.

Det som var nytt i programmet var synen på lärande. I stället för att som tidigare fokusera på läraren och det material som skall läras in, riktades nu blicken mot den lärande, på analys av kunskapsbehov och på individens eget behov av utveckling i yrkesrollen. Fortbildning var inte längre liktydigt med att plugga in fakta, den skulle bidra till att utveckla varje individ i yrkesrollen, alltefter egna förutsättningar.

Begreppet *fortbildning* kom att bli liktydigt med alla de konkreta aktiviteter utanför vardagsarbetet som används för lärande, exempelvis kollegiala samtal, ►►



Patientpussel. Illustration hämtad från Bent Guttorm Bentsen m fl. *Allmänmedicin. Teori och praktik. Studentlitteratur 1994.* (Illustration: Eldbjørg Ribe)

” SFAMs satsning på FQ-grupper torde ha haft stor betydelse, inte bara för kunskaps- och erfarenhetsutbytet kollegor emellan, utan också för den allmänmedicinska identitets- och självkänslan.

kurser, FQ-grupper och föreläsningar. *Professionell utveckling* kom att betyda den enskildes väg mot förståelse, sammanhang och personlig utveckling i yrkesrollen. Fortbildning är således en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för professionell utveckling.

FQ-gruppens decennium

Det mest påtagliga resultatet av 90-talets fortbildningsprogram är tillkomsten av kollegiala grupper. I början av 90-talet hade få hört talas om FQ-grupper, 1998 var antalet aktiva grupper inte mindre än 222 stycken, vilket betydde att nästan varannan allmänläkare deltog [3].

I FQ-gruppen avspeglar sig den allmänmedicinska vardagen med patienter, problemställningar och nyupptäckta kunskapsbehov. Kunskapsinhämtandet styrs av deltagarnas egna prioriteringar, och lärandet är problembaserat och deltagarstyrt på ett helt annat sätt än vid till exempel passivt lyssnande till en föreläsning.

SFAMs satsning på FQ-grupper torde ha haft stor betydelse, inte bara för kunskaps- och erfarenhetsutbytet kollegor emellan, utan också för den allmänmedicinska identitets- och självkänslan.

Tidsbrist och informationsöverflöd

Anpassningen till nya ersättnings- och journalsystem, vårdprogram och riktlinjer tar tid från reflektion, eftertanke och kollegialt umgänge. Uppskattningsvis finns idag bara ett hundratal FQ-grupper, och intresset för nya gruppledarutbildningar är lågt. Den tid allmänmedicinare avsätter för fortbildning var 2006 mindre än för övriga specialiteter och minskar successivt [4]. En förklaring kan vara att den kunskapsbank vi hittills skaffat oss med hjälp av kurser, möten och andra fora för ”marginallärande”, nu kompletteras med vid-behov-sökning av internetbaserad information under löpande arbete.

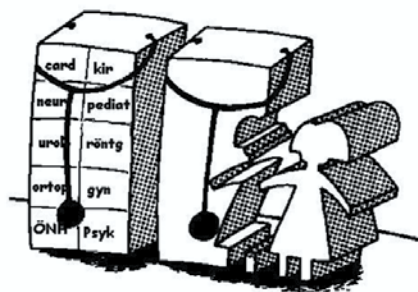


Illustration hämtad från *Nordisk Medicin* början av 1990-talet. Tidningen är numera nedlagd. (Okänd tecknare)

Hur vardagslärandet på gott och ont påverkas av närheten till Internet och annan lättillgänglig information vet vi inte. Att läkare ”törstar efter kunskap men drunknar i information” påpekades för tio år sedan av Elisabet Jaenson [5]. Men mailgruppen ”Ordbyte”, som sprider resultat från studier av primärvårdsintresse samtidigt som deltagarna kan få kollegial hjälp med knepiga patientfall, kan säkert ha betydelse ur fortbildningssynpunkt.

Hur som helst, idag tränger sig information på från alla möjliga håll i form av viktiga, oviktiga och ibland felaktiga faktauppgifter som alltid saknar samband med den enskilda situationen eller personen. För att kunna bemästra detta informationsöverflöd krävs förmåga att sovra, värdera och skapa sammanhang. Detta måste ske i allmänmedicinsk anda och utifrån den egna situationen, vilket kräver tillgång till kollegial dialog och fortbildningsaktiviteter som utgår från behov hos den lärande personen.

Bland ST-läkare ses nu en positiv utveckling mot mer självstyrd kunskapsutveckling. De organiserar sedan några år egna nationella konferenser och nätverk. I Stockholm organiserar ST-läkarna själva sina utbildningsmöten, så kallade ST-forum, och tar ansvar för allt från teoretisk utbildning till planering av sidoutbildningen [6]. Kanske är detta ett resultat från 90-talets nytänkande.

Fokus på individen ger sammanhang

Den mänskliga tillvaron är full av påfrestningar, motgångar, krav, konflikter och olika slags problem som måste lösas. Läkare utgör därvid inte något undantag. Sociologen Anton Antonovsky menar att det som ändå får människan att klara alla påfrestningar är känslan av sammanhang [7].

Vi behöver känsla av sammanhang, men det blir allt svårare att böttna i läkarrollen om vi i vår kompetensutveckling strävar efter att använda information utan att se till helheten. Om vi vill uppleva det sammanhang som Antonovsky talar om och som får oss att klara påfrestningar och känna självförtroende bör vi se till att skapa fortbildningstillfällen som fokuserar, inte på läraren, inte på det som ska läras, utan på den lärande individen.

Individinriktade aktiviteter

SFAMs fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsprogram har varit framgångsrikt och är både aktuellt och utvecklingsbart. Redan på 90-talet fanns tankar på ett allmänmedicinskt institut. Mogens Hey har nyligen argumenterat för bildandet av UVAK, ett institut för utveckling och värdering av allmänmedicinsk kompetens [8].

Men även utan ett institut bör SFAM lokalt och nationellt kunna lyfta fram individinriktad fortbildning genom ett antal åtgärder.

- **Öka stödet till FQ-grupper.** Lokalföreningarna bör lägga kraft på att få nya grupper att etableras. Nationellt bör produktionen av studiebrev öka och hjälp erbjudas lokalföreningarna så att de kan genomföra gruppledarutbildningar.

- **Marknadsför en modell för fortbildningsplanering.** Genom att analysera behov och strukturera fortbildningsaktiviteterna tillgodoses individuella utvecklingsbehov. Att dokumentera pla-

nerad och genomförd fortbildning i en så kallad kompetensportfölj blir allt vanligare.

- **Stöd fortbildningssamordnarna.** I landsting och regioner finns kollegor som har ansvar för allmänläkarnas fortbildning. Att mötas och utbyta erfarenheter kan stärka deras roll och initiativkraft på det lokala planet.

- **Samla och sprid individinriktade fortbildningsmetoder.** Case-metodik används i grundutbildningen för läkare [9]. En fortbildningsmodell som används inom näringslivet är coaching (se krönikan i detta nummer). En norsk modell, strategiskt lärande, går ut på att analysera hur ett patientproblem kan ses ur medicinskt, administrativt, socialt och inte minst personligt perspektiv [10].

- **Skapa fler mötesplatser för erfarenhetsutbyte.** Bered specialister i allmänmedicin ökade möjligheter att mötas nationellt och lokalt med variationsrikt innehåll. KursDoktorn i Västra Göta-

land är ett lokalt initiativ med nationellt intresse.

- **Bredda ASK-projektet.** "Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog" är en "seniorvariant" av SFAMs frivilliga specialistexamen och bygger på kollegiala samtal om egna styrkor, svagheter och möjligheter.



Gösta Eliasson, Falkenberg
gosta.eliasson@bredband.net

Referenser:

- 1 Rudebeck C E. Idéseminarium 11-12 april 2000 Skokloster. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2000
- 2 Måwe U (red). Allmänläkares efterutbildning. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 1993
- 3 Eliasson G, Mattson B. From teaching to learning. Experiences of small CME group work in general practice in Sweden. Scand J Prim Health care 1999;17:196-200
- 4 Ståhlberg B. Enkät från Läkarförbundet visar att fortbildning minskar för distriktsläkarna. Distriktsläkaren 2007(5):7
- 5 Jaenson E. Vi törstar efter kunskap men drunknar i information! Läkartidningen 1997;94(50):4808-10
- 6 Marmolin, T. ST-forum. Utvärdering av ny utbildningsform för ST i allmänmedicin. Allmänmedicin 2007;28(6):25-7
- 7 Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991
- 8 Hey M. "UVAK" – en ödesfråga för SFAM. Allmänmedicin. 2007;28(3):13-6
- 9 Egidius H. PBL och casemetodik. Hur man gör och varför. Lund: Studentlitteratur; 1999
- 10 Prestegaard K. Strategiskt lärande. En metod för effektivt självstyrt lärande. Läkartidningen 2003;100(18):1630-3

ANNONS

ANNONS



Mange og gode kongresser ute i verden

**Kære Kolleger,
Velkommen til 2008's mange og gode kongresser ude i Verden!**

Jeg vil kort omtale de kongresser, som er vigtigst for skandinaviske familielæger. Disse vil også kunne findes på denne hjemmeside: www.allanpelch.dk, hvor du finder en kongreskalender og oplysninger om både kongressernes indhold og de tilknyttede rejser.

Capetown Annual Mini-Congress of the South African Academy of Family Practice. Lørdag, den 10 maj – samler ofte deltagere fra Skandinavien. Måske er dette året, hvor du gerne vil med?

Wonca Europe Regional Conference finder sted i Istanbul, 4–7 september. Se: woncaeurope2008.org som fortæller alt

om Istanbuls seværdigheder foruden at den giver anvisning på hvordan man tilmelder sig. Det videnskabelige program opdateres løbende. Vi deltager med en stor delegation.

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly in San Diego, 17–21 september. Den måske bedst kendte arskongres, som altid tiltrækker mange kolleger fra Skandinavien, ikke mindst på grund af kursernes høje kvalitet. Den finder sted i San Diego, og man bør naturligvis benytte muligheden for at se mere af Californien. Familiemedlemmer er velkomne, og der er altid arrangementer for både store og små. Se også: www.aafp.org

Wonca Asia Pacific Regional Conference. Denne årlige konference, som

skandinaviske læger tidligere har besøgt i Kyoto, Bangkok og Singapore finder denne gang sted i Melbourne 1–5 Oktober. Da vi i mange år har besøgt The Royal Australian College of General Practitioners' Annual General Meeting er vi allerede gode bekendte. Program og øvrig information kan findes på www.racgp.org.au og vore egne rejser derud findes på www.allanpelch.dk

Til slut vil jeg nævne en gammel bekendt, **Royal College of General Practitioners' Annual National Primary Care Conference i Bournemouth**, 2–4 oktober. Vore britiske kolleger er gæstfrie. Besøg dem!

Med venlig hilsen,
Allan Pelch, Herlufmagle, Danmark
apelch@dadlnet.dk

Scandinavian Journal of Primary Health Care 2008, 26, issue 1

EDITORIAL

Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: A challenge to general practice (1–2)

Author: Elise Kosunen

Time is on my side, yes it is (3–4)

Author: Elínborg Bárðardóttir

ORIGINAL ARTICLES

Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: A register-based study (5–11)

Authors: Grethe Søndergaard; Sofie Biering-Sørensen; Susan Ishøy Michelsen; Ole Schnor; Anne-Marie Nybo Andersen

Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003 (12–16)

Authors: Markku Sumanen; Irma Virjo; Harri Hyppölä; Hannu Halila; Esko

Kumpusalo; Santero Kujala; Mauri Iso-koski; Jukka Vänskä; Kari Mattila

General practitioners' perceptions of introducing near-patient testing for common infections into routine primary care: A qualitative study (17–21)

Authors: Christopher C. Butler; Sharon Simpson; Fiona Wood

Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden (22–28)

Authors: Mia von Knorring; Linda Sundberg; Anna Löfgren; Kristina Alexanderson

Factors related to consultation time: Experience in Slovenia (29–34)

Authors: Marija Petek Šter; Igor Švab; Gordana Živčec Kalan

Bacteriuria is associated with urge urinary incontinence in older women (35–39)

Authors: Nils Rodhe; Lars Englund; Sigvard Mölstad; Eva Samuelsson

General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues (40–45)

Authors: Nabi Fatahi; Mikael Hellström; Carola Skott; Bengt Mattsson

Measuring body mass index (BMI) in nursing home residents: The usefulness of measurement of arm span (46–49)

Author: Harald A. Nygaard

Healthcare provider back pain beliefs unaffected by a media campaign (50–56)

Authors: Erik L. Werner; Douglas P. Gross; Stein Atle Lie; Camilla Ihlebæk

A follow-up study of the occurrence and consequences of HbA1c measurements in an unselected cohort of non-pharmacologically treated patients with Type 2 diabetes (57–62)

Authors: Jette Kolding Kristensen; Henrik Stoevring

2007 Peer Review Panel (63–64)

Personlig läkare – möjligheter och förhållningssätt

Kursledare: DI Göran Sommansson och Prof Carl Edvard Rudebeck.

Föreläsare: Psykoterapeut Lena Svedin.

Datum: 23–26 september 2008, **Ort:** Vårdnäs, Östergötland

Till läkarbesöket kommer patienten med sin upplevelse, sitt sammanhang och sin historia.

Läkaren mobiliserar sin erfarenhet från tidigare möten och sina sjukdomskunskaper. De möts som personer, något annat sätt att mötas på finns inte. Till allmänläkarens yrkesroll hör att förhålla sig till detta personliga så att det kommer patienten till godo; att vara personlig läkare.

Den personliga läkaren är ingen högstatusfigur i den svenska sjukvården. Där handlar det i hög grad om organisations- och populationstänkande i stället för förtroliga samtal, om dokumentation och juridisk säkerhet i stället för en obyråkratisk och just därför pålitlig läkarkontakt.

Att vara personlig läkare är sannolikt det mest intressanta och effektiva sättet att vara allmänläkare på. Med kollegiala gruppdiskussioner, grupphandledning och föreläsningar kommer kursdeltagarna att göras uppmärksamma på möjligheter och förhållningssätt för en yrkesroll som bär genom skiftande organisationer och sjukvårdspolitiska klimat. Kursen utgår från ett relationsperspektiv. I blickfånget är familjesystemet och allmänläkarens praktiska kompetens, som den utvecklas i mötet.

Kurskostnad: 4 400 kr, internatkostnad Stiftsgården, Vårdnäs tillkommer.

Anmälan: Senast 30 maj 2008 till christina.m.johansson@lio.se, tel 013-221037



Vi söker distriktsläkare

Primärvården Södra Bohuslän

Distriktsläkare, med avgränsat uppdrag
Partille

Vi är en stor och en liten vårdcentral som jobbar ihop. Flera av oss har funnits på arbetsplatsen i massor av år. Andra har upptäckt den senare.

Vi är fem ordinarie läkare och fyra ST-läkare på Kyrktogets vårdcentral och två ordinarie läkare på Furulunds vårdcentral. Nu behöver vi förstärkning både på den nyrenoverade stora och på den lilla vårdcentralen.

För att garantera en bra arbetsmiljö och patientkontinuitet inför vi ett avgränsat uppdrag på datumbasis. Du får ca 1800 definierade "genomsnittsinvånare" att sköta på en heltid.

Ring mig och berätta hur du vill jobba hos oss!

Upplysningar: Verksamhetschef Göran Fälthammar, tfn 0706-32 83 83, 031-340 21 08.

Facklig företrädare: Agneta Sikvall, tfn 031-86 27 05.

Ansökan sänds till Diariet, Regionens Hus, 462 80 Vänersborg, märkt med **ref.nr PVS 71-2008**.

Sista ansökningsdag: 2008-05-21.

www.vgregion.se/jobb



Vill du bli lärare i riskbruksverkstad? Riskbruksprojektet i samarbete med SFAM erbjuder kurs



Är du intresserad av undervisning, att utveckla konsultationen och samtalstekniken och av livsstilsförändringar?

Du ska vara specialist eller ST-läkare i allmänmedicin med ovanstående intressen. Du bör ha deltagit på en riskbruksverkstad samt ha kunskaper/intresse för patientcenterad konsultation. Du inbjuds till **lärarkurs för riskbruksverkstadsledare**.

Nästa lärarkurs äger rum den 1–2 oktober, på Läkarsällskapet, Stockholm, Klara Östra kyrkogata 10. Kursen, inklusive middag 1/10 är kostnadsfri, men resa och logi ordnar man själv.

Riskbruksverkstad är en interaktiv fortbildningsform som är anpassad för att aktivera och förnya läkares förmåga att samtala med sina patienter om alkohol.

Du kan läsa mer på riskbruksprojektets hemsida: www.fhi.se/riskbruksprojektet

Föreläsare/mentor är Hans Hallberg som är specialist i allmänmedicin och har mångårig erfarenhet av att leda riskbruksverkstäder, samt Hjördis Nilsson-Ahlin, leg psykoterapeut, om gruppdynamik.

Kursledare och ansvarig: Sven Wåhlin, projektledare på riskbruksprojektet.

Information & intresseanmälan: Sven Wåhlin

Mail: sven.wahlin@fhi.se

Mobil: 063-199626

ALLMÄNLÄKARENS DILEMMA – riktlinjerna kolliderar med långsiktighet och individualisering

För allmänläkaren är frågan huruvida alkohol utgör en möjlig orsak till symtom och sjukdomar alltid aktuell. Eftersom alkoholkonsumtionen ökat kraftigt de senaste åren och alkohol kan påverka kroppens samtliga organsystem, kommer ämnet att uppta en allt större del av allmänläkarens vardag. Alkoholen har tagit över syfilisens roll som den store sjukdomsimitatören.

I form av personliga samtal träffar de praktiskt verksamma allmänläkarna upp mot 90 procent av befolkningen under loppet av några år. Därmed finns stor potential för att genom påverkan åstadkomma en masseffekt och minska alkoholskadorna i befolkningen. Samtidigt är alkoholen ett tabubelagt och känsligt område vilket gör samtal om alkoholvanor svåra. En patient som söker sin läkare för att diskutera ett sjukdomssymtom känner sig lätt misstänkliggjord, missuppfattad och skuldbelagd när frågan om alkohol kommer upp.

Enligt samstämmig uppfattning hos många hundra allmänläkare som genomgått en utbildning kallad "Riskbruksverkstad", utgör obehag och oro för en störd patientrelation det absolut främsta hindret för att föra ett bra samtal om dryckesvanor. Det är helt enkelt så att om två människor möts och båda känner anledning att undvika ett visst samtalsämne, så blir inte mycket sagt om det. För beroendeläkare är situationen en helt annan. Till deras mottagning kommer patienten i syfte att prata just om alkohol. Med andra ord lever allmänmedicinaren och beroendeklinikens specialist i två helt olika världar, vilket gör att de inte sällan missuppfattar varandra.

Allmänläkarens styrka och behandlingsstrategier bygger på långsiktighet och kontinuitet. Det kan snarast vara kontraproduktivt att tillämpa ett schablonmässigt vårdprogram och riktlinjer. Individualisering är ett nyckelord för

framgångsrik förändring av beteende. De individer som är omotiverade, de som är ambivalenta och de som är motiverade måste bemötas på helt olika sätt. Den tillit som byggs upp genom patientcenterade konsultationer, skapar förutsättningar för att väcka patientens motivation och förmåga att ändra sina dryckesvanor.

Det tar ofta lång tid att åstadkomma en beteendeförändring; att ta steget från tanke till handling tar ofta cirka fem år. Det är flera små insatser, vid många olika möten, som kan få processen att gå framåt. En sakupplysning i rätt sammanhang, en inkännande kommentar vid ett annat tillfälle och ett motivationsstärkande samtal långt senare ger effekter. Denna allmänmedicinens longitudinella strategi och praktik låter sig dock svårigen fångas i handfasta evidens. Erfarenhetsbaserad praktisk kunskap, konsultationskonst och byggandet av terapeutiska allianser har en liten genomslagskraft i en tid då evidensbaserad medicin tycks vara dominerad av statistiska signifikanser och "hard endpoints". Vi har hamnat i en evidensfälla.

Idag finns inte heller några politiska och administrativa ambitioner att ge strukturella förutsättningar att stärka kontinuiteten och den allmänmedicinska uthålliga långsiktigheten. Utvecklingen i Sverige och andra länder pekar tvärtom i motsatt riktning; i flera landsting slopas kravet på specialistkompetens i allmänmedicin för läkare i den nya trenden av "vårdvalsmodeller".

Socialstyrelsen lade i höst fram nya riktlinjer för behandling av missbruk och beroende av alkohol. Dokumentet har arbetats fram av 32 experter i olika grupper, varav ingen enda är allmänmedicinare. Kort sammanfattat ger Socialstyrelsen direktiv till landets vårdcentraler att upprätta en skriftlig handlingsplan, genomföra systematisk screening i väntrummen, kvantifiera alkoholkonsumtion genom att

använda AUDIT-formulär och att genom poängberäkning klassificera patienterna i missbruk och beroende. En intervention med lämplig läkemedelsbehandling kommer sedan, enligt Socialstyrelsens beräkningar, att göra saker och ting bättre. I de nya vårdvalsmodellerna, där ekonomiska incitament är på väg att skapa mer marknadsmässiga förutsättningar för utövande av vården, hakar man på Socialstyrelsens riktlinjer. Styrningen av allmänläkarnas insatser sker genom detaljerade kvalitetskrav, som även innefattar val av samtalsämne i konsultationsrummet. I "Vårdval Stockholm" utdelas premier om läkare kvantifierar och journalför sina patienters alkoholvanor – stick i stäv mot allt vad konsultationskonst och patientcentrering heter. Man får helt enkelt betalt för att göra fel!

Den elektroniska journalens utveckling mot kraftigt utökade möjligheter till informationsutbyte mellan olika vårdgivare utgör en annan trend. När jag som lydig allmänläkare noggrant dokumenterat min patients alkoholkonsumtion på centiliter när, kan genast 18 000 andra användare av systemet ta del av informationen! Myndigheten, systemutvecklarna och dataindustrin har bildat en mycket elakartad och svårstyrd allians. Är det inte dags att dra i nödbromsen?

Artikeln har tidigare varit publicerad i NAT, Nordisk alkohol & narkotikatidskrift, vol 24 5/2007. ►►



Jonas Sjögreen, Västerås
jonas.sjogreen@ptj.se

ANNONS

Exempel på kvalitetsbonus i "Vårdval Stockholm"

Kvaliteten inom området alkohol definieras i vårdprogram, kontrolleras med uppföljningsplan och belönas med bonus.

Kvalitetsindikatorer Primärvård Strukturella indikatorer

- Mottagningen har ett program för screening av hög alkoholkonsumtion och alkoholproblem.
- Mottagningen har program för rådgivning för högkonsumenter och för behandling av alkoholproblem.
- Diagnos anges vid upptäckt av alkoholproblem.
- Medarbetare har genomgått särskild utbildning i screening respektive behandling av alkoholproblem.
- Det finns en organiserad samverkan mellan mottagningen och den specialiserade beroendevården och/eller socialtjänstens missbrukssektion.

Processindikatorer

- Andel patienter med diagnoser där alkohol är en viktig etiologisk faktor (exempelvis diabetes, hypertoni, depression) som blivit tillfrågade om sina alkoholvanor.
- Antalet upptäckta fall av hög alkoholkonsumtion och alkoholproblem

Uppföljningsplan:

Andel patienter med alkohol-relaterad diagnos som behandlas med något av läkemedlen i ATC-grupp NO7B B, dvs disulfiram, akamprosats, eller naltrexon

Bonusersättningar och viten:

1.1 Kvalitetsmål

"Grundbelopp" definieras som tre (3) procent av den totala ersättning som Beställaren utbetalt till Vårdgivaren för den verksamhet som Vårdgivaren enligt detta avtal har utfört under ett kalenderår

Utdrag från Uppdragsguiden

<http://www.uppdragsguiden.sll.se/>

http://www.uppdragsguiden.sll.se/upload/Mota_Patienten/Behandla_planera_vard/RV_Alkoholberoende.pdf

Allmänmedicinen måste ta sitt ansvar!

Jag blev inte lite förvånad när jag läste Staffan Olssons ledare i decemberutgåvan av AllmänMedicin. Tidningen är ju ändå språkrör för Svensk Förening för Allmänmedicin. Signalen ledaren ger är föga hoppningande.

Under de senaste åren har vi sett svepa över oss en "kultursjukdoms- och sjuk-skrivningslavin" utan dess like. Att den blev så våldsam beror inte minst på vår oförmåga som allmänläkare att med ledning av tillämpbara sjukdomskoncept kunna avslöja kultursjukdomarna och erbjuda adekvat behandling. Denna svaghet har erbjudit patienter och patientföreningar en fri arena.

"Ut med allt som inte gagnar våra patienter" är en hållning som är oprofessionell. Bristande distans mot patienten är förmodligen en av grundorsakerna till varför vi fått bevittna denna lavin.

Rädslan för patriarkaliskt förhållnings-sätt och doktorcentrering är neurotisk! Vi skulle visst ibland behöva ha tolknings-företrädare. För patientens skull! Men det förutsätter intresse och vaksamhet och är inte fri från konfliktrisk. Alternativet är kapitulation för folkmedicinen, där diagnoser som el-allergi, fibromyalgi, whiplash och utbrändhet får fara fritt fram och svepa oss med. Allmänmedicinen måste ta sitt ansvar!



Markus Beland,

Jokkmokk

markus.beland@nll.se

En komplex, mångfacetterad verklighet

I ena ringhörnan sjukdomsmånglare och diagnoskramare, i andra hörnan ställer Beland sig själv. Riktigt så enkel är inte den verklighet jag försökte tolka i min ledarartikel.

Att försöka gagna patienten med mitt arbete är en självklarhet för mig, det är närapå en floskel som jag inte trodde gick att motsäga. Med det menar jag inte en menlös, ryggradslös hållning gentemot patienterna där man sväljer alla upptänkliga diagnosförslag, tolkningar och önskningar. "Att gagna" – synonymt med att vara till nytta är den betydelse som avses.

Beland tycker det är neurotiskt att vara rädd för doktorscentrering och pater-nalism. Rädd tycker jag inte heller att man skall vara, däremot medveten om riskerna med att kana ner i ett annat dike när man fäktar mot diagnoser man inte gillar.

Avsikten är säkert god när man ifrågasätter diagnoser som ofta, men inte alltid, är problematiska och inte fyller sitt syfte. Resultatet av ifrågasättandet blir däremot inte alltid det avsedda, och en hel del diagnoser far med av bara farten. Beland exemplifierar detta väldigt tydligt när han klumpar ihop folkmedicin med fibromyalgi, el-allergi och whiplash. Sammanhanget avgör rimligen ändamålsenligheten, även över tid och mellan olika individer och grupper.

"Tillämpbara sjukdomskoncept" talar Beland om – som om de vore huggna i sten. En mer ödmjuk inställning vore att se varje försök att få in en komplex, mångfacetterad verklighet som spänner mellan biokemi och samhälle i fyrkantiga diagnoslådor som ett pågående arbete som ständigt måste omprövas och uppdateras efter dagens kunskapsläge.

Staffan Olsson

Allmänmedicinen – en framtidsbransch?

Jag sitter med två dokument framför mig. Det ena är Norrbottens Division Primärvårds plan för 2008–2010. Det andra är målbeskrivningen för specialiteten Allmänmedicin enligt det förslag som lämnats in till Socialstyrelsen.

Jag vet effektiviteten i det allmänmedicinska konceptet där mötet med patienten är centralt. Det är viktigt att kunna möta alla sorters hälsorelaterade problem, även upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. Jag är övertygad om kontinuitetens betydelse, om vikten av omgivningskunskap och att kunna väga in den i det allmänmedicinska handlandet.

Vidare tycker jag att den humanistiskt präglade medicinen har sitt fotfolk inom allmänmedicinen och att det är i allmänmedicinarnas krets som de viktiga diskussionerna förs om sjukvårdens roll, människors livsvillkor, medikaliseringens faror osv.

Men, jag kan ändå inte att undgå att märka en växande frustration hos mig själv. Ständiga vakanser inom allmänmedicinen, en oförmåga både hos samhälle och hos huvudmän att ge allmänmedicinens idé flygkraft. Kanske kan frustrationen förklaras av följande iakttagelser.

Fragmenteringen av samhället. Människor lever idag inte sina liv i kontinuitet, varken vad gäller familjebildning, arbete eller bostadsort. Att då lansera en vårdidé som har huvudtankar i kontinuitet, sammanhållna familjer osv. är en anakronism. Vad vi ser, och som också framkommer i vår divisionsplan är en större individuell valfrihet som vill göra sig oberoende av sammanhang. Man byter vårdgivare till den som passar bäst. Man byter vårdgivare till den man kommer sams med.

Fragmenteringen i medicinen och teknologimyten. Få människor har den kompetens som krävs för att se styrkan i ett sammanhållet generalistperspektiv. Med lämpliga utsnitt i verksamheten kan man

också enkelt producera mätpunkter som visar på uppnådda resultat. Dessa mätpunkter visar inte styrkan i generalistperspektivet. Vi allmänläkare vet styrkan i vårt arbetssätt, men vi blir undanträngda från inflytande över vårdens utformning och utförande.

Ekonomiseringen i vården. En allt hårdare ekonomistyrning leder arbetet mot det mätbara. Det är också ett framträdande perspektiv i divisionsplanen. Att då, som vi gör i vår specialitets målbeskrivning, hävda att vi ska bedöma och behandla de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom, blir problematiskt. Det är lätt att argumentera för att vi inte ska befatta oss med sådant. Att säga att det är viktigt ur ett hälsoperspektiv och för en effektiv sjukvård kräver en god argumentation och en insikt hos vårdens planerare för att förstå hur viktigt det perspektivet är.

Bristen på läkare som ledare i vården. Att leda vården in i framtiden och bevara och utveckla allmänmedicinens goda idé kräver chefer som ser vårdens uppgift och möjligheter från ett allmänmedicinskt perspektiv. Det perspektivet har inte beaktats av lagstiftaren som inte längre kräver att verksamhetschefen vid en vårdcentral skall vara läkare. Vårt eget landsting har hitintills i handling visat att man inte vill verka för ett allmänmedicinskt perspektiv genom att få läkare att vilja bli chefer för vårdcentraler.

Omdefinieringen av allmänmedicinens innehåll så som den utformas till exempel i vårt eget landsting. Jag tycker mig se en tydlig tendens, i vart fall i min del av länet, att man vill se allmänmedicinen som en väg till den universella doktorn, som kan anförtros allt. Divisionen driver hårt förslag om att allmänmedicinen ska utvecklas till akutläkeri på akutmottagningarna i Kalix, Piteå och malmfälten. Man andas utvecklingsiver i form av ökat samarbete som jag uppfattar innehåller en inte liten önskan att upphäva specialitetsbegräns-

ningar. Dessa lägger nämligen hinder i vägen för vad man organisatoriskt vill uppnå. Det odelade lasarettet uppfattar jag som en hägrande vision hos starka krafter inom landstinget för småsjukhusen i länet. All denna omdefiniering sker mitt framför ögonen på oss utan öppen diskussion. Den har inte, vad jag kan se, någon förankring i beskrivningen av vår specialitet som den beskrivs i Målbeskrivning för allmänmedicin, nu inlämnad till Socialstyrelsen.

Vilka möjligheter öppnar sig då?

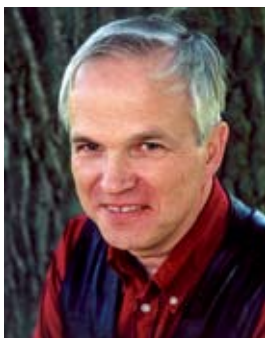
Jag är ingen förespråkare för vård med vinstintresse. Däremot ser jag hur alternativa vårdgivare utan vinstintresse snabbt, enkelt och med stor kompetens och uppfinningsrikedom skulle kunna förvalta allmänmedicinens bärande idéer och arbetssätt. Omvärldsförändringarna och trenderna i samhället kan vi inte göra så mycket åt. Däremot kan vi göra mycket åt brister i ledarskap och åt orealistiska visioner. Vår idé om allmänmedicinen måste få utsätta sig för verklighetsprövning. Inte bara i vår egen profession och genom interna diskussioner utan också genom att prövas i alternativa vårdformer och driftsformer.

Hur står sig en god allmänmedicin med skickliga allmänmedicinare mot duktiga barnläkare, ambitiösa gynekologer och kunniga geriatriker? Lagförslag kommer inom något års tid som kommer att öppna upp för alternativa driftsformer. Det är en nödvändighet. Vi ser ju med egna ögon hur allmänläkarkonceptet och Primärvården nära nog kapsejsar över hela landet. Ständiga vakanser och tillgången på hyrläkare och vikarier är starkt begränsad. Detta ger dåliga arbetsförhållanden, bristande resultat, otillfredsställelse med arbete, rekryteringssvårigheter som ytterligare förstärker problemen och så vidare.

Vilka är de största hoten mot allmänmedicinens idé och allmänmedicinens kompetensområde? Jag tror att konceptet för allmänmedicinen håller för verklighetens påfrestningar. Det kräver

välbemannade enheter med god ledning och kunniga allmänläkare öppna för samarbete med omvärlden och inom sitt eget arbetslag. Omvärldsförändringarna är inte det stora hotet. Landstinget är inte det stora hotet. Det stora hotet är vi själva. Rädslan att inte anta utmaningen. Oviljan att förändras. Men det hotet råder vi själva över – eller hur?

Göran Waller,
Grytnäs vårdcentral, Kalix
goran.waller@nll.se



Notiser

Almen – handledarpris i Primärvården i Uppsala

Foto: Karin Lindhagen



Årligen utdelar ST-läkarna i allmänmedicin i Uppsala län handledarpriset Almen (diplom och bonsai-träd) för god handledning. Almen utdelas vid årets sista ST-seminarium, och gick 2007 till en veteran, Gunilla Johansson, för hennes goda handledning på Nyby vårdcentral och till en nybliven specialist,

Åsa Wetterqvist, för att hon organiserat utbildning i motiverande samtal för alla ST-läkare i allmänmedicin. Priset till annan specialitet gick till Mia Ramklint för hennes uppskattade handledning på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen Unga vuxna.

Karin Lindhagen, Uppsala
karin.lindhagen@sfam.a.se

ANNONS

Årets allmänläkare i Halland

Foto: Gösta Eliasson



Lars-Åke Edström tillsammans med SFAMs ordförande Annika Eklund-Grönberg.

SFAM-Halland och DLF-Halland korade "Årets allmänläkare" i Halland vid årsmötet den 13/3. Han heter Lars-Göran Edström. Motiveringen till priset lyder:

"En kollega som trots många år i branschen, med entusiasm drar ett tungt lass i verksamheten. Han är alltid redo att stödja yngre kollegor. I verksamheten imponerar han med en empatisk, pedagogisk och människovänlig attityd till såväl patienter som studenter". Segelbåten är ett vandringspris.

Gösta Eliasson

Ny målbeskrivning för ST – vad innebär Socialstyrelsens förslag till författning i praktiken?

Under flera år har Socialstyrelsen arbetat med en ny författning rörande ST. Författningen är gemensam för alla specialiteter, men vissa avsnitt skrivs av de olika specialitetsföreningarna. De nya målbeskrivningarna gäller för alla som legitimerats efter 2006-06-30. Förslaget till övergripande bestämmelser är klart och utskickat till olika remissinstanser (bland annat SFAM).

Vad innehåller det nya förslaget och vad kommer det att medföra i praktiken?

Gemensamt för alla specialiteter

Målbeskrivningen omfattar fyra olika kompetensområden. Till varje kompetensområde finns delmål och till varje delmål ska anges "metod för lärande" och "uppföljning", det vill säga hur man kan utvärdera att målet har uppnåtts. Samtliga angivna metoder för lärande ska användas. Står det till exempel kurs är den obligatorisk.

Förslaget betonar vikten av kontinuerlig uppföljning, utvärdering och dokumentation genom hela ST. Regelbunden tid för självstudier och möjlighet att delta i forsknings- och kvalitetsutveckling bör finnas. Tre kurser blir obligatoriska för alla – handledning, ledarskap & sjukvårdsorganisation samt EBM. SFAM kommer att föreslå att en kurs i kommunikation/konsultation också ska vara obligatorisk för alla specialiteter.

Vad händer om utvärderingen visar att planeringen inte följs? I författningstexten sägs att "Om brister föreligger bör det leda till förbättringar i ST-läkarens utbildningsprogram, i verksamhetens utbildningsinsatser eller, i förekommande fall, genom tydligare krav på ST-läkarens insatser."

Handledarrollen definieras och stärks och studierektorsbegreppet förs för första gången in i författningen. Verksamhetschefens ansvar blir tydligare. Nytt är också kravet på externa inspektioner "Vårdgiva-

ren ska ge direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur verksamheter med specialiseringstjänstgöring regelbundet ska granskas genom externa inspektioner". Som en form för detta anges SPUR-inspektioner.

Speciellt för allmänmedicin

Den viktigaste metoden för lärande är "klinisk tjänstgöring under handledning vid vårdcentral". För vissa delmål tillkommer tjänstgöring under handledning på annan enhet, det som i vardagligt tal kallas 'randning'. ST-seminarier, FQ-grupp eller motsvarande, i målbeskrivningen benämnt "inomprofessionell reflektion i grupp", finns också angivet som lärandemetod på många ställen. För några delmål tillkommer en obligatorisk kurs, och vad gäller vetenskap ett skriftligt arbete ("uppsats").

SFAM har valt att föreslå några strategiskt valda obligatoriska kurser. De är kurs i allmänmedicin (knutet till delmål 3 under medicinsk kompetens), i barnhälsövård samt i konsultation. Förutom dessa har Socialstyrelsen krav på kurser för alla specialiteter i handledning, ledarskap, och vetenskapligt förhållningssätt.

I den förra målbeskrivningen ("lilla gula") fanns en lång checklista som man kunde använda för att pricka av vad som man gjort och inte gjort. Någon sådan får inte finnas i den del av målbeskrivningarna som Socialstyrelsen ska fastställa, men specialitetsföreningarna kan utforma egna kompletterande anvisningar. En diskussion har förts inom SFAM hur sådana anvisningar ska se ut. För närvarande har vi fastnat för att föreslå läroboken i Allmänmedicin som en slags rikslänkare av vad man behöver uppnå (norsk lärobok redigerad av Hunsbår, svensk upplaga, red Hovellius, 2007, ISBN: 9789144027982).

Både den förra och den nya målbeskrivningen finns på www.sfam.se

Formalia

Ansökan om specialistkompetens ska som tidigare lämnas till Socialstyrelsen. Till ansökan ska bifogas ett intyg utfärdat av verksamhetschefen ("eller den läkare med avsedd specialistkompetens till vilken verksamhetschefen har gett uppdraget") som visar att ST-läkaren har tjänstgjort den tid som krävs, har uppnått delmålen i målbeskrivningen samt har använt sig av de lärandemetoder som målbeskrivningen föreskriver. Handledaryttrande krävs också.

När ansökan kommer till Socialstyrelsen ska den granskas av två externa bedömare som utses av Socialstyrelsen på förslag av berörd specialitetsförening/sektion. Dessa ska vara specialistkompetenta i den avsedda specialiteten. Deras granskning ska inriktas på om tjänstgöringar och lärandemetoder har varit innehållsmässigt relevanta, om intygande personer har haft relevant kompetens för uppgiften samt om eventuella forskarutbildningsmeriter och tjänstgöringar utomlands har intygats av personer med relevant kompetens. SFAMs styrelse kommer i sitt remissvar påpeka att detta inte räcker för att en så stor specialitet som vår ska kunna hålla en nationellt någorlunda lika bedömning av specialistkompetensen. Vi anser att alla ansökningar också ska undertecknas av berörd studierektor innan de skickas in.

Råd och tips:

I början av ST

- Ta kontakt med områdets studierektor och hör vad som gäller just där.
- Tänk inte bara på lönen i anställningskontraktet. Tid för självstudier, möjlighet att delta i exempelvis FQ- eller Balintgrupper och att åka på olika möten kan också förhandlas in.
- Ta kontakt med de andra ST-läkarna i ditt område. Om det inte redan finns, så bilda en ST-grupp.
- Kom överens med din handledare om hur ni ska arbeta. Att handledningen

1. Krav för specialist

- Minst fem års handledarledd heltidstjänstgöring som läkare efter erhållen legitimation.
- Samtliga delmål i specialitetsföreningens målbeskrivning ska vara uppfyllda. För den som är legitimerad senast 060630 gäller den tidigare målbeskrivningen (i vårt fall SFAMs "lilla gula"), för övriga gäller den nya målbeskrivningen.
- En godkänd vetenskaplig avhandling (doktorsavhandling), oavsett ämne och tidpunkt för denna, tillgodoräknas som ett halvt års tjänstgöring.

2. Exempel på hur ett delmål kan vara formulerat:

Medicinsk kompetens		
Delmål 3	Metoder för lärande	Uppföljning
Behärska att följa en patient över längre tid med hänsyn taget till patientens hela livssituation och att i mötet med patienten ha förmåga att ta hänsyn till och utgå ifrån patientens föreställningar, förväntningar och farhågor.	Klinisk tjänstgöring under handledning vid vårdcentral	Intyg om godkänd klinisk tjänstgöring och uppnådd kompetens utfärdat av aktuell handledare
	Inomprofessionell reflektion i grupp	Dokument om genomfört deltagande i inomprofessionell reflektion i grupp
	Kurs	Intyg om godkänd kurs utfärdat av kursledare

fungerar är ett ömsesidigt ansvar, men fungerar det inte så byt.

- Börja med medsittning och videoinspelningar från start.
- Se till att du dokumenterar allt redan från början. Du kan till exempel använda www.kompetensportfoljen.se
- Grovplanera tiden för sidotjänstgöringar och kurser, framförallt de som kan vara svåra att komma med på.
- Planera redan från början utifrån dina specialintressen. Vad vill du få med – forskning, ledarskap, glesbygdserfarenhet, utlandstjänstgöring, annat?

En bit på väg – nästan framme

- Revidera planeringen minst 1 gång/år tillsammans med handledare och studierektor.
- Glöm inte handledarintyg från de kliniker och mottagningar du arbetar på utanför vårdcentralen.
- Stäm av att din planering håller, ordna med Mitt-i-ST eller motsvarande.
- Stäm av att dina kunskaper stämmer med de nationella kraven. Ett bra sätt är att testa skrivningarna från specialistexamen, gärna tillsammans med din handledare.
- Planera in eventuella kortare tjänstgöringar, auskultationer eller studiebesök på andra vårdcentraler, inom eller utom landet.
- Börja tidigt med din uppsats, fundera över vad du vill veta mer om, vilken patientgrupp som känns angelägnast, vilka rutiner du skulle vilja förändra – så du kan använda din skrivtid (ca fem veckor) till något som känns roligt och meningsfullt.

Målet i sikte

- Uppdatera kompetensportföljen.
- Börja övergången från ST-grupp till FQ-, Balintgrupp eller motsvarande.
- Se till att du får handledning på handledning.
- Fundera över SFAMs frivilliga specialistexamen, den ger dig en möjlighet att bli sedd, få återkoppling på din kompetens och arbetssätt, skaffa ett kontaktnät och att få en extra knorr på ST-avslutningen.
- ST tar cirka fem år, arbetslivet som färdig specialist cirka trettio – fundera över vilka vanor/rutiner/kontakter du behöver skaffa dig för att få så stora möjligheter att trivas i arbetet som möjligt.

För handledare

- Kom överens med din ST-läkare om hur ni ska arbeta. Att handledningen fungerar är ett ömsesidigt ansvar, men fungerar det inte så se till att det blir ett byte.
- Se till att du får tillräckligt med tid avsatt för att kunna sköta arbetet bra (mindre lista? kan ST-läkaren sköta en del av din mottagning?). ST-läkaren är en resurs för hela vårdcentralen, men det är i huvudsak din tid som krävs för att det ska fungera. Det ska kompenseras.
- Medsittning och videoinspelningar är nödvändiga för att kunna värdera kommunikativ kompetens. Skaffa dig bra verktyg, gå en kompetensvärderingskurs.
- Bli inte hemmablind. Gå på handledarmötena, lyssna på vad som händer nationellt. Skrivningarna i SFAMs specialistexamen finns på SFAMs hemsida. Använd dem, de är en mycket bra start på en handledningsdiskussion.

- Påminn din ST-läkare om vikten av dokumentation och att komma igång med uppsatsen. Hör med närmaste FoU-enhet om eventuell hjälp med uppsatshandledningen.
- SFAM anser att handledning under kliniskt arbete ska innefatta regelbundna samtal minst en timme per vecka, möjlighet till rådfrågning under löpande arbete, ömsesidig medsittning samt regelbunden ömsesidig genomgång av journaler och annan dokumentation. Handledning kan ges av olika personer men med en huvudansvarig handledare. Handledaren och ST-läkaren ska alltså arbeta på samma ställe, telefonhandledning är inte acceptabel (rådfrågning är något annat).

Enligt Socialstyrelsens förslag till ny författning ska verksamhetschefen

- Utse handledare.
- Tillsammans med handledare och ST-läkare se till att ett individuellt utbildningsprogram upprättas.
- Se till att teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i utbildningsprogrammet.
- Se till att utbildningsprogrammet revideras regelbundet.
- Se till att det finns tillgång till studierektor som ska vara läkare med relevant specialistkompetens samt ha genomgått handledarutbildning.

SFAMs arbetsgrupp för en ny målbeskrivning

Annika Eklund-Grönberg, Stockholm
Madelene Andersson, Piteå
Karin Lindhagen, Uppsala
Meta Wiborgh, Luleå

ANNONS

Samtalet är vårt finaste verktyg

I veckan när detta skrivs presenterades Folkhälsopropositionen av Äldre- och folkhälsominister Maria Larsson. Den är ovanligt tunn till antalet sidor, men väjer inte för svåra frågor. Den talar tydligt om en intention att sjukvården – och då förstås i första hand vi som står i första ledet – ska ta ett stort ansvar för folkhälsofrågorna och det förebyggande arbetet. Så här står det:

"Att främja hälsa i hälso- och sjukvården handlar i hög grad om att se den enskilde patienten i ett helhetsperspektiv och att stödja honom eller henne i att så långt som möjligt själv ta makten över sin situation. Särskilt inom primärvården finns en hög potential för att så tidigt som möjligt stödja patientens egen förmåga att ta ansvar för sitt hälsotillstånd, t.ex. genom att i de enskilda patientkontaktarna informera och samtala om levnadsvanors betydelse för hälsan, ge råd och erbjuda stöd till den som behöver det. De evidensbaserade preventiva metoder som i dag finns tillgängliga bör användas mer."

Det här lilla citatet innehåller flera guld-korn för oss. "Se den enskilde patienten i ett helhetsperspektiv" ... "i primärvården finns en hög potential att tidigt stödja patientens förmåga att ta ansvar" ... "i de enskilda patientkontaktarna informera och samtala" (hade jag fått skriva hade jag vänt på det...) ... "de evidensbaserade preventiva metoder som idag finns tillgängliga bör användas mer"... Och samtidigt finns en spänning mellan hur vi själva uppfattar och definierar vårt arbete, och allt som läggs på oss utifrån att vi ska göra. Kravet att arbeta preventivt, kan nog upplevas som att vi får ytterligare en pålaga. För en specialist med en smal specialitet, är det förmodligen lättare att få gehör för att definitionen av arbetet görs av professionen själv. För oss som har det breda uppdraget av sammanhållande vård både över tid, och för patientens totala bästa, är det svårare,

men inte mindre viktigt. Tvärtom. Om inte vi själva definierar vad vårt arbete går ut på och också tänker till om hur det ska göras, så kan det bli nästan vad som helst – och det tjänar ingen på.

Att fokusera på det människan själv kan göra för sin hälsa, är ekonomiskt. Det är också bättre att förebygga skada, än att behöva rätta till i efterhand, lappa och laga.

Många säger: Det där kan andra sköta, vår medicinska kompetens behövs till de sjuka. Det ligger något i det – både i första och i andra satsen. Andra kan sköta det befolkningsbaserade arbetet, informationen i samhället, rökslutar-grupperna, motionsverksamheten. Vår medicinska kompetens behövs till de sjuka. Men när vi möter människor, både de svårt sjuka och de som kommer med ett medicinskt sett banalare problem, så behöver vi ha kunskapen om hur livsstilen och levandet påverkar hälsa och sjukdom. Vi blir inte trovärdiga om vi inte kan tala om de sakerna också, och lyssna på människors farhågor och förställningar. Det gäller naturligtvis i minst lika hög grad när vi möter dem som har ett minskat eller förstört välbefinnande på grund av vad livet gjort med dem – eller de gjort med livet.

Vi har en samarbetspartner, mer väsentlig än någon annan nämligen patienten själv. Det betyder inte med någon säkerhet att patienten alltid vet att det är så, eller på vilket sätt. Samarbetet måste etableras. Empowerment är inte att en patient kan beställa röntgen och dyra mediciner, efter vad han eller hon har läst på nätet. Patientens empowerment är att hans eller hennes egna resurser för hälsa mobiliseras och tas i anspråk – att patientens får frihet och kunskaper att ta sitt ansvar. Till det behöver de oss som experter.

Och om vi återvänder till citatet från proppen: Vilken metod finns mer tillgänglig än själva samtalet mellan läkare och patient? Det är inte enbart patientens

tillfredsställelse med besöket som evidensbaserat blir bättre vid ett sådant samtal. I våra dagliga patientsamtal har vi det finaste verktyget för ett preventionsarbete specialdesignat för varje enskild person. Vi vet (evidensbaserat) att i ett patientcentrerat samtal finns "hög potential för att tidigt stödja patientens förmåga att ta ansvar", för att låna proppens ord. Vi vet också från mycken konsultationsforskning att detta inte tar någon lång tid.

Vi behöver själva definiera vad vårt arbete innebär. Vi möter patienten – människan i hennes unika situation. Vi har möjlighet att koppla vår kunskap om hälsans förutsättningar till det som är det aktuella bekymret för den som sitter framför oss. Vad det nu vara månne, vare sig det gäller rökning, att röra på kroppen, förhålla sig till stress eller alkohol, så kan ett gott samtal mobilisera patientens egna krafter. Detta individpreventiva arbete kan utföras samtidigt som vår uppgift att vara medicinska experter och ge den rent medicinska vården, också utförs.

Samtalet är vårt finaste verktyg. Låt oss vårda och underhålla det, lära oss mer och mer om hur vi ska använda det – om dess potentialer, både undersökande och behandlande.

Och låt oss samarbeta med våra patienter!



Anna-Karin Svensson

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Annika Eklund-Grönberg
070-757 81 08
annika eklund-gronberg@sfam.a.se

Vice ordförande

Björn Nilsson, 070-210 20 16
bjorn.nilsson@ptj.se

Facklig sekreterare

Anna-Karin Svensson, 070-311 39 96
anna-karin.svensson@sfam.a.se

Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare

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

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16
froken_andersson@hotmail.com

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

Ulf Peber, 070-606 57 65
ulf.peber@lthalland.se

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg,
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson,
Gunnar Carlgren och
Sara Holmberg.

Kansli

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

Examenskansliet

examen@sfam.a.se

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Karin Ranstad, 0455-73 57 21
karin.ranstad@telia.com

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitetsrådet

Sven Engström, 070-330 48 12
Sven.engstrom@swipnet.se

Informatikrådet

Olle Staf
0485-151 33
Olle.staf@ltkalmars.se

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@livmedicus.eu

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

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

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04
thomas.fritz@sl.se

Diplomerade allmänläkare

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

Etiskt nätverk

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Olof Englund
olof.englund@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

Anna-Karin Svensson
anna-karin.svensson@sfam.a.se

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Viktoria Thiger
viktoria.thiger@telgeakuten.se

STOCKHOLM

Carina Widlund
Car.ina@telia.com
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Joseette Troon
joseette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Lars Kvist
Lars.kv@telia.com
Christina Nilzén
Christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

Gastroprima – för mag-tarmintrasserade allmänläkare
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sl.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Kliniskt mentorskap
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

NÄSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Petra Rudberg 070-3676771
petra.rudberg@yahoo.se

Palliativ vård
Sonja Modin
sonja.modin@sl.se

Riskbruk
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Transkulturell allmänmedicin
Monica Löfvander
monica.lofvander@rinkeby.vss.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Anders Håkansson
anders.hakansson@smi.mas.lu.se

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström
per.stenstrom@medtrac.se

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

STOR-GÖTEBORG
Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli
Heléne Sward
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10 E
114 11 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.se

Beställningstalong

Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

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

Jag vill istället bli medlem i SFAM – vilket inkluderar tidskrifterna AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care inklusive supplement.

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

Sätt kryss i rutan ☐

Supplement 1/01
"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal ☐

Supplement 2/01
"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal ☐

Supplement 1/02
"Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal ☐

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare – specialistexamensuppsatser 1997–2002"
Pris: 50 kr (inklusive moms) + porto/supplement

Antal ☐

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

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

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

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

Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 50,
staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle, gits.joel@tele2.se
Tina Nyström Rönnäs, adjungerad redaktör, Tumba VC
kristina.nystrom-ronnas@sl.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
handel.hans@telia.com

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katli@telia.com

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

Annonser
Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Peter Brorsson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
peter@mediahuset.se

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2008

Nr	Manusstopp	Utgivning
3	10/5	25/6
4	4/8	19/9
5	15/9	31/10
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Coaching i grottekvarnen

Jag tror att vi allmänmedicinare skulle må väl av lite coaching, fast inte bara när vi idrottar. Låt mig förklara. I en tidningsintervju från 2001 beskrev den då nyblivna specialisten Annette Friström övergången från ST till specialist på ett närmast härresande sätt. Det var som om de livgivande handledarsamtalen, diskussionerna om läkarrollen och den professionella växten plötsligt avstannade och ersattes av en grottekvarn, av ensamarbete och brist på stimulans (1).

I ett försök att komma tillrätta med detta lanserade på 90-talet allmänläkaren Charlotte Hedberg mentorskapet (2). Att ha tillgång till en jämbördig kollega som samtalspartner borde ju underlätta den professionella utvecklingen. För några år sedan diskuterades också kliniskt mentorskap, då en äldre kollega fungerar som mentor för en nybliven allmänläkare. Den äldre kollegans erfarenheter kommer därmed den yngre läkaren till del under kliniskt arbete. Men även om några av oss har prövat på mentorskap, har modellen aldrig lyckats slå igenom i läkarkåren.

Inom näringslivet började man för några år sedan införa mentorsliknande metoder, fast då med en modernare beteckning, coaching. Idag använder sig företag och ofentliga verksamheter världen över av coaching som ersättning för eller komplement till traditionell fortbildning. Den enskildes behov av lärande bildar då utgångspunkt. I samtal med coachen tar en läroplan form, och dialogen fortsätter under lång tid. Det är alltså ingen principiell skillnad mellan att vara handledare för ST och att vara coach för en specialistkollega.

Coaching syftar bland annat till att den "coachade" personen ska komma fram till välvägd beslut om vad denne ska söka mer kunskap om. Det kan gälla ny eller fördjupad kunskap inom ett visst område. Det



finns många tekniker, och coachen bör ha viss utbildning. I en studie av tre företag som arbetar med coaching som fortbildningsform var syftet främst att höja individuella prestationer och att skapa bättre samverkan. Coaching sågs av cheferna som en framgångsrik "hands-off" ledarstil (3).

Idag vill människor vara fria och inte bundna till en förutbestämd karriärgång, de vill ha kontroll över sina liv och lägger stor vikt vid självförverkligande och individualitet. Att i en värld fylld av andras krav bli sedd och speglad som individ i kontinuerliga samtal om kunskaper och yrkesroll måste rimligen innebära ökad självkänedom och mer självtillit. Detta i sin tur bör leda till ökat välbefinnande och engagemang för jobbet.

Litet coaching, mentorskap eller bara ett och annat förtroligt samtal med en kollega då och då kan nog vara bra för arbetet i grottekvarnen.

1. Lundblad P. Intervju med en nybliven allmänmedicinare. Distriktsläkaren 2001; (3)
2. Hedberg C, Josefsson I. Mentorskapet. Hur förena praktik och teori? Läkartidningen 1994;91:1625-7.
3. Di Schiena C, Ivarsson C. Coaching as a management philosophy (master's thesis). Luleå: Luleå Tekniska Universitet; 2005.

Gösta Eliasson

Falkenberg

gosta.eliasson@bredband.net

2008

Maj

Prehospital care

Berzelius symposium 72
6-7 maj i Stockholm

Prevention, screening och tidig intervention vid typ 2-diabetes

15-16 maj. Svensk Förening för Diabetologis Vårmöte i Härnösand.

Kurs i konsultation och video handledning

16-23 maj. Kalymnos, Grekland
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Forskning i Norr

21-22 maj, Sundsvall

Studierektorskongress

22-23 maj, Nynäs havsbud

EURACT Leonardo course

Handledarkurs på Island 21-25 maj.
Anmälan senast 15 feb.
Mer info genom: meeting@meeting-iceland.com samt genom hemsidan www.euract.org

2nd Conference of Migrant Health In Europe

22-24 maj i Malmö. Mer information på www.migranthealth.se
Europeisk medicinsk informatikkongress
25-28 maj i Göteborg.
www.mie2008.org

Juli

SAPC – Annual Scientific Meeting 2008: Primary Care Research and Education

9-11 juli, Galway, Irland. Arrangör: The Society for Academic Primary Care. Läs mer på www.sapc.ac.uk/08. Abstract senast 7 mars.

September

Wonca Europe Regional Conference

4-7 sep i Istanbul

Framtidens specialistläkare

10-12 sep Malmömässa, Malmö. Stor multidisciplinär kongress om, med och för ST-läkare. Inkluderar studierektorsdag för Sveriges Läkarförbund 11 sep. För mer information se <http://www.framtidenslakare.se/>

The American Academy of Family Physicians Annual Scientific Assembly

17-21 sep i San Diego, USA,
se www.aafp.org

Personlig läkare – möjligheter och förhållningssätt

23-26 sep Vårdnäs, Östergötland.
Kursledare: Göran Sommansson och CarlEdvard Rudebeck. Föreläsare: Lena Svedin. Kursinnehåll, se sidan 28. Anmälan senast 30 maj till christina.m.johansson@lio.se, tel 013-221037.

The Aging Male

Svenska Läkaresällskapets Berzelius Symposium nr 75
24-26 sep på Hilton Hotel, Malmö

Oktober

Wonca Asia Pacific Regional Conference

1-5 okt i Melbourne, Australien, se www.racgp.org.au och www.allanpelch.dk

Royal College of General Practitioners' Annual National Primary Care Conference

2-4 okt i Bournemouth, UK

Nationell kvalitetsdag för primärvården

8 okt. Stockholmsmässa i Älvsjö.
Arrangör: Kvalitetsrådet i Svensk Förening för Allmänmedicin. Abstract skickas in senast 30 april till kjell.lindstrom@lj.se. För ytterligare information se www.sfam.se/kvalitet

SFAMs Höstmöte

22-24 okt i Örebro

November

Prevention of falls and injuries in older people

6-7 nov. Berzelius Symposium nr 77 på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

Laegedage 2008

10-14 nov. i Bella Center, København.
www.laegedage.dk

Riksstämman i Göteborg

26-28 nov i Göteborg



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

Senaste granskning genomfördes 071121. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktors.nu