

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 3 2008 ÅRGÅNG 29



Om att vara handledare/sid 9

Diagnostik av njurfunktion/sid 5 • Vårdval i Sverige – vart barkar det hän?/sid 28



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:

Rapport från studierektorskonferens
Anna Barnéus

Den goda utbildningen
Madelene Andersson och Sven Hagnerud

Utländska läkemedel – en förbisedd risk?
Axel Carlsson och Pär Wändell med flera

Omslagsfoto: Gunnar Brink

3 Ledare

Ljus och mörker
Anders Lundqvist

5 Praktik

Nya rekommendationer om diagnostik av nedsatt njurfunktion – stor praktisk betydelse för primärvården
Kjell Lindström & Per Simonsson

9 Utbildning

Om att vara handledare
Jan-Helge Larsen & Charlotte Hedberg

16 Konferens

Allmänläkardagar i Västra Götaland – en blivande allmänmedicinsk riksstämma?
Gösta Eliasson
Preliminärt program för SFAMs höstmöte 2008

20 Konferens

"Glesbygdsmedicin – ett sätt att jobba, ett sätt att vara, ett sätt att leva – *Lars Agréus*

22 Inbjudan

Nationell kvalitetsdag för primärvården

23 Debatt

Kommentar till GERD-artikel i AllmänMedicin nr 2/2008
Kjell Gunnarsson
Från en som inte tänker KLARA det längre!
Viktoria Thiger

25 Notiser

Chefredaktörpost utlyses
Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologis
Skrivarpris 2008 utlyses

27 Recension

Makt och vetenskap
Peter Olsson

28 SFAM informerar

Vårdval i Sverige. Vart barkar det hän?
Björn Nilsson
Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2008
SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner
När doktorn tar av sig skorna
– en utbildning om sjukvård i hemmet

32 Krönika, kalendarium

Läkarstudenter på vårdcentralen
Roland Morgell



Om att vara handledare skriver Jan-Helge Larsen och Charlotte Hedberg. Sidan 9



Viktoria Thiger tänker inte KLARA det längre. Sidan 24



Håkan Anderson menade att man inte blir trött av arbetet utan av tanken på allt arbete. Läs referat från Allmänläkardagarna i Västra Götaland på sidan 16.

”Jag anser att vi professorer borde gå ihop i ett gemensamt uttalande om primärvårdens ödesfrågor.”

Cecilia Björkelund på Allmänläkardagarna. Sidan 27

ANNONS



Ljus och mörker



Vi har ett fascinerande yrke där vi kan tillämpa ett brett medicinskt kunnande och samtidigt har möjlighet att fördjupa relationer med patienter över lång tid. Det är stimulerande och roligt att vara patienternas fasta kontakt. Därför är det märkligt att vi inte lyckas attrahera yngre kollegor i tillräcklig mängd till vår specialitet.

Inom SFAM och DLF har bemanningsfrågorna varit i fokus de senaste decennierna, men inte mycket har hänt när det gäller rekrytering till allmänmedicinen. Inte ens de beryktade kanonpengarna kunde ändra på saken. På 90-talet drev SFAM en kampanj under devisen ”kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna”, och det handlade bland annat om att förbättra villkoren för vår fortbildning. Vi ville visa på de samhällsekonomiska vinsterna av att satsa på en grindvaktfunktion som kunde ordinera rätt åtgärd för rätt patient vid rätt tidpunkt. Senare har vi med hjälp av Barbara Starfields forskning argumenterat för att allmänmedicinen kan bidra till en effektiv resursanvändning inom hälso- och sjukvården. Vi förutsatte att politiker och tjänstemän skulle förstå argumenten. I en kampanj som hette ”Egen familjeläkare – din rättighet” år 2001 vände vi oss till allmänheten och betonade värdet av kontinuitet och personlig kännedom.

Vem lyssnade på oss då kan man undra? Vårt Protosförslag fick mothugg då vi påstods tala i egen sak. Problemet kan ha varit att budskapet om samhällsekonomiska vinster inte appellerade till allmänheten i en tid präglad av sjukdomsmångleri och utbredd medikalisering. Men vem har något emot kontinuitet? Det känns som att politikerna gått som katten kring het gröt kring detta begrepp.

Lanseringen av surrogatbegrepp som ”vårdlots” och liknande tyder på detta.

Nu sveper över hela landet nya idéer under samlingsnamnet ”vårdval”, och SKL skruvar som vanligt på sig inför hotet om nationell styrning. Företeelsen motas med blandade känslor av kollegor runt om i landet. En del ser det som ett hot, andra som en möjlighet. Lagstiftningen om fast läkarkontakt föreslås nu ses över, med slopande av kravet på specialistkompetens i allmänmedicin. Reaktionen på detta varierar från ”Spiken i kistan för allmänmedicinen” till ”Bra, vi behöver hjälp från fler specialiteter för att kunna lösa vårt uppdrag”. Jag minns hur vår kassör Gunnar Carlgren på SFAMs höstmöte i Linköping 2005, sammanfattade föredragshållaren Quentin Shaws inställning till fenomenet närsjukvård med orden: ”Don’t worry, be happy!”. Var glad över att andra specialister hjälper er med vardagsarbetet, menade Shaw.

Jag vet inte om vi med denna föreslagna lagändring står inför en omfattande subspecialisering av primärvården, eller om detta faktiskt innebär en möjlighet att ett stort antal kollegor med annan specialitet skaffar sig allmänmedicinsk kompetens genom att arbeta med det allmänmedicinska uppdraget i sin helhet. Bägge möjligheterna är tänkbara, det vill säga ett mörkt scenario eller ett ljus scenario. Det mörka scenariot innebär ju en urholkning av den allmänmedicinska värdegrunden i det kliniska arbetet. Det saknas inte grund för oro. Sammanslagningen av vårdcentraler runt om i landet sker kanske inte bara av ekonomiska skäl, utan för att subspecialiseringen ska kunna få utrymme vid strukturrationaliseringar (läs sjukhusnedläggelse). Detta perspektiv avskräcker och det är knappast rekryte-

ringsbefrämjande. I detta läge mobiliserar allmänläkarna sina försvarsmekanismer. Vi frestas att ta på skyggglapparna och gräva ned oss i patientarbetet. Alla är inte hågade av entreprenörskap, men för en del är det en lockande utväg att bli sin egen lyckas smed. För andra är byte av arbetsgivare tillräckligt.

Låt oss istället ta det ljusa scenariot och likt Frank Sinatra betrakta framtiden med rosafärgade glasögon. Vi blir fler som ska sköta grunduppdraget. Våra nyutvecklade specialistkollegor inser att i den verklighet de nu hamnat gäller generalistkompetens och individkompetens, och att rollen som fast läkare omfattar hela uppdraget, inte bara valda delar. De kommer att se ett behov av att skaffa sig specialistkompetens i allmänmedicin. Vi har infrastrukturen för att tillgodose detta behov. Handledarkompetens blir efterfrågad och kanske för en gång skall ordentligt värdesatt.

Vi måste så klart både se hotet och möjligheterna i den kommande förändringen, men också tänka på vilken bild av vår specialitet som vi förmedlar till våra AT-läkare och läkarstuderande. Frustrationen måste balanseras mot framtidsstro. ”Organisationsförslag kommer och går men professionen består”, har någon sagt. Vår specialitet är stark nog för att överleva strukturförändringar.



Anders Lundqvist

ANNONS

Nya rekommendationer om diagnostik av nedsatt njurfunktion – stor praktisk betydelse för primärvården

För att söka uppnå konsensus om optimal diagnostik av nedsatt njurfunktion initierade Svensk Förening för Klinisk Kemi en arbetsgrupp med uppdrag att ge kliniska rekommendationer inom njurdiagnostiken. Denna grupp, med representanter för klinisk kemi, njurmedicin och allmänmedicin, har nu lagt fram sitt konsensusdokument. Det finns tillgängligt på SFKKs hemsida [1].

Dokumentet vänder sig till icke-specialiserad njursjukvård. Målgruppen är främst primärvården, men eftersom njurdiagnostik bedrivs inom alla specialiteter är råden riktade till hela sjukvården. Några huvuddrag presenteras i denna artikel.

- Njurfunktionen bör alltid värderas via beräknat GFR (Glomerulär filtrationshastighet) och inte via markörer som kreatinin eller cystatin C.
- Cystatin C rekommenderas vid utredning av njurfunktionen.
- Cystatin C ger resultat som är oberoende av muskelmassa och rekommenderas därför för att följa njurfunktion hos barn och hos äldre.
- Cystatin C rekommenderas för att bedöma njurfunktionen inför läkemedelsbehandling där njurfunktionsnedsättning kan misstänkas.
- Kreatinin kan användas för att följa upp vuxna patienter med känd njurskada.

Bakgrund

Hög ålder är den vanligaste orsaken till nedsatt njurfunktion. Den glomerulära filtrationshastigheten (GFR), som är det bästa måttet på njurfunktion [2], börjar sjunka hos människan vid 20 års ålder. Vid 75 års ålder finns ca 50 procent av GFR kvar. Den metod som länge använts

Faktaruta 1

När den glomerulära filtrationshastigheten (GFR) sjunker under 30 mL/min sker så stora förändringar i farmakokinetik och farmakodynamik att man bör överväga att:

- Sätta ut kaliumsparande diuretika.
- Sätta ut kaliumsubstitution.
- Byta tiaziddiuretika till loopdiuretika.
- Dosreducera/sätt ut ACE-hämmare.
- Reducera dosen av digoxin (och liknande läkemedel).
- Byta peroral antidiabetika till insulin.
- Undvika NSAID-preparat.

Kinoloner och Trimetoprim bör doseras en gång/dygn (medför halv dygnsdos) efter 70 års ålder [6].

Trombyl och ASA kräver oftast inte dosjustering vid nedsatt njurfunktion (rekommenderas i FASS).

i primärvården för att mäta och åskådliggöra nedsatt njurfunktion är S-kreatinin och att eventuellt härifrån uppskatta GFR med hjälp av Cockcroft-Gaults ekvation. S-kreatinin har felkällor särskilt hos äldre. Med en minskad muskelmassa, normalt åldrande och malnutrition följer en sänkt kreatininbildning. Värdena på S-kreatinin kan därför hålla sig inom det normala ganska länge hos äldre, trots att GFR kan vara kraftigt sänkt [2,3].

Nedsatt njurfunktion påverkar farmakokinetiken främst hos de läkemedel som utsöndras oförändrade via njurarna. Om dessa ges i normal dos erhålls en högre plasmakoncentration och risken för biverkningar och överdoseringar ökar. Detta är idag ett vanligt problem hos många äldre [4,5]. Generellt är läkemedel som utsöndras oförändrade till mer än 70 procent via njurarna aktuella för dosjustering vid nedsatt njurfunktion (faktaruta 1). Till denna grupp hör många vattenlösliga läkemedel, till exempel penicilliner, cefalosporiner, aminoglykosider och digoxin. Dosreduktion

av läkemedel kan ske genom att förlänga intervallet mellan doserna, genom att minska varje enskild dos eller både och. I vissa fall kan även en dosökning krävas vid nedsatt njurfunktion till exempel vid behandling med furosemid.

I syfte att förbättra och förenkla diagnostiken av nedsatt njurfunktion har en ny mätmetod introducerats under de senaste åren, cystatin C [7]. Det är ett lågmolekylärt protein som produceras i alla kärnförande celler i kroppen med en jämn hastighet. Cystatin C påverkas inte av födointag, kön, vikt eller muskelmassa, vilket är positivt när det gäller mätningar på barn och äldre [8]. Serumhalten påverkas inte heller av andra sjukdomar än nedsatt njurfunktion, men mycket stora doser av glukokortikoider och påverkad thyroideafunktion kan påverka produktionen av cystatin C [9] och därigenom serumhalten. I en normalt fungerande njure elimineras cystatin C via glomerulär filtration, reabsorberas och bryts sedan ner i det närmaste fullständigt i proximala tubuli. Koncentrationen av ►►

Stadium		GFR (mL/min/1,73kvm)
1	Normal njurfunktion	≥ 90
2	Lätt nedsättning av njurfunktionen	60–89
3	Måttlig njurinsufficiens – asymptomatisk	30–59
4	Avancerad njurinsufficiens – symptomgivande uremi	15–29
5	Njursvikt – terminal njurinsufficiens	< 15

Faktaruta 2

Klassificering av njurfunktionsnedsättning

Njurfunktionen definieras utifrån den glomerulära filtrationshastigheten (GFR) och delas in i fem stadier.

Det är särskilt viktigt är att kunna skilja stadium 2 från stadium 3–5 eftersom njurfunktionen då är så nedsatt att aktiva åtgärder är indicerade, till exempel för att dosjustera läkemedel.

cystatin C i serum stiger vid nedsatt glomerulär filtrationshastighet.

Ett flertal studier om diagnostisk tillförlitlighet visar att cystatin C har högre sensitivitet och specificitet än kreatinin att upptäcka lätt till måttligt reducerad njurfunktion mätt med clearancemetodik [10]. Detta innebär att metoden är mer lämplig att använda vid screening. Ett flertal studier har visat god korrelation mellan GFR och cystatin C [2]. I en svensk studie var korrelationen mellan cystatin C och Iohexol god ($p < 0,0001$), vilket också talar för att cystatin C skulle kunna vara en bra markör för GFR [11].

Tillkomsten av cystatin C har gjort att det finns ett behov av nya riktlinjer inom området. Svensk Förening för Klinisk Kemi tog 2006 initiativ till en arbetsgrupp med uppdrag att ge kliniska rekommendationer inom njurdiagnostiken. Denna grupp, med representanter för klinisk kemi, njurmedicin och allmänmedicin, har nu lagt fram sitt konsensusdokument.

Nytt konsensusdokument om njurfunktionsmätning

Lär känna din patients GFR!

En grundbult i rekommendationen är att framhäva begreppet GFR (Glomerulär filtrationshastighet). Det är denna hastighet som är avgörande i bedömningen av patients njurfunktion, inte plasmakoncentrationen av biokemiska markörer som kreatinin eller cystatin C. Vi vill nu starkt uppmana till att ange

och diskutera patients njurfunktion i GFR. Denna trend har redan fått sitt fotfäste i USA där National Kidney Disease Education Program under de senaste åren bedrivit ett aktivt arbete med att förbättra diagnostiken och öka medvetenheten bland läkare och allmänhet om GFRs betydelse [12]. I Sverige har utvecklingen accentuerats av att mer än 20 laboratorier nu utför analys av cystatin C, och då automatiskt gör en beräkning av relativt GFR. Denna beräkning medföljer analysresultatet.

Vi vill i våra rekommendationer betona betydelsen av att man kliniskt resonerar om patientens GFR, snarare än om koncentrationen av markörer som till exempel kreatinin och cystatin C.

Vi vill därför rekommendera att GFR bestäms vid all diagnostik och uppföljning av njursjukdom och nedsatt njurfunktion, samt inför dosering av läkemedel som utsöndras via njurarna. På sikt bör endast GFR anges men säkert behövs en längre övergångsperiod då också plasmakoncentrationen av den biokemiska markören lämnas ut.

Dagens metoder för att bestämma GFR

De finns idag tre dominerande metoder för att bestämma GFR; eliminationsundersökningar, cystatin C och kreatinin. Samtliga metoder har styrkor och svagheter och kan komplettera varandra. De behöver dock förbättras på flera punkter.

1. *Eliminationsundersökning med iohexol eller krom-EDTA.*

Elimination (clearance) från plasma via glomerulär filtration av exogent tillförd substans utgör referensmetod.

2. *Cystatin C*

Beräkning av GFR utifrån analys av cystatin C i plasma kan vid nedsatt njurfunktion ge resultat som motsvarar de värden som erhålls med eliminationsundersökningar. Detta gör att cystatin C med fördel kan användas i diagnostiken vid misstänkt njurfunktionsnedsättning speciellt om endast lätt njurpåverkan misstänkts. Cystatin C kan användas vid diagnostiktillfället medan kreatininbaserad beräkning av GFR sedan, framförallt hos vuxna, kan användas för att följa njursjukdomens förlopp.

Cystatin C bör användas när det kan förväntas att olika faktorer påverkar nivån av kreatinin vilket medför risk att få ett felaktigt estimerat GFR. Detta är fallet hos barn och hos patienter med hög ålder och reducerad muskelmassa. Metoden bör också användas för GFR-estimering inför läkemedelsbehandling som skall anpassas utifrån njurfunktionen.

3. *Kreatinin*

I Sverige har vi genom gemensamma ansträngningar, koordinerade av Equalis (www.equalis.se), uppnått en god standardisering av kreatinin med liten analytisk spridning mellan olika laboratorier. Flera olika biologiska tillkortakommanden kvarstår dock, speciellt vid liten muskelmassa och lätt njurskada,

som gör att njurskada kan undgå upptäckt om endast kreatinin ordineras. Estimerat GFR bör beräknas upp till 60 mL/min/1,73 kvm. Över denna nivå bör resultat anges som > 60 mL/min/1,73 kvm.

Beräkningen av GFR bygger på att kreatininvärdet värderas i relation till muskelmassan hos en individ. Detta kräver i moderna algoritmer att ålder och kön (men inte längd och vikt) är kända parametrar. Muskelmassan kan variera även utan koppling till ålder och kön, något som ökar metodens osäkerhet.

Hälsoekonomiska effekter

Kostnaderna för njursjukvård, dialys, läkemedelsbiverkningar orsakade av njurfunktionsrubbnings är mycket höga. En tidig intervention har en njurskyddande effekt. Korrekt GFR-bestämning inför läkemedelsbehandling av bland annat äldre kan reducera kostnaderna för biverkningar.

Ett byte från kreatinin till cystatin C har diskuterats. Motståndet har främst handlat om kostnader, eftersom cystatin C kostar tre gånger mer än kreatinin (39 respektive 12 kronor år 2008 i Jönköpings län). Iohexolbelastning är cirka tio gånger dyrare (519 kr) än bestämning av cystatin C. Beaktat att cirka 10 miljoner kreatininanalyser årligen utförs i Sverige skulle en generell övergång från kreatinin till cystatin C med dagens priser innebära en avsevärd kostnadsökning. En ökad analysvolym kan i framtiden sannolikt reducera kostnaden per analys.

Datoriserad estimering av GFR innebär i sig inga ökade kostnader. Däremot minskas personalkostnader och felkällor inom värden om beräkningen av GFR görs automatiskt.

Vi har inte försökt göra någon ekonomisk analys men sannolikt bör en kostnadsökning inom diagnostiken leda till minst lika stor reduktion av kostnader för läkemedel och sjukvård.

Referenser:

1. Svensk Förening för Klinisk Kemi. Konsensus om GFR estimering och Cystatin C plats i njurdiagnostiken 2008. www.kliniskkemi.org/Files/Dokument/31/Konsensus%20om%20GFR%20final%20080318.pdf
2. Aurell M, Frennby B, Sterner G, Sixt R, Christensson A. Glomerulär filtration – främsta måttet på njurfunktion. *Läkartidningen* 2002;99(38):3686-94.
3. Lindström K, Kindgren L, Zafirova T, Frisenette-Fich C. Läkemedelsbiverkningar bland äldre kan minskas. *Läkartidningen* 2007;104:242-4.
4. Fryckstedt J. Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. *Läkartidningen* 2008;105:894-7.
5. Odar-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, Tesfa Y, Bergendahl A, Helldén A, Bergman U. Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. *Läkartidningen* 2008;105:890-3.
6. Norrby R, Cars O. Antibiotika- och kemoterapi. *Behandling av infektioner i öppen vård*. Liber AB, 2003.
7. Filler G, Bökenkamp A, Hofmann W, Le Bricon T, Martínez-Brú C, Grubb A. Review. Cystatin C as a marker of GFR - history, indications, and future research. *Clin Biochem* 2005;38(1):1-8.
8. Wasén E, Isoaho R, Mattila K, Vahlberg T, Kivela SL, Irjala K. Estimation of glomerular filtration rate in the elderly: a comparison of creatinine-based formulae with serum cystatin C. *J Intern Med*, 2004;256:70-8.

9. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. *Ann Intern Med* 1999;130(6):461-70.
10. Newman D, Thakkar H, Edwards R, Wilkie M, White T, Grubb A, et al. Serum cystatin C measured by automated immunoassay: a more sensitive marker of changes in GFR than serum creatinine. *Kidney Int* 1995;47:312-8.
11. Larsson A, Malm J, Grubb A, Hansson LO. Calculation of glomerular filtration rate expressed in mL/min from plasma cystatin C values in mg/L. *Scand J Clin Lab Invest* 2004;64:25-30.
12. National Kidney Disease Education Program, National Institute of Health, www.nkdep.nih.gov

För ytterligare referenser, se dokumentet på SFKKs hemsida [1].



Kjell Lindström
Distriktsläkare/FoU-chef
Primärvårdens FoU-enhet
Culturum, Jönköping
Kjell.Lindstrom@lj.se



Per Simonsson
Docent och överläkare
Klinisk Kemi, UMAS



Kurs i Modern Ortopedisk Medicin
för läkare och sjukgymnaster
29 dec 2008 – 12 jan 2009
Kerala, Indien
www.langtbortlara.se

ANNONS

Om att vara handledare

Alla hantverkspräglade yrken kräver handledning för att praktiskt kunnande kan ges vidare och utvecklas [1,2].

Som handledare fungerar man som dialogpartner som kan betrakta konsultationen och patient-läkarrelationen utifrån. Handledning (engelska/danska: supervision) rymmer två betydelser: dels att överblicka, dels att övervaka. Denna dubbla betydelse får jag som handledare vara uppmärksam på.

Om min handledning får karaktär av utvärdering (evaluering), kommer läkaren att pressas i att prestera och behaga handledaren, och risken är att han/hon inte får hjälp med att se och formulera sina egentliga problem. Ett bra mått på tilliten mellan läkaren handledare, är att läkaren ber att få hjälp med en problematisk eller bristfällig konsultation. Min uppgift som handledare blir då att hjälpa läkaren att utgå ifrån det han tycker är problematiskt och sedan hjälpa honom/henne att hitta sin styrka, och hitta fram till nya sätt att bemöta patienterna.

Jag går själv i handledning för att bli duktigare och klokare – bara det inte blir obehagligt och jag blir lämnad med en negativ bild av mig själv. Handledning kan på så sätt bli en parallell till att gå i terapi. Det kräver att man vågar utsätta sig för den andres blick och detta är inte alltid enkelt. Under min handledning kommer jag att visa hur jag hanterar mina konsultationer, vad jag klarar bra och mindre bra. Detta är själva tanken bakom det; att visa en eller flera kolleger vad jag gör, men samtidigt hotar ängslan att inte handla tillräckligt bra, och därmed att vara en mindre bra doktor.

Otrygghet är alltså ett grundvillkor i handledning. Hur förhåller jag mig som handledare till detta dilemma? Det har blivit klart under lång tid som handledare att det finns förhållningssätt och metoder som är väl fungerande men inte allmänt kända. Den kunskapen önskar vi förmedla.



Foto: Jan-Helge Larsen

Gruppsupervision

Handledning äger rum på många vårdcentraler och i kollegiegrupper, och en bra handledning är avgörande för professionell utveckling och trivsel. Vad innebär det att vara handledare för utbildningsläkare och allmänläkare? Vad skall man kunna, och vad skall man bidra med?

Varför är handledning nödvändig – och vad kan den ge?

Under konsultationen bör läkaren både ta vara på patienten och på sig själv.

Läkaren lyssnar till patientens ofta plågsamma och smärtsamma upplevelser. Patientens känslor inducerar i sin tur känslor i läkaren. Några av patientens känslor kan skapa särskilt kraftig resonans hos läkaren [3].

Under en handledning upptäcker man hur läkaren ofta tar över patientens känslor under konsultationen, så att läkaren – som annars mådde bra före konsultationen – sedan kan känna sig irriterad, trött, maktlös eller få andra negativa känslor, som belastar och kanske omedvetet överförs till nästa patient.

Under handledningen upptäcker man också att läkaren ofta fokuserar på det han

inte gjorde bra under konsultationen, något som ytterligare bidrar till den dagliga belastningen och upplevelse av trötthet vid slutet av dagen – en trötthet och otillfredsställelse som med åren kan bli mera permanent, ge olust till arbetet och sluta i utbrändhet [4].

Handledning är en sorts frivillig kvalitetskontroll. När man låter kollegorna titta bakom konsultationens stängda dörr upptäcker man gemensamma arbetsvillkor och ramar, men också möjligheter för alternativ; en möjlighet att utveckla sig själv som instrument.

Den gemensamma reflexionen med kollegor bidrar till att förstå villkoren för läkaryrket och att utveckla en yrkesmässig identitet, ett yrkesmässigt vi, som hjälper en att acceptera möjligheter och begränsningar.

Gemenskaps känslan i den kollegiala samvaron motverkar den ensamhets känsla och maktlöshet, som annars lätt kan uppstå, när vi kommer till korta i patientbehandlingen.

När man går i handledning utvecklas med tiden en inre handledare. Denna inre observatör kan hjälpa läkaren med att se situationen i "fågelperspektiv", ►►



och även registrera sina känslor under konsultationen och på så sätt skapa en möjlighet för att överväga olika sätt att bemöta patienten [5]. Tillsammans med sin inre observatör har läkaren hela tiden möjlighet att reflektera över och diskutera situationen, och sina möjligheter för att handla.

"Besvärliga patienter"

– exempel på läkarens reaktioner

De patienter som vi upplever som besvärliga, kan bli goda lärare för oss [6]. De "besvärliga patienterna" utmanar oss genom att vara svåra att hjälpa. När vi tar sådana möten i handledning kan det därför bli särskilt lärorikt. Det kan vara en patient som irriterar mig, inte vill följa mina råd eller har gjort mig trött. Under handledningen kan läkaren tillsammans med handledare och kollegor undersöka de reaktionsmönster som finns i konsultationen.

Min grundläggande önskan är att hjälpa. De flesta väljer att studera medicin av denna orsak och har sedan tränat praktiskt och teoretiskt i många år [7]. Denna hjälpar-/läkarroll har blivit en central del av min självförståelse och identitet. Men jag är kanske inte medveten om *hur* nära knuten jag är till hjälparollen. Just i mötet med "besvärliga patienter" kan det utifrån sett bli klart, att jag har assimilerat hjälparollen så att den har blivit en nästan oskiljbar del av mig (*introjektion*) [8,9]. När jag känner mitt tillkortakommande är det just denna kvalitet som "den besvärliga patienten" hotar. När patienten uttrycker sin känsla av maktlöshet: "Jag kan inte ha det så här längre", kan jag känna att min inlärda (*introjicerade*) handlingsberedskap att hjälpa (alla) kommer i konflikt med vad jag faktisk kan göra för denna patient, och på så sätt aktiveras också min maktlöshet.

Det är så obehagligt att känna detta nederlag, och därför för jag omedvetet över det på patienten (*projicerar*), och så framstår patienten som irriterande eller tröttande (*projektion*) [8,9]. Det är här handledare och kollegor kan hjälpa mig, genom att påpeka att problemet både består i att patienten har det besvärligt

och på att mitt obehag beror på att min roll som hjälpare har blivit ifrågasatt eller hotad. De känslor patienten sänder till läkaren kallas inom den psykoanalytiska tradition för *överföring*, medan de känslor som väcks i läkaren och som sänds tillbaka till patienten kallas för *motöverföring* [6,9].

Men jag kan också omedvetet hantera mitt obehag på andra sätt än att projicera. Min inlevelseförmåga kan så småningom leda till att jag blir *konfluent* (sammanflytande) [8,9] med patienten, och glider in i patientens maktlöshet. Uppslukad av patientens uppgivenhet kan jag tillsammans med patienten ganska stilla lida en drukkingsdöd, där jag inte strukturerar patientens problem eller ens undersöker patienten adekvat.

En annan reaktion är att jag känner skuld över att jag inte kan hjälpa, och kanske straffar mig själv för mitt professionella tillkortakommande (*retroflexion*) [8,9], till exempel.: Om jag inte kan hjälpa dig kan jag i alla fall sjukskriva dig.

Genom att tillsammans med handledare och kollegor undersöka de reaktionsmönster som finns i konsultationen, kan man – förhoppningsvis – acceptera sin icke universella hjälparoll utifrån ett mer medvetet val om vad rollen ska innehålla. Förslagsvis: Om jag inte kan hjälpa kan jag åtminstone lyssna på, ledsaga och trösta patienten, och jag kan då upptäcka att jag själv är ett mycket verksamt läkemedel [10]. Denna undersökningsprocess – handledning – innehåller därför både en konkret hjälp till att förhålla sig till den aktuella patienten, och en hjälp till att medvetet förhålla sig till sin läkarroll. Förutsättningen för ett bra resultat är att det känslomässiga klimatet i handledningsgruppen är tillräckligt stödjande och öppet, så att man vågar vara ärlig. Detta beror till stor del på hur återkopplingen (*feed-back*) fungerar.

Handledning handlar om god återkoppling

En signal på återkopplingens värde är reaktionen på återkopplingen. Man kan trappformigt beskriva olika reaktioner på återkoppling:



Adolfsson Et Eriksson [11]

Om läkaren helt förkastar eller börjar försvara sig vid försök till återkoppling är handledaren inne på fel spår. Om den handledde förklarar sig finns fortfarande möjlighet till lärande, men först efter att handledaren förstått vad behovet av förklaring står för. Positiv bekräftelse kan här vara mycket verksamt för att den handledde ska kunna avsluta sitt försvar och komma vidare till en förståelse av informationen. Grundregler för god återkoppling är att konkret utgå från vad handledaren har sett eller hört och beskriva detta. Det bästa är att ge återkopplingen konkret, direkt och i dialog. Video är därför ett suveränt hjälpmedel för god återkoppling.

Handledningens fokus och mål

Handledningens fokus är här (vanligtvis) dialogen mellan patient och läkare, och läkar-patient-relationen. Handledning kan hjälpa att analysera vad som händer under konsultationen [1,2]:

1. konsultationsprocessen
2. det medicinska
3. patient-läkarrelationen

Dialogen mellan läkare och patient har i konsultationsprocessen sin speciella kronologi: etablerandet av en relation, patientens del, läkarens del och den gemensamma delen. Det är särskilt viktigt att läkaren ökar sin uppmärksamhet på och tränar på patientens del, hur han undviker att avbryta patienten [12]. Det är nämligen under denna del han får klargjort patientens föreställningar, farhågor och förväntningar.

Vid konsultationens slut frågar läkaren vanligen sig själv – och senare i handledningsgruppen frågar han kolle-

gorna: Fick patienten det han kom för? Kunde jag ha handlat annorlunda? Varför tog denna konsultation så lång tid? Vad var det som gick fel? Varför känner jag mig så trött, irriterad, missnöjd och så vidare?

Som man kan se börjar handledningen ofta med en del tvivel och negativa känslor hos läkaren. Därför är det avgörande att handledningsmetoden – och handledaren – ser till att de negativa känslorna inte förstärks. Handledaren måste här skilja på läkarens känslor av vad han har presterat, och de känslor patienten satte i gång i läkaren under konsultationen. Prestationskänslorna handlar om vad kollegorna och man själv tycker man gjorde bra. Patientkänslorna bottnar i motöverföringen, det vill säga alla de reaktioner läkaren får i mötet med patienten [2,13].

En till en-handledning

Denna handledning äger oftast rum med en läkare under utbildning. När man ska handleda bör man först träffa avtal om ramarna: tid och plats, tystnadsplikt, handledningens innehåll och ändamål. Vidare bör handledningsmetod bestämmas och en överenskommelse görs om att handledningen anses som avslutad när tiden har gått.

Handledaren är äldre och mera erfaren än läkaren. Läkaren är upptagen med huruvida hans arbete är tillräckligt bra, och är därför särskilt uppmärksam på om handledaren kommer med kritik – prestationstankar. Om handledaren kommer med några välmentade råd, kan handledningen lätt sluta i att läkaren känner sig kritiserad och kontrollerad [14]. Till detta medverkar att han överför en del av sin självkritik på handledaren. Rent praktisk visar det sig genom att läkaren börjar att förklara/diskutera. När detta sker är det en indikation på att handledaren har satt igång ett försvar som riskerar att blockera vidare lärande.

Därför strävar jag som handledare efter att kontot i förhållandet mellan handledare och handledd hela tiden hålls positivt [15]. Hur gör jag det, vilka redskap har jag till mitt förfogande? Här får jag fråga – en parallell till konsultationsprocessen:



Foto: Jan-Helge Larsen

Supervision

– Vad fick honom att välja just denna konsultation? Vad är läkarens tankar och funderingar om denna video han vill presentera (föreställningar)?

– Hur känns det att visa denna konsultation för mig (är det någonting som oroar honom; farhågor)?

– Vad är det egentligen läkaren vill ha hjälp med (förväntningar)?

Därefter kan vi överväga om vårt initiala kontrakt var tillräckligt klart. Dessutom om jag ser nya växtpotentialer hos läkaren. När dessa frågor och tidsramen är avklarade, kan vi sätta i gång.

– Finns det någonting han/hon vill att jag ska vara särskilt uppmärksam på?

– Finns det någon särskilt sekvens han/hon vill visa mig? (Den handledde kan här stoppa bandet och kommentera det som sker.)

– Är det OK att jag stoppar bandet, när jag tycker det finns något intressant?

Som handledare är det viktigt att jag snabbt hittar och kommenterar något som läkaren gör bra. I min iver efter att hjälpa kommer jag nämligen allt för lätt att fastna i det som läkaren kunde ha gjort bättre. Genom att tidigt kommentera det läkaren gjort bra, till exempel att han är vänlig och tillmöteskommande, har ögonkontakt med patienten, ger patienten tillfälle att tala, med mera, visar

jag läkaren, att jag ser positivt på vad han gör – då först kan hans inre domare eller kontrollant börja slappna av! Under handledningen fortsätter jag se till att kontot är positivt – en förutsättning för att den som blir handledd kan ta in det jag säger, och vi kan ägna oss åt undersöka läkar-patientrelationen. Läkaren kan märkligt nog få ett utmärkt utbyte av en handledning som uteslutande innehåller beskrivningar på vad läkaren gjort bra.

Klimatet mellan oss påverkas av mitt sätt att fråga på eller kommentera. En vanlig handledarmetod är att ställa frågor av typen: Vad tänkte du här? Detta kan dock av läkaren upplevas som att handledaren ifrågasätter. Det beror på att bakom alla frågor ligger ett dolt påstående och läkaren kan tro att det också finns en dold kritik, till exempel: ”Jag tycker patienten borde fått tillfälle att tala till punkt och inte bli avbruten av dig”. För att minimera den risken måste handledaren först framhålla det läkaren gjort bra, innan han bland annat ställer frågan: är det någonting du skulle ha gjort annorlunda här?

Patienten, en äldre kvinna, frågar läkaren (L) vad högt blodtryck egentligen är, men handledaren (H) ser att patienten tittar bort när läkaren börjar förklara. ►►

H: Du förklarar det med blodtrycket riktigt bra. Finns det någonting här du skulle ha gjort annorlunda?

L: Inget särskilt.

H: Jag ser att patienten tittar bort, vad tror du hon tänker?

L: Jag tror hon håller på att förbereda sin nästa fråga. Det hade jag inte lagt märke till.

Handledaren skall här hitta en väg att ge stöd till läkaren så att han försonar sig med sin ofullkomlighet, och samtidigt ge inspiration till utveckling. Om läkaren ger uttryck för att han önskar kritik, måste handledaren börja med att fråga om han själv önskar att han hade gjort någonting annorlunda.

Ofta har då läkaren egna intressanta och användbara förslag som kan prövas tillsammans. Om läkaren frågar dig vad du själv skulle ha gjort, kan du exempelvis svara: Om det hade varit jag, så skulle jag kanske (på en bra dag) gjort... Men akta dig så att du inte säger för mycket! Om läkaren börjar diskutera ditt förslag, kan det vara för att försvara sig – då har han uppfattat ditt förslag som ett angrepp – och kontot måste återställas. Därför är det viktigt att ge sig tid att utvärdera handledningen innan man avslutar: Fick läkaren den hjälp han ville?

Läkaren måste framhålla en eller två saker han tar med sig från handledningen (åtminstone en positiv om sitt eget bemötande), och han måste ge uttryck för hur han har upplevt handledningen. Till slut kan handledaren säga vad han tar med sig för egen del.

En till en-handledning kan vara mycket lärorik, förtrolig och intensiv, men handledarens dubbla roll som lärare och kontrollant komplicerar situationen genom att öka kravet på prestation. Denna ofrihet i förhållandet ökar risken för att handledarens välmentade kommentarer kan uppfattas som sårande eller kränkande [14]. Men det kan också under handledningen bli klart för handledaren att läkaren har allvarliga yrkesmässiga och kommunikativa svagheter, som måste åtgärdas.

Grupphandledning

Handledning i grupp rymmer många fördelar, bland annat: flera kan lära av

varandra, gruppens deltagare kan spegla sig i och stödja varandra, och till detta kommer upplevelsen av att vara i en gemensam utvecklingsprocess. Genom att se och höra vad kollegorna gör, kan läkaren jämföra sig och få en realitetskorrektur, det vill säga indirekt erfara om han jobbar tillräckligt bra inom sin specialitet – allmänmedicin. Handledningens betoning av det positiva är en bra motvikt till vardagens slitsamma upplevelse av att man ganska ofta känner att man inte når ända fram, och att man kanske kunde ha gjort bättre [2].

Det första mötet med gruppen är viktigt

Ett bra förhållande är avgörande för att gruppen kan fungera. Hur förbereder jag mig till det första mötet? På det kognitiva planet kan tryggheten för den enskilde deltagaren – och därmed för gruppen – säkras genom att du klargör ramarna i god tid före första mötet:

- Vilka deltagarna är, namnlista med telefonnummer
- Tid och plats, kaffe och kaka
- Preliminärt program
- Litteratur, till exempel ett par artiklar om handledning
- Tystnadsplikt

På så vis bidrar man till att minska osäkerheten om vad som ska hända och deltagarna ges möjlighet att göra sig positiva föreställningar och förväntningar.

Jag glädjer mig inför mitt arbete i gruppen utifrån tidigare positiva erfarenheter med andra grupper, men vad gör jag för att motverka min osäkerhet och oro för att inte räcka till?

En bra hjälp är att tänka på att deltagarna har en liknande ambivalens, å ena sidan önskan om att bli klokare och å andra sidan oron över att inte vara tillräckligt bra. Därför måste jag medvetet leta efter det som jag tycker om hos var och en av deltagarna. De har vid första kontakten ofta en lite frånvarande attityd som kan göra mig osäker, men om jag förstår att det handlar om deras osäkerhet har jag mycket lättare att bemöta dem med vänlighet, omsorg och intresse. Till min stora glädje blir mitt tillmöteskommande oftast positivt be-

svarat, därför att kollegorna märker av min vänlighet och kan släppa något av sin oro. Däremot kan min önskan om att deltagarna ska bli duktiga upplevas som ett krav om prestation, som ökar deltagarnas oro och får dem att reagera med reservation som begränsar deras kreativitet och öppenhet.

Vid den första sessionen ska ni bara lära känna varandra. Syftet med presentationen är att både du själv och deltagarna får något positivt in på kontot. Deltagarna uppmanas berätta om sina föreställningar om vad som ska hända: Har de några positiva förväntningar? Finns det något de oroar sig för? Har de kanske haft dåliga erfarenheter av liknande situationer?

Avslutningsvis formulerar varje deltagare tre saker han är bra på, jämte tre saker han vill ha hjälp med här i gruppen. Under denna process är det din uppgift som handledare att bidra till tryggheten genom att visa att du ser och hör varje deltagare – och förstås också genom att du presenterar dig själv och på så sätt blir tydlig och en modell för gruppen, till exempel genom att berätta om en situation där du själv hade glädje av handledning. De tre sakerna man vill ha hjälp med och de tre sakerna man är bra på måste du försöka sammanfatta i ett kontrakt, där du visar att du har hört vad som har sagts, och erbjuder din hjälp. När kontraktet har förhandlats på plats kan både deltagaren och du själv slappna av, och du kan i det framtida arbetet jämföra detta första kontrakt med det vidare arbetet i gruppen. Ditt arbete blir därmed tydligare, mera målmedvetet och ökar därmed tryggheten i gruppen.

För mig som handledare betyder presentationen att alla deltagarna träder ut ur en sorts anonymitet och blir tydliga, och vi får en ömsesidig respekt. Det är bra att tänka på gruppen som en organism, där alla påverkas om en kollega inte trivs. Min ambition är därför att få med alla i processen genom att få de tysta att formulera sig. Gruppen kan inte slappna av förrän alla deltagare har en plattform. Först då utvecklas gruppgemenskapen och deltagarna får en positiv

hållning till mig som ledare, så vi alla kan slappna av och komma i gång med handledningen.

Innan första sessionen avslutas måste två deltagare – och gärna en i reserv – se till att ha material med till nästa gång.

Den första handledningen – val av handledningsmetod

Varje handledning inleds med en ”sedan sist-runda”. Är det något som dröjer sig kvar från föregående möte? Finns det något akut som pressar sig på, till exempel samarbetsproblem på arbetsplatsen eller till och med en patientanmälan? Vem har video (band eller case) med sig i dag?

När man börjar handleda är det bra att välja en säker handledningsmetod. Därför har vi här valt att beskriva **Fönstermetoden** som är en säker metod att lära grundprinciperna i videohandledning, och den fokuserar särskilt på konsultationsprocessen (2).

Fönstermetoden

– handledning enligt schema

Handledningen inleds med att den handledde säger vad han gärna vill ha kollegornas och handledarens hjälp med. Detta första kontrakt ger handledare och deltagare möjlighet att målinrikta sin hjälp. I schemat ger varje ”fönster” plats för att bara den/de personer som omnämnts får lov att tala. Detta minskar risken för att bli avbruten och för diskussion.

1. I det första fönstret i schemat [2] skall den handledde ge uttryck för sina – ofta motstridiga – känslor. Känslorna uppstår i mötet med patienten, några för att de överförs från patienten, andra för att de väcks i läkaren. Som handledare bör man komma ihåg att alla känslor har en kroppslig förankring. Handledaren kan skilja mellan om det är tal om en känsla, en tanke eller en förklaring, genom att ställa frågan (antingen öppet eller för sig själv): *”Var i kroppen märker du det?”*

2. I nästa fönster blir det kollegornas tur att på samma sätt ge uttryck för sina känslor: *”När jag identifierar mig med läkaren, känner jag trötthet och frustration”*. På detta sätt kan man få en bild

av den mångfald som nästan varje konsultation rymmer, och som avspeglar sig i kollegornas ofta motstridiga känslor. I denna process är det viktigt att handledaren ser till att kollegorna inte kommer med ledande förklaringar, därför att de lätt får karaktär av maskerad kritik mot den handledde. Därför skall handledaren se till att stoppa, så snart kollegan säger ”för att”.

När alla på ett tidigt stadium får möjlighet att ge uttryck för sina känslor ”lättar trycket” och det skapas lyhörddhet i gruppen. Genom att registrera deltagarnas olika känslor får man en avspiegling av de känslor som patient och läkare rymmer, även om de kanske inte visats öppet under konsultationen. När läkarna tränas att skärpa sin uppmärksamhet på känslorna, kan de överföra denna erfarenhet på dagliga konsultationer, så att den inre observatören utvecklas.

3. I detta fönster är det den handleddes tur att ge uttryck för vad han tycker han gjorde bra. Genom att starta här försäkrar man sig om att det kommer något positivt in på kontot. Samtidigt ger den handledde deltagarna en idé om hur klart han ser sina starka sidor, och därmed hur viktigt det är att kollegorna påpekar dem. Det kan ofta kräva en stor övervinnelse för den handledde att framhäva något positivt, men det är viktigt för att också kunna ta emot positiv kritik från kollegorna.

4. Här är det kollegornas uppgift att framhäva de positiva elementen i konsultationen, så att den handledde blir uppmärksam på det han gjorde bra. Det bidrar till att konsolidera den handleddes goda beteende och självförtroende. Prova att tänka dig in i patientens situation och känn efter hur läkarens positiva beteende påverkar dig. Välj några exempel, och använd ord som beskriver känslor, exempelvis *”Jag blev glad och varm, när du...”*, *”som patient kände jag mig tagen på allvar, när du...”*. Man kan gärna vara generös med att framhäva det som är positivt. Till exempel kan stor energi och arbetsamhet hos läkaren nog vara en resurs, men samtidigt ha en negativ sida, nämligen att läkaren arbetar onödigt hårt och kanske

därigenom förlorar överblick senare i konsultationen. Några kan kanske här miss-tänka att handledningen lätt utvecklas till en klubb för inbördes beundran, men ofta sker det paradoxala att när tryggheten väl är etablerad kommer den handledde själv fram till områden han kan bli bättre på.

5. På detta sätt flyttar sig handledningen ofta ”av sig själv” över i det kritiska och kreativa femte fönstret, där den handledde gör klart vad han skulle önska att han kunde ha gjort annorlunda.

6. Detta fönster är nog det svåraste. När man ger återkoppling bör man vara klar över om man gör det för att hjälpa den andre eller om man gör det för sin egen skull, till exempel för att framstå som klok eller för att ge luft för egna frustrationer. Om man önskar att hjälpa den andre, bör det man säger ha ett sådant innehåll och bli sagt på ett sådant sätt att den andre får lust till att förändra sitt beteende. Om ens återkoppling får den handledde att gå i försvarsposition är den förgäves.

Vid denna tidpunkt vet den handledde vanligtvis bara allt för väl vad som gick mindre bra i konsultationen, så när kollegorna kommer med sin kritik finns det inget skäl att betona de fel och brister den handledde själv framhållit. Genom att slutföra meningen: *”Om det var jag, på en riktigt bra dag, så skulle jag kanske...”* tvingas kollegorna formulera konkreta **handlingsförslag**, som helt står för kollegans egen räkning. Handledaren bör stoppa om kollegan trots allt smugglar in kritik bakvägen genom att jämföra, till exempel: *”Om det var jag, skulle jag ha gått mera in på patientens ångest”*. Här bör handledaren rätta det, till exempel: *”Om det var jag, skulle jag ha frågat patienten: Vad är det som bekymrar dig allra mest?”* Sådana handlingsförslag är lätta att förstå och gör det enkelt för den handledde att ta ställning till förslaget. Det befriar också den handledde från att behöva försvara sig mot öppen eller dold kritik som bland annat ligger i jämförelser. Om handledaren märker några missljud, eller att balansen tippas, bör handledaren omedelbart gripa in. ►►

7. I detta fönster berättar den handledde för det första vad han kan komma ihåg av det som är sagt hitintills. Därefter visar han vilket av det som är sagt som han kan tänka sig att använda.

8. Här får kollegorna möjlighet att formulera sitt personliga utbyte av handledningen, vad de själv tar med hem. Och det man själv formulerar, minns man bättre.

9. Liksom schemat inleddes med att fråga om den handleddes känslor, bör handledningsprocessen också avslutas med att fråga om känslan. Det skall helst vara så att den handledde har det bättre vid handledningens avslutning – annars är det något fel, och det skall i så fall undersökas.

10. Också kollegerna skall ha möjlighet att ge uttryck för hur de har det och vad de eventuellt har behov av. Således fungerar fönsterna 9 och 10 som säkerhetsnät för handledaren, som checkar om handledningen kan avslutas.

Det finns andra bra handledningsmetoder, bland annat Balintmetoden och Reflekterande team-metoden [10,16]. Metoderna varierar i förhållande till att skapa trygghet eller liv och dynamik i gruppen. Man väljer handledningsmetod efter en bedömning, vad som är mest givande i förhållande till det aktuella materialet, vem som ska handledas, gruppens karaktär och behov, och vad man själv som handledare skulle trivas bäst med.

Som handledare måste jag arbeta på att få fram de känslor som väcks hos läkaren och kollegorna, eftersom de säger något centralt om läkare-patient-förhållandet. Gentemot den handledde måste jag vara stödjande och uppmärksam och vänlig, medan jag gentemot kollegorna måste vara tydlig i min metod för att undvika kränkningar och för att skapa trygghet i gruppen.

Tänk på att alla handledare kan göra fel. Om det uppstår konflikter i förhållande till handledaren, måste jag ta det som uttryck för att det finns behov i gruppen som jag inte har uppmärksam-

Schema till grupphandledning, namn _____

Vad vill jag ha kollegornas hjälp med?

Läkaren	Kollegorna
1. "Vilka känslor sätter patienten i gång i dig?"	2. "Om jag sätter mig i läkarens situation, vilka känslor sätter patienten i gång i mig?"
3. Jag tycker, att jag gjorde ... bra	4. Jag tycker det var bra att du/när du ...
5. Jag skulle önska, jag hade gjort ... annorlunda	6. Om det var jag, så skulle jag kanske ...
7. Det jag tar med mig är ... Jag är bra på att ...	8. För min egen del tar jag ... med mig
9. Nu känner jag...	10. Nu känner jag ...

J-H Larsen, O Risør, J Nystrup. Månedsskr Prakt Lægeger 1997; 75: 163-176.

mat. Detta rör sig oftast om att någon inte har fått en tillräcklig plattform eller återkoppling om vad vederbörande har gjort bra.

När man funderar över vilken handledningsmetod man ska välja och vilka mål man strävar mot, kan man dessutom ta hänsyn till tre saker:

– Att läkare är olika i sin läkarroll: Några har svårt att sätta gränser, andra har behov av kontroll, några litar mycket på sin empati – andra inte, en del känner sig ständigt osäkra – andra säkra, en del har mycket tålamod medan andra blir lätt otåliga och så vidare.

– Olikheter visar sig också i handledningssituationen: några känner sig trygga och kan nästan ta in allt vad kollegorna föreslår, och även använda det;

Fallgropar vid handledning

Att inte låta läkaren själv presentera sitt problem eller synpunkt

Att inte hitta det positiva

Att inte ge utrymme för läkaren själv att komma med konstruktiva alternativ

Att ge för mycket återkoppling

Att inte ge förbättringsförslag

Att inte ta reda på hur återkopplingen uppfattats

Att inte ta reda på hur läkaren förstått återkopplingen: att glömma att be läkaren summera vad hon/han tagit med sig

andra känner sig så osäkra att de knappt kommer ihåg något från handledningen, beroende på att de är så upptagna av sin prestation.

Man ser inte allt på video. Problem i konsultationen och arbetsvillkoren är också olika.

Riskerna vid handledning – skam och terapi

Vi har redan flera gånger talat om den utsatthet och sårbarhet man känner, när man låter kollegorna se och höra hur man arbetar. Den handledde kommer i fokus och kommer på så sätt i kontakt med sin inre domare: gör jag det tillräckligt bra? Det är nära till hands att kollegornas – eller handledarens – välmenade kommentarer och råd känns sårande eller kränkande, och det är svårt att förutse om man kommer att överskrida gränsen. Om gränsen överskrids kan den handledde känna sig skamsen och den skammen blir ofta tyst, därför att det är ännu mera skamfullt att berätta om sin skam [17]. Som handledare *kan* jag upptäcka att jag håller på att överskrida gränsen, om läkaren börjar förklara/diskutera, andra gånger måste jag låta mig ledas av min egen känslighet.

En annan risk vid handledning består i att läkaren kommer i kontakt med känslor eller problem som har anknytning till läkarens *personliga* liv, och handledaren kan, i sin iver att hjälpa, riskera att bli terapeut. Detta ligger utanför handledningskontraktet, och handledaren måste förtydliga detta och i enrum med läkaren diskutera möjligheter att få relevant hjälp utanför handledningen. Här behövs mycket finkänsla och vänlighet för att läkaren inte ska känna sig avvisad, sjukliggjord eller kränkt.

Om att bli handledare

För att lära sig att handleda måste man själv ha gått i handledning. Man måste ha upplevt sin egen oro för kollegornas kritik och sin sårbarhet i förhållande till deras och handledarens kommentarer. Som deltagare i en handledningsgrupp lär man känna kollegornas styrkor och svagheter; man ser de återkommande teman och lär av kollegornas eleganta

hantering av svåra situationer. Man lär sig att se hur en kollegas blinda fläckar visar sig, och ser förhoppningsvis också sina egna. Man lär sig hur patientens känslor påverkar läkaren och får kollegorna att reagera på olika sätt. På så sätt kan man stegvis utveckla sin egen inre handledare, som man kan konsultera när man själv råkat ut för svårigheter i sina konsultationer.

Nästa steg i upplärningen till handledare består i att växelvis handleda en i gruppen, där en sorts överhandledare fokuserar på själva handledningsprocessen. Vad får handledaren att ta upp just detta i handledningen? Uppstår det en parallellprocess mellan konsultationen och handledningen så att den långa och oklara konsultationen leder till en lång handledning? Eller får en aggressiv patient läkaren att känna sig kränkt – så att läkaren sedan under handledningen kommer att känna sig kränkt när kollegorna börjar diskutera – eller avvisar läkaren både kollegor och handledare på ett kränkande sätt?

På detta sätt kommer deltagarna så småningom att bli varandras nyfikna, fördomsfria och vänligt intresserade dialogpartners med både praktisk och teoretisk bakgrund. Med detta bagage borde man vara rimligt rustad att träffa sin egen första handledningsgrupp.



Jan-Helge Larsen

Allmänpraktiker, fd lektor, Albertslund, Danmark. Arrangerar Kalymnoskurserna i konsultationsprocess och videohandledning.
jhl@dadlnet.dk

Charlotte Hedberg

Allmänpraktiker, pedagogisk adjunkt, Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66 och CeFAM, Stockholm
Charlotte.hedberg@sll.se

Tack för kommentarer till Jørgen Nystrup, Helena Nielsen, Conny Svensson, Lene Malmstrøm och Inger Gustafsson.

Litteratur

1. Larsen JH, Nystrup J, Risør O, Malmstrøm L. Supervision – hvorfor? Ugeskr Læg 2005; 167: 3578–80.
2. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision af video. Månedsskr Prakt Lægegerm 1997; 75: 163-76.
3. Belin S. Galskabens magt. København: Reitzel, 2004.
4. Fugelli P. Den utbrente legen. Nord Med 1987; 102: 360-2.
5. Neighbour R. The inner consultation. London: MTP Press Ltd, 1987.
6. Larsen J-H, Malmstrøm L. Lægen og den besværlige patient. Månedsskr Prakt Lægegerm 2002; 80: 1597-1606.
7. Risør T. Stud Med – en rejse i en lægeuddannelses kultur. Diplomopgave. Institut for Almen Medicin, Århus Universitet, 1998.
8. Perls FS. Gestaltterapiens metode. København: Munksgaard, 1978.
9. Hostrup H. Gestaltterapi – indføring i gestaltterapiens grundbegreber. København: Reitzel, 1999.
10. Kaltoft S, Thorgaard L (red). Lægen som lægemiddel – om læge-patient-forholdet. København: Månedsskr Prakt Lægegerm, 2005.
11. Adolfsson, & Eriksson 2005.
12. Larsen J-H, Risør O, Putnam S. PRACTICAL: A Step-by-Step Model for Conducting the Consultation in General Practice. Family Practice 1997, 14: 295-301.
13. Hawkins P, Shohut R. Supervision in the Helping Professions. Philadelphia: Open University Press, 1989.
14. Kaae BE. Først rose – om supervision af praksisreservelæger. Månedsskr Prakt Lægegerm 1997; 75: 783-5.
15. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.
16. Andersen T. Reflekterende processer - Samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk psykologisk forlag, 1994.
17. Kaufman G. Shame – the power of caring. Vermont: Schenkman Books, 1992.

Allmänläkardagar i Västra Götaland – en blivande allmänmedicinsk riksstämma?

Det var i januari i år, under tre dagar, som 167 allmänmedicinare för andra året i rad samlades för fortbildning och erfarenhetsutbyte på Hotel Billingeus i Skövde. Dessa Allmänläkardagar vänder sig till specialister i allmänmedicin och till ST-läkare under sista utbildningsåret. De är öppna för kollegor från hela landet. Initiativet till konferensen kommer från KursDoktorn, en intraprenad inom Västra Götalandsregionen som drivs utan vinstsyfte, med uppgift att tillhandahålla fortbildning för allmänmedicinare.

Programmet var inriktat på vardagliga medicinska problem och på att ge deltagarna praktiska kunskaper och råd vid utredning, diagnostik och behandling. Allmänmedicinare brukar inte tycka om att "organspecialister" talar om hur de vill att allmänmedicinerna ska handlägga sjukdomar. Men om kliniska råd och tips förmedlas av sjukhusläkare utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv, blir det annorlunda. Genom att anlita specialister som vet hur primärvården fungerar och noggrant instruera dem om vad det är allmänmedicinare vill höra, hade programkommittén lyckats skapa ett utomordentligt utbildningsklimat.

Föreläsningar

Hur man handlägger förhöjda transaminaser belystes till allmän belåtenhet av Rolf Svensson, internmedicinare från Skövde. Andra kliniska föreläsningar behandlade bilddiagnostik, atopiskt eksem, urininkontinens, oroliga äldre, barn med fetma och lilla ortopedin. Vi måste också kunna prioritera, sjukskriva, upptäcka riskbruk av alkohol och motivera till ändrad livsstil. Dessa ämnen hanterades utmärkt av specialintresserade allmänmedicinare med hjälp av rollspel och deltagarstyrning.

För alla som tyngs av besvärliga patienter och sliter med frågan om de verk-



Foto: Kursdoktorn

Längst fram: Kerstin Holmberg, Britt Bergström och Margareta Leonardsson.

ligen hamnat på rätt plats här i livet, bör föreläsningen "Vad är det som håller dig uppe?" av den underfundige psykiatrikeren Håkan Andersson ha varit en lisa för själen. Vad sägs till exempel om dessa levnadsråd:

"Man blir inte trött *av* arbetet, utan *av tanken* på allt arbete."

"Varför lära sig att säga *nej*? Säg *ja* till det du *kan* göra, så löser sig det andra av sig självt."

"Avge ett livslångt klosterlöfte till ditt jobb så minskar du din *yttre frihet*, men du får i stället en *inre frihet*. Du slipper fundera på om du valt rätt yrke, rätt specialitet, rätt vårdcentral".

Är allmänmedicinen tillräckligt bra?

Den frågan ställde Cecilia Björkelund, distriktsläkare och professor i allmänmedicin, i sitt inledningsanförande. Frågan är berättigad. Från psykiaterhåll får vi ofta höra att vi måste bli bättre på att upptäcka depressioner och att vi underbehandlar dem vi hittar. Men beaktar man konsekvenserna av den olika prevalensen av depressioner i slutenvård och primärvård, så inser man att det som är

sanning i primärvården kan se ut som ett dåligt skämt på sjukhus.

Vår uppgift är att erbjuda befolkningen god, säker och tillgänglig primärvård för bara en bråkdel av vad slutenvården kostar. Det gör vi, och vi gör det bra enligt tillgänglig statistik. Men det vi, enligt Cecilia Björkelund, måste bli bättre på är att "ryta till" när vi upplever missförhållanden.



Foto: Kursdoktorn

Håkan Andersson – underfundig psykiatriker.



Cecilia Björkelund, Ingmar Lönquist och Margareta Leonardsson.



Engagerade åhörare.

Efter anförandet konfronterar jag henne med något jag ibland får höra, nämligen att professorer i allmänmedicin inte har någon kontakt med verkligheten, och att de syns dåligt i den nationella sjukvårdsdebatten. Hon svarar att de flesta professorer har regelbunden patientmottagning en dag i veckan, och att de ofta rör sig ute bland kollegor för att diskutera praktisk allmänmedicin. Men hon håller med om att professorer i allmänmedicin inte varit särskilt bra lobbyarbetare. Det beror på att allmänmedicinen är en ung disciplin. Att bygga upp egna institutioner och skapa spelrum inom akademierna har tagit lång tid.

– Men vi måste bli bättre på att samarbeta. Samverkan mellan institutionerna

skulle göra det möjligt att driva stora multicenterstudier, med resultat relevanta för primärvården. Det är viktigt, för även primärvård måste arbeta evidensbaserat. Det duger inte att köpa de ”sanningar” som grundar sig på studier i sjukhusmiljö. Argumentet för depressionsscreening av väntrumspatienter är exempel på en sådan ”sanning”.

Cecilia Björkelund påpekar att det är ett stort bekymmer att primärvårdens budgetandel ligger runt 20 procent, trots att många politiker talat länge om utbyggnad.

– Vi måste ”ryta till” när det gäller resurser. Varför accepteras stora underskott på mäktiga och resursslukande sjukhus, men inte i primärvården? Pengar försnilas ju!

– Behöver man ”ryta till” på fler ställen?

– Ja, hos dem som ansvarar för grundutbildningen av läkare. Förändringen måste börja där.

Cecilia Björkelund anser att det vore bra om de allmänmedicinska institutionerna hade resurser till att även vara livligt engagerade i fortbildningen. Fortbildning genererar intresse för nya forskningsprojekt, och forskningskulturen inom primärvården är fortfarande rätt omogen. Är man en forskningsintresserad AT-läkare kanske man väljer en annan specialitet. Men forskning ligger faktiskt nära den praktiskt arbetande allmänmedicinaren. Fler borde forska, säger hon, och då menar hon inte bara läkarna utan alla yrkesgrupper. ►►



Dan Andersson



Agneta Hamilton

Varför deltar du i Allmänläkardagarna?



Ethel Bergström
dl Onsala

"Främst för föreläsningarna. Jag ska också träffa en kollega som jag länge haft julkortskontakt med."



Jonas Ortman
dl Lidköping

"På min vårdcentral går vi varsin dag. Det blir litet guldkant på tillvaron. Skönt att industrin inte är med."



Marie Myrhage
dl Lerum

"För att bli kunnigare, få stimulans och vara social."



Daniel Pollack

dl och medicinsk rådgivare för V:a Götalandregionens primärvård
"Professionell påfyllning. Dessutom vill jag känna av läget i kåren."



Karl-Olof Fernow

ekonom, ordf Primärvårdsstyrelsen Skaraborg (fp)
"Jag vill träffa professionen och kunna återkoppla till min styrelse. Rekryteringsfrågan är jätteviktig."

Foto: Gösta Eliasson

– Är din professorstitel viktig när det gäller sjukvårdsdebatten?

– Den är en nödvändig genväg till akademien, och genom den kan jag göra min stämma hörd. Jag anser att vi professorer borde gå ihop i ett gemensamt uttalande om primärvårdens ödesfrågor. Nog skulle det höras om vi gick ut på DN Debatt och röt till ordentligt.

Nöjd arrangör

Ingmar Lönquist är chef för KursDoktorn, specialist i allmänmedicin och tillsammans med kollegorna Margareta Hellgren och Lars Gotthardsson programansvarig för årets Allmänläkardagar. Ingmar Lönquist är nöjd med deltagarantalet. ST-läkarna utgör ungefär fem procent. En femtedel kommer från orter utanför Västra Götalandsregionen.

– Jag är glad över att det går att finansiera en sådan här konferens med deltagaravgifter och helt utan sponsring från läkemedelsindustrin.

– Hur går det till när ni bestämmer programmet?

– Vi har en projektgrupp som går igenom tidigare utvärderingar, och fångar upp nya önskemål från kollegor och från tidigare KursDoktordeltagare. Allmänläkardagarna 2009 kommer att gå i Göteborg 28–30 januari. Genom att förlägga mötet till Göteborg räknar vi med deltagare från fler orter, bland annat från Halland.

– Vill du att konferensen ska bli större?

– Det nuvarande konceptet med en majoritet av läkare från regionen fungerar bra, men om intresset för dagarna blir stort ute i landet, så kan jag nog tänka mig att höja deltagarantalet. Ett annat alternativ är att KursDoktorn erbjuder lokala Allmänläkardagar även i andra regioner.

– Konkurrerar ni inte med SFAM:s höstmöten och med läkemedelsindustrins konferenser?

– Jag tror snarare att vi är varandras komplement. Vi lägger tonvikten på kliniska ämnen där innehållet skall komma till direkt praktisk nytta. SFAMs höstmöten handlar mer om övergripande ämnen och policyskapande diskussioner. När det gäller läkemedelsindustrin vet vi att de flesta kollegor numera föredrar utbildning utan reklam och sponsring.

– Ett projekt som detta kräver väl sinne för ekonomi, är du egentligen en affärsman?

– Nja, jag är allmänläkare i själ och hjärta, men jag trivs väldigt bra med att driva och vidareutveckla KursDoktors verksamhet.

Hur som helst, 167 allmänmedicinare har ökat sina kunskaper, utbytt erfarenheter och på olika sätt bidragit till att föra den allmänmedicinska professionen framåt. Att vi alla på vårt eget lilla vis behärskar konsten att vara allmän-

Foto: Gösta Eliasson

Ingmar Lönquist

Ålder: 59 år

Familj: Fru och två vuxna barn

Arbete: Specialist i allmänmedicin, fd studierektor i Skaraborg. Sedan 2003 chef för KursDoktorn.

Tycker om: Att kollegorna är nöjda med AllmänläkarDagarna, och ger oss förtroende att arrangera dessa igen.

Ögillar: Den oreda det ofta blir i min dator.

Om svensk primärvård: Underdimensionerad och underfinansierad

Om dagens fortbildning: Vi ägnar förvånansvärt lite tid åt fortbildning trots att vi har ett ensamarbete.

medicinare, påminde förresten Agneta Hamilton om i slutscenen till tonerna av "En vintersaga" av Lars Erik Larsson, en tänd kandelaber och en bar forsythiakvist, norpad från planteringen utanför. Vad detta symboliserar får läsaren själv lista ut.

Gösta Eliasson, Falkenberg
gosta.eliasson@bredband.net



Preliminärt program för **SFAMs höstmöte 2008, i Örebro** Allmänmedicin – Framtidens medicin

Onsdag 22/10

SFAMs årliga vetenskapliga möte börjar som vanligt med "förmöte" onsdag förmiddag.

09.30 – 10.00	Kaffe och ankomstregistrering
10.00 – 12.00	Ordförandemöte
10.00 – 12.00	Examinandmöte och genomgång av skriftliga examensprovet
10.00 – 12.00	Examinatorsmöte
12.00 – 13:30	Lunch
13.30 – 15:00	Semmelweis – En spännande pjäs om hur inskränkthet och fördomar kan hindra sanningen att nå fram.
13.30 – 15:00	Studierektorsmöte
13.30 – 15.00	Institutionsmöte – allmänmedicinska institutioner och FoU-enheter
15.00 – 15.30	Fika
15.30 – 17.30 ca	SFAMs årsmöte
19.00 -	Mingelbuffé

Torsdag 23/10

09.00 – 09.20	Officiell invigning av SFAMs vetenskapliga höstmöte
09.20 – 10.00	Framtidens globala hälsa – hur mår nästa generations patienter?
10.00 – 10.30	Fika
10.30 – 12.30	Parallella tematiska seminarier med ST-uppsatser och årets allmänmedicinska avhandlingar
12.30 – 14.00	Lunch
	Temaeftermiddag i parallella seminarier. Fika ingår ca kl 15.00
14.00 – 16.30	Tema Diabetes
14.00 – 16.30	Tema Allmänläkaren och massmedia
14.00 – 16.30	Tema Förnuft och känsla
14.00 – 16.30	Tema Hjärta/blodtryck
14.00 – 16.30	Tema Prevention
14.00 – 16.30	Tema Sjukskrivning
19.00 –	Bankett med diplomering

Fredag 24/10

08.30 – 09.30	Ekosystem-relaterade hälsoeffekter
09.30 – 10.00	Högtidsföreläsning – Årets avhandling
10.00 – 10.30	Fika
10.30 – 11.45	Framtidens bilddiagnostik – "Den virtuella patienten"
10.30 – 11.45	Framtidens läkemedel
10.30 – 11.45	Framtidens patient
10.30 – 11.45	Framtidens målbeskrivning för ST
10.30 – 11.45	Probiotika; samarbete i stället för krig – ett nytt förhållande till bakterien
11.45 – 12.45	Lunch
12.45 – 13.45	Framtidens primärvård – Vårdval Sverige
13.45 – 15.15	Framtidens och framtidens allmänmedicinska forskning
15.15 – 15.45	Avslutning & fika

Glesbygdsmedicin

ett sätt att jobba – ett sätt att vara – ett sätt att leva

Järvsö mötte oss med ett fantastiskt vårväder. Ljuskans is låg delvis men bröts slutgiltigt av våren, och av hetan i vårt möte. Ljuskanskollegorna med Lisa Månsson Rydén i spetsen hade satt ihop ett strålande program med över 70 anmälda. Förutsättningarna och förväntningarna var på topp inför 8:e nationella kongressen i Glesbygdsmedicin i slutet på april.

Efter att Svensk Förening för Glesbygdsmedicins ordförande Anders Ehnberg och de lokala arrangörerna hälsat alla välkomna, inleddes mötet med en internationell rivstart. Professorn i Allmänmedicin på Kreta, Christos Leonis, började med att hälsa oss alla välkomna på svenska – han har nämligen forskat i Sverige – till den internationella familjen av glesbygdsmedicinska föreningar, EURIPA. Christos redogjorde sedan för forskningsprojekt både *med*, men naturligtvis oftast *utan* svenskt samarbete. Han berättade om omvårdningsforskning på demensområdet, med vårt system med hemvård och ”hem-lik” vård som bas. Metabol forskning är exempel på det förra, och hepatit och allergi, på det senare. Frågan varför alla druvodlare är snuviga är ett konkret exempel. Vad gäller kardiovaskulära riskfaktorer så borde ju maten ”ligga på plus” men mycket, exempelvis rökning och annat, ”på minus”, och det ganska rejält, men ändå är man inte sjukare på Kreta – en intressant icke-somatisk teori om ”Sense of Control and spirituality” ”The Creatan paradox” har lanserats. Kanske vore något för vårt sönderstressade och kanske översektulariserade land att tänka på?

Man har även tagit fram diagnostiska verktyg för till exempel dyspepsi och muskuloskeletal tillstånd, och fått ut studenter från hela Grekland på fyra veckors placering i primärvården i Gles-



Professor Christos Leonis från Kreta talade om forskning under små förhållanden.

Foto: Anders Ehnberg

bygden. Slutligen hälsade Christos oss alla välkomna till 9th Rural World Wonca på Kreta i juni. Kolla på <http://www.ruralwonca2009.org>, planera och längta!

Därefter föreläste Järvsös prost emeritus och filosofie hedersdoktor Börje Björklund om Järvsö förr, framförallt ur socialmedicinsk synvinkel. Hans mamma var barnmorska hela sitt yrkesverksamma liv på orten där Börje sedan var präst. Man hade med andra ord ”koll från vaggan till graven” under den tid då freden i Europa kom och gick, och när potatisen och vaccinet räddade många från total misär. Lubbe Nordstöm skrev samtidigt om Lortsverige, med bilder även från Järvsö. Här fanns även Sveriges rikssjukhus för spetsläsa 1867–1943. Först hade man 50 platser, och som mest var det 333 patienter. Det var dödens väntrum, men när sulfan kom och folk fick det bättre stängde man 1943 när det bara var tre patienter kvar. Sedan blev det annex till Frösö mentalsjukhus, och nu drar det igång som privat behandlings-

hem för män med sociala problem. Lillälvsgården hade vid nystart två patienter. Tidens gång, kan man konstatera.

En annan legendar, välkänd för många i vart fall som hörsägen, Järvsödoktorn Henrik Ask, berättade om sin föregångare, glesbygdsdoktorn Jakob Fredrik Örn, som kom till Järvsö 1869 som en av 33 provinsialläkare i hela Norrland, och en av 555 läkare i hela Sverige. Han skötte de fattiga, var på kafferep hos Oscar II, eller om det var tvärtom, och var kort sagt Kung i sitt eget rike. Hårt arbete gav respekt. Det var högkonjunktur i skogen med mycket skador. De som efter lördagsnattens festande behövde plåstras om fick i tystnad vänta på att dr Örn vaknade på söndagsmorgonen. Han stannade här hela sitt yrkesverksamma liv även han. Det måste vara något visst med orten.

Modern frontforskning i glesbygden stod sedan på programmet, inlett av profes-

sorn vid Karolinska institutet tillika distriktsläkaren i Nordanstig, Anders Wimo, som är med i breda forskargrupper om demens och hälsoekonomi. Vi fick en genomgång av de senaste etiologiska teorierna på labben på KI samt hur de appliceras till verkligheten i bland annat Nordanstig med lokala doktorander genom det så kallade SNAC-projektet. Gräv där du står!

Ander Ehnberg redogjorde sedan för nephropathia epidemica eller sorkfeber. År 1933 hade man det första kända fallet i Sverige, men sjukdomen beskrevs i rysk litteratur redan 1913 och senare som "trench fever" eller skyttegravsfeber under första världskriget.

Skogssorken är Nordens vanligaste däggdjur och är enormt reproduktiv. Sorken finns i hela Sverige, är sjuka i hela Europa men av någon anledning (forska!) inte i Södra Sverige. En femtedel av sorkarna är smittade, men är själva friska, och viruset överlever två år i vedtravar och på vindar och andra ställen. Man blir tvärsjuk, och får influensaliknade symtom, med eventuellt anuri, feber, kräkningar, diarré, ibland blödningar och synpåverkan. CRP stiger, trombocyterna sjunker och man får ful urin. Man smittas via inhalation, inkubationstiden är 2–4 veckor, man blir immun, så att man sedan kan fortsätta med vedeldningen! I norr är 5,4 procent seropositiva, men 40 procent av dessa vet inte om att de varit smittade. "All time high" var 2007 med 2 195 fall. Diagnosen är klinisk-serologisk, det finns ett snabbtest, och är man förtrogen med sjukdomen (som i Strömsund, var annars?) kan man ta hand om de flesta i primärvården.

Nästa smitta för glesbygden på agendan var tularemi eller harpest. Dr Lennart Berglund från Ljusdal är världsmästare i ämnet, även om andra fått rida på vågen och disputerat. Tularemi finns i ett bälte runt jorden "på europeiska breddgrader", och största anhopningen är nästan alltid i Ljusdal och en 15 km radie däromkring, där man haft över 2 500 fall. I Ljusnans

dalgång och just kring Ljusdal verkar förutsättningarna för de gnagare som är förutsättningen för smittspridning via mygg vara optimal. De flesta i Sverige får en rejäl pneumoni som kan botas med antibiotika, men det finns allvarigare former.

Efter en mycket tankeväckande redovisning av "Projekt Hälsa Ljusdal" av Lisa Månsson Rydén och ett föredrag om *Asylsökandes akutbesök: Prioriteringar och etik* av Karin Bernardsson, vidtog en formidabel middag med medicinsk körsång och sedan dans med individuell modell på utförandet. Det gick i alla fall inte att sitta still!

Nästa dag började med föreningens årsmöte, där Anders Ehnberg från Strömsund valdes om till ordförande. Övriga styrelsemedlemmar samt protokoll finns på www.glesbygdsmedicin.info. Mest noterbart är att det veritabla energiknippet från Ljusdal Lisa Månsson Rydén valdes in. Välkommen – föreningen behöver Dig!

Därefter vidtog en hearing om framförallt rekryteringsprojekt, och ibland brist därpå, huvudsakligen i norr. Det bästa och mest genomtänkta bidraget kom dock från Sydsverige i form av vad man skulle kunna kalla en State of the Art-föreläsning om en långsiktig strategi benämnd "Rekrytering av läkare i Primärvården – exemplet Jönköping" av Mats Hoppe. Det var för en rospigg förstås glädjande att man engagerar sig i glesbygdsproblem även söder om Dalälven, och vidare var det intressant att det hela kunde genomföras helt suveränt och interaktivt som en distansföreläsning. Sköterskestrejken gjorde att Hoppe helt akut fått inställa sin resa till Järvsö. Men framförallt visades det på – i vart fall från en del håll – något som andra saknar – en långsiktig strategi längre än en politisk mandatperiod!

Det var många som stötte och blötte sina tankar och våra värdar, Olle Sverder och Benkt Åbom, poängterade att en av framgångarna med den så kallade Ljusdalsmodellen var att kollegorna får en hög frihetsgrad när det gäller att ut-

forma sitt arbete. Dessutom får man mer gjort, och med glädje och bättre resultat. Den som uppfann ekorrhjulet skulle ha lyssnat!

Till sist gick Norbeth Hansson, Anna Falk, Christer Andersson och Peter Berggren igenom det mycket positiva läget i föreningens förslag "ST-utbildning – glesbygdsmedicinsk komplettering", som vunnit gehör i norr. Landstingen har funnit samarbete med Svensk Förening för Glesbygdsmedicin som mycket kreativt och det hela är nu på väg in i en "sjösättningsfas".

Se där vad vi tillsammans kan åstadkomma för sjukvården i glesbygden och för glesbygdsbefolkningens hälsa. Kom med du också – för det facila priset av 150 kronor kan Du dra ditt strå till en större stack, ty utan medlemmar ingen förening. Gå in på www.glesbygdsmedicin.info så står det längst ner på första sidan hur du gör för att bli medlem på ett enkelt sätt.

Och så ses vi alla nästa år i april i Heman!

Foto: Daphne Macris



Lars Agréus
Öregrund och Centrum för Allmänmedicin,
Karolinska Institutet
lars.agreus@ki.se

SFAM - Svensk Förening för Allmänmedicin

inbjuder genom sitt Kvalitetsråd till en

Nationell Kvalitetsdag för Primärvården

Onsdagen den 8 oktober 2008

Stockholmsmässan i Älvsjö

Vårdval och Prestationsersättningar gör att:

Primärvården springer fortare!

Gör ett bättre / sämre arbete?

Jobbar mera med rätt / fel saker?

Vi är i år extra intresserade av projekt /uppföljningar som belyser detta!

Men framförallt skall vi dela våra erfarenheter

och lära och inspireras av varandras strävan att utveckla primärvården

Kom och berätta om Ditt projekt!

Verksamhetsnära och litet, eller ett större projekt kanske på initiativ av huvudmännen.

Projekt i samband med studier t. ex. ST-projekt, C- och D-uppsatser m.m.

Erfarenheter av mindre lyckade projekt är extra viktiga att förmedla så att andra kanske kan undvika just de fallgroparna.

Exempel på områden:

- **Tillgänglighet och prioritering**
- **Förbättring av medicinsk kvalitet**
ex. för olika patientgrupper (ex: hjärtsvikt, diabetes, infektioner, ryggar, värk)
- **Nya sätt att samarbeta**
inom vårdcentralen , inom primärvården, med vårdgrannar (sjukhus, kommunal äldreomsorg, socialtjänst, förskolor/skolor)
- **IT - Datajournal**
Erfarenheter av gemensam information med sjukhusen. Utveckling av journalföring.
Uppföljning av resultat via datajournal
- **Läkemedel**
- **Kompetensutveckling**
- **Arbetsorganisation – Arbetsmiljö – Ledarskap**
- **Mångkultur**
- **Patientsäkerhet**

Du är välkommen att skicka in en kort sammanfattning av Ditt projekt senast den 30 april

Vi lämnar besked om antagande senast 31 maj.

Ange om Du vill presentera ditt projekt som föredrag eller poster.

Eftersom huvudintresset är just erfarenheter bör Ditt projekt vid presentationen vara genomfört och helst även utvärderat.

Vi räknar som tidigare med en presentation på 10–15 minuter följt av en diskussion på 5 minuter.

Vi vill gärna få Din sammanfattning med e-post till kjell.lindstrom@lj.se

Du kan även skicka dina frågor till samma adress eller ring Tel: 036 32 52 02.

Kommentar till GERD-artikel i AllmänMedicin nr 2/2008

Jag läste nyligen Lars Agréus artikel om gastroesofageal reflux och dyspepsi. I mitt tycke var det en trevlig artikel med en bra och koncis genomgång av kunskapsläget på området. Vi behöver säkert bli noggrannare vid diagnos, behandling och uppföljning av denna stora patientgrupp, som Agréus skriver – "komma ikapp omvärlden".

Mot slutet av artikeln finns några påståenden som reser frågetecken. Agréus skriver att "det är omtvistat men möjligt att långtidskonsumtion av PPI ger reboundeffekt". Jag menar att hypersekretion av saltsyra sedan länge är väl belagt i studier på försöksdjur, patienter och friska frivilliga [2-4]. Norlén och Vinge påpekade i en artikel i Läkartidningen 2003 [1], att i de fall man inte påvisat en sådan rekyleffekt berodde det på att studierna varit för korta, eller att man mätt syrasekretionen alltför tätt in på seponering av PPI. Eftersom hypersekretionen beror på strukturella förändringar i magens slemhinna med celltillväxt av bland annat ECL- och parietalceller, krävs en viss tids behandling innan man kan iaktta denna effekt. Dessutom får man ta hänsyn till att PPI binder irreversibelt till protonpumparna. Det medför att hypersekretion inte kan uppstå förrän nya protonpumpar bildats vilket tar en vecka eller mer. När man har tagit hänsyn till detta i studieupplägget finner man genomgående en tydlig hypersekretion. Det som däremot är omtvistat är den kliniska betydelsen av detta. Jag skulle vilja veta hur stor andel av den stadigt ökande PPI-användningen, som beror på en ökande sjuklighet eller en tidigare underbehandling, respektive hur stor andel som eventuellt beror på svårigheter att sätta ut behandlingen på grund av rebound hypersekretion. Där kanske behandlingen startats på tveksam eller icke godkänd indikation.

Ett annat påstående i artikeln som jag ifrågasätter, är att "enstaka patienter,

framför allt de med svår och envis esofagit, kan kräva esomeprazol". Esomeprazol (eller S-omeprazol) betecknar S-formen av omeprazol. Vanligt omeprazol består av lika delar av de två kirala (eller spegelbilds-) molekylerna S-omeprazol och R-omeprazol. Bägge molekylerna är prodrugs som omvandlas till en och samma aktiva icke-kirala aktiva metabolit som binder till, och hämmar protonpumpen irreversibelt.

Den enda skillnaden mellan S och R-formerna av omeprazol är att en något större del av S-omeprazol når protonpumparna efter att ha passerat levern. Men båda formerna har alltså exakt samma effekt på magens protonpumpar. Man kan därmed inte hävda att esomeprazol är "starkare" eller att enstaka patienter kan "kräva esomeprazol" eftersom man alltid kan få samma hämning på protonpumparna genom att öka dosen av omeprazol.

Läkemedelsförmånsnämnden kom i sin genomgång av läkemedel mot magsyrerelaterade symtom [5] fram till att man "inte funnit något vetenskapligt stöd för att de fem läkemedlen (protonpumpshämmarna, min kommentar) skulle vara olika effektiva. Ett undantag är Nexium som det finns visst stöd för att den är något effektivare i vissa situationer. Anledningen är att Nexium doseras högre än övriga läkemedel i gruppen." Därför omfattas esomeprazol av förmån "bara vid konstaterat sår i matstrupen eller då kopior av Losec eller andra protonpumpshämmare inte gett ett tillfredsställande behandlingsresultat". Det är jag som förskrivare som genom att kryssa i rutan för förmån vid en förskrivning av Nexium tar ansvar för att de förutsättningarna är uppfyllda.

Valet kan därför reduceras till å ena sidan en fråga om bekvämlighet för den patient – som i övrigt uppfyller kraven för förmån – som vid behov av kraftig protonpumpshämning istället för två eller tre kapslar omeprazol å 20 mg kan

ta en tablett Nexium 40 mg dagligen, och å andra sidan kostnaden för omeprazol 20 mg två till tre kapslar (2,20–3,30 kr/dygn) jämfört med esomeprazol 40 mg en tablett (11,20 kr/dygn). Däremot är två kapslar omeprazol å 20 mg alltid både billigare och effektivare än en tablett Nexium 20 mg [6].



Kjell Gunnarsson,
Medlem Läkemedelskommittén
i Östergötland
Vårdcentralen Åby
kjell.gunnarsson@lio.se

Jävsdeklaration: Deltagit i flera läkemedelsstudier sponsrade av läkemedelsföretag, senast LIFE-studien för MSD 2002. Inga aktuella uppdrag för läkemedelsindustrin.

Referenser:

1. Norlén P, Vinge E. Protonpumpshämmare kan skapa kroniskt behov. Läkartidningen 2003;100:940-41
2. Waldum, HL, et al. Marked increase in gastric acid secretory capacity after omeprazole treatment. Gut 1996;39 (5): 649-52.
3. Fossmark, R, Johnsen G, et al. Aliment Pharmacol Ther 2005;21:149-154
4. Gillen, D et al. Rebound hypersecretion after omeprazole and its relation to on-treatment acid suppression and Helicobacter pylori status. Gastroenterology 1999;116:239-47.
5. Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) 2006: Slutrapport genomgången av läkemedel mot sjukdomar orsakade av magsyra
6. Prisjämförelsen hämtad från LFN 2008-05-27 och avser billigaste generika respektive billigaste parallellimporterad produkt.

Från en som inte tänker KLARA det längre!

Den senaste tiden har varit mycket turbulent på min arbetsplats, och landstinget har gjort kraftiga besparingar. Det märkliga är att det går, på något sätt hålls skutan rullande på vårdcentralen. Det knorrar lite i fikarum och på möten och i luften finns en stor oro. Det blir allt längre dagar och allt längre signeringslistor, med extra arbete på helgen och tidiga morgnar. Stämningen på läkarmötet pendlar mellan irritation, uppgivenhet och ilska. Jag börjar bli glömsk och har uppenbara problem med att komma ihåg vad mina barn heter. Men det går! På jobbet håller vi fortfarande skutan rullande.

Jag vet att jag inte alls är ensam om att ha den här situationen, men vad gör vi åt den? Man har vant sig vid att ständigt arbeta i en bristsituation med olika paniklösningar som är dåliga, men som successivt permanentas och blir till det rådande arbetssättet, och normgivande för hur arbetet ska utföras. Hela tiden blir det lite naggat i kanten och patient-säkerheten och kvaliteten får stå tillbaka. Jag kan inte låta bli att tycka att vi själva är en del i skulden till att det blivit så här. Vi tar ett stort ansvar för våra patienter och försöker att klara av det, även om situationen blir allt mer ohållbar.

Vad är egentligen att ta ansvar för sina patienter? Jag har funderat över det och personligen tycker jag inte att det är det

man gör, när man gör på det här sättet. Kan man ta ansvar för andra när man inte kan ta ansvar för den egna situationen? Det borde vara en självklarhet att vi tar hand om vår egen hälsa och vår arbetssituation. Jag känner mig inte trovärdig när jag sitter och säger åt den stressade patienten att hon/han måste ta ett större ansvar för sin livssituation för att må bättre, samtidigt som jag tänker att nu måste jag verkligen kissa, och sneglar på klockan som redan tickat in på nästa patients kvart.

Jag förstår helt enkelt inte varför vi finner oss i att arbeta i de miljöer som en del av oss arbetar i. Dessutom förstör de som "klarar det" för de andra som vill försöka att göra någonting åt det.

Varför kan vi inte göra gemensam sak och göra något tillsammans? Vi har trots allt en stor makt genom att organisationen faktiskt inte klarar sig utan oss. Vi måste ta den makten och hjälpas åt att skapa en dräglig situation! Så länge vi fortfarande har många kollegor som arbetar över och jobbar extra för att få det vanliga arbetet att gå ihop, kommer vi inte att klara att genomföra förändringar eftersom det på något sätt alltid går.

Snälla sluta klara det! Kan vi inte bli bättre förebilder åt varandra, och sätta en ära i att inte jobba över och hålla god medicinsk kvalitet? En ära i att vara bra förebilder för yngre kollegor! Det är bara

vi själva som kan skapa den arbetsplatsen!

Under min ST-utbildning utbildades jag till *specialist* i allmänmedicin. Jag hade en fantastisk utbildning, men har nu insett att jag utbildades till ett arbete som inte alltid finns. Jag har bestämt mig för att avsluta mitt nuvarande arbete, och har tagit ansvar för mina patienter genom att på ett tydligt sätt i pressen och för våra chefer och politiker förklara att jag inte kan fortsätta att arbeta på min nuvarande arbetsplats, eftersom jag inte tycker att vi kan erbjuda medicinsk kvalitet och en god service. Nu känner jag i alla fall inte att jag varken lurar mig själv eller mina patienter längre.

Jag har fått ett nytt arbete med andra förutsättningar och ett tydligt uppdrag. Jag kommer framöver stolt att ansvara för att arbeta i enlighet med den utbildning till specialist i allmänmedicin som jag fått.



Foto: Göran Thiger

Viktoria Thiger
Telgeakuten, Södertälje
viktoriahtiger@telia.com



Dear Colleagues,

We would like to inform you that WONCA Europe 2008 will be held on September 4–7, 2008 at the Istanbul Convention and Exhibition Center, Istanbul, Turkey. You may download the e-announcement of WONCA Europe 2008 from www.woncaeurope2008.org/announcement.exe. Please note that this e-announcement works together with the congress website and does not include any malicious software. We would like to inform you that the abstract submission deadline has been **extended to April 30th, 2008**. Additionally, please note that the early registration deadline for WONCA Europe 2008 is approaching – **May 15th, 2008**.

Kind Regards,
Organizing Committee of WONCA Europe 2008

Chefredaktörpost utlyses

Ny chefredaktör till *AllmänMedicin* sökes. Många stimulerande arbetsuppgifter väntar med möjlighet att bygga upp ett stort nätverk av kollegiala kontakter runt om i hela landet. Du koordinerar redaktionsarbetet och är kontaktperson gentemot Mediahuset. Du är också ordförande i SFAMs redaktionsråd och får inblick i hela föreningens arbete. För Dig som gillar att skriva och bearbeta texter är detta ett gyllene tillfälle. Ta kontakt med redaktionen och/eller SFAMs styrelse om Du är intresserad av att ta detta ledande uppdrag, eller om Du hellre vill pröva på redaktionsarbetet i en annan funktion. SFAMs styrelse utser chefsredaktör och Du erhåller ett arvode för uppdraget. Tillträde enligt överenskommelse. För närmare upplysningar kontakta Anders Lundqvist, anders.lundqvist@lvn.se

Utan gåvor stannar cancerforskningen.

Tack vare framgångsrik forskning överlever i dag mer än hälften av alla människor i Sverige som drabbas av cancer. Med mer forskning kan vi rädda ännu fler i framtiden. Vill du vara med och bidra? Vill du hedra minnet av någon nära? Läs mer på cancerfonden.se

Ring Givarservice på 020-78 11 79 eller sätt in ditt bidrag på Plusgiro 90 1986-0.

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?



Cancerfonden



Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologis Skrivarpris 2008 utlyses

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får inte tidigare ha varit publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock inte får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kronor. Ytterligare upp till tre bidrag kan få hedersnämnannde och pris om 1500 kronor. De vinnande texterna publiceras i bland annat *Bulletinen för Medicinsk Psykologi*.

Bidragen i **Word-format** ska vara bedömarkommitén tillhanda senast den 15 december 2008.

Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi,
Henry Jablonski,
drhj@jablonski.se
 som också lämnar ytterligare upplysningar.

ANNONS

Makt och vetenskap

Inledningen berättas om hur en kort fråga under ett telefonsamtal för tjugofem år sedan ledde till ett kvartsekel långt engagemang i ett framgångsrikt forskningsbistånd till Nicaragua.

Författaren är allmän- och yrkesmedicinare, han har förutom som gruvläkare vid LKAB arbetat med metodfrågor med tillämpning på "sjuka hus"-syndromet. Som försäkringskasseläkare har han intagit en ovanligt vidsynt position som förenar social insikt och självkritisk sakkunskap. Han har också varit FoU-ledare i Norrbottens läns landsting.

I boken beskrivs utförligt hur projekten utvecklas, med alla praktiska problem, i skuggan av det moderna lågintensiva kriget och med tidens förståelse av begreppen "folkligt deltagande" och "kommundiagnos."

Jämförelsen mellan Malmberget, Kiruna och Mina el Limón visar en skillnad på ett par generationer i tid och utveckling.

Tidigt insmyger sig hos författaren ett tvivel som speglar sig i avslutningen i Aurora Aragons avhandling: Vad var nyttan med att fastställa samband mellan dessa extrema arbetsmiljöer och hälsoproblem – kunde man inte lika gärna tillämpa den kunskap som redan fanns?

Ofta återkommer frågan om det finns gränser för vilken forskning som är etiskt försvarlig, ett exempel är hälsorisker hos barn som lever på en soptipp. Varför upprepa sådant som redan är känt och uppenbart?

Kan vetenskapen till och med bidra till att upprätthålla och återskapa makt mellan fattiga och rika, individer och länder?

Projektet förgrenade sig senare bland annat till bekämpningsmedel och bananarbetare.

Åke Thörn återvänder till miljöerna och söker upp deltagarna från både svensk och nicaraguansk sida och ställer i intervjuer kritiska frågor. Återkommer gör kritiken mot "peer-review" som kon-



Vem ger verkligheten namn?
Åke Thörn
Hjalmarson & Högberg Bokförlag
ISBN978-91-7224-065-0



Åke Thörn

serverande, styrande, diskriminerande mot forskare från mindre utvecklade länder. Aurora Aragon frågar: "Varför ska man publicera skräp?"

Bland de intervjuade känner jag igen Leif Svanström och även Bo Haglund (tidigare redaktör för AllmänMedicin!). De viktiga nyanserna i svaren från representanterna för institutioner och myndigheter är svårt att kort återge, vetenskapens möjligheter, gränser och relationen till politik diskuteras.

De litterära referenserna är viktiga och särskilt träffande är tolkningen av den tvetydiga El Güegüense – en folklig burlesk nicaraguansk teaterfigur, som driver med makten.

Bokens titel är ett citat av Olof Lagercrantz från en bok om Joseph Conrads "Mörkrets Hjärta" (som många sett i den filmatiserade tolkningen "Apocalypse Now" med Marlon Brando som Kurtz). Avgörande är även Hanna Arendts etiska resonemang och Madelen von Helands tolkning av den bibliska berättelsen om Ham som dömdes till trädedom under Sem och Jafet.

De svartvita bilderna harmonierar med det stilla funderandet.

Under en veckas personlig reflexion vid en nästan öde havsstrand diskuteras mera visionärt vad som skulle behövas för att de fattiga människor det handlar om verkligen skulle komma till tals och om det är möjligt.

Det är en spännande personlig bok där det framstår som tydligt att det som utmärker verkligt vetenskapligt tvivel, att på djupet ifrågasätta sina egna värderingar och metoder, knappast är möjligt inom nuvarande strukturer och dessutom tar tid. Man får associationer till forskningen här hemma, där sponsrade medicinska vetenskapsmän i allt större utsträckning blir försäljare, marknadsförare av metoder och läkemedel utan minsta tecken på tvekan eller tvivel. De som forskningen handlar om kommer sällan till tals.

Det ordinära biståndet som helhet skulle också behöva genomlysas på ett djupare plan än enligt tillfälliga politiska majoriteter och ideologiska modevågor.

Författaren har pekat på flera blinda fläckar, men frågan är om inte hela projektet inkluderande detta bokslut ändå måste ses som framgångsrikt?

Peter Olsson
peter.olsson@nll.se

Vårdval i Sverige. Vart barkar det hän?

Delbetänkandet från Utredningen om patientens rätt har kommit*. Utredningen leds av Toivo Heinsoo och denna första del handlar främst om etableringsfrihet. Jag läser med mycket blandade känslor. Det första jag reagerar på, med bestörtning, är förslaget att ta bort bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagens § 5 om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara en specialist i allmänmedicin. Den har visat att samhället har ett förtroende för vår uppgift och att vi gör ett särskilt viktigt arbete i vården. Det är ur vår synvinkel inte acceptabelt att lagen ändras. Utredaren motiverar med att det inte är realistiskt att den kan uppfyllas på länge. Mot detta kan man invända att under husläkarlagen 1993–94 tillkom ett stort antal allmänmedicinare, andra specialister som kompletterade sin utbildning enligt särskilda dispensregler. Utredaren säger också att en lag som inte kan uppfyllas skulle skada förtroendet för primärvården. Möjligen kan det vara så. Men man kan också reflektera över varför man ska ha förtroende för de landsting, som inte gjort några större ansträngningar att uppfylla lagen.

Vi vet att allmänmedicinaren behövs, som patientens förtroende, som grundbult i vårdmaskineriet och som samhällets resursförvaltare. Senare decenniers forskning har också visat att där människor har en egen fast läkare som är specialist i allmänmedicin, så är befolkningen friskare och lever längre med en bättre hälsa. Vi vet också att när människor får välja, så väljer de en allmänmedicinare som man kan komma tillbaka till med alla de problem man möter. SFAM har fått begäran om remissvar från Läkarförbundet och Läkaresällskapet. Vi kommer att vara mycket tydliga i remissvaret.

SFAM och DLF har också haft underhandskontakter med utredningen och lämnat synpunkter och underlag. Enskilda allmänmedicinare har haft kontakter med utredaren, och informerat



Björn Nilsson

Foto: Charlotte Holst

och försökt påverka. Förra DLF-ordföranden Benny Ståhlberg satt också med i utredningens referensgrupp. Tyvärr är det inte vi som formar villkoren för den framtida vården, utan utredningen har ju sina politiska direktiv från alliansen.

Utredningens förslag är att fri etablering ska införas med ett nationellt lika uppdrag där privat och offentligt drivna mottagningar behandlas lika. Detta kallas med det senaste modeordet för vårdval. Innehållet är inte närmare preciserat. Patientens val ska styra ersättningen till mottagningarna. Detta stärker patientens möjligheter att påverka, men det är mer tveksamt om det påverkar vårdens kvalitet. Utformningen av det kommande vårdvalet skall kunna variera lokalt.

Utredaren talar i positiva ordalag om oss: "Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. ...vägar att stimulera en fortsatt betoning av allmänläkarens särställning inom primärvården kan ske genom ersättnings utformning och genom särskilt stöd till vidareutbildning." Klokt och bra, och

personligen tror jag att det är ärligt menat.

Hårt prövade kollegor, vi har varit med om det förut. Det har sagts att vi lever i en kontinuerlig omorganisering, ett byråkraternas paradiset. SFAM kommer att utnyttja detta tillfälle att torgföra de allmänmedicinska värdena, tala för kvalitet och värdet av fortbildning. SFAM har resurser för utbildning av andra specialister till allmänmedicinare. Studierektorskollektivet, examinatorer och fortbildningsansvariga kan få ta ett större ansvar.

SFAM och svensk allmänmedicin står och faller med alla er som dagligen tråget arbetar i direkt kontakt med patienter, för deras bästa. Ni är vardagens hjältar och hjältinnor. Alla kan inte följa med i alla organisatoriska svängar. Utvecklingen i svensk primärvård kan ibland kännas som efter en dag på tivoli, inte i positiv mening, utan som att drabbas av ett lätt illamående efter för mycket av slänggungor, och berg- och dalbanor. Gycklarna har gjort en saltomortal för mycket för att det ska vara roligt.

* Vårdval i Sverige. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt
SOU 2008:37 <http://www.regeringen.se/sbl/d/10057/a/102906>



Då får vi sluta oss samman. De lokala SFAM-föreningarna har en viktig uppgift i att samla oss kring försvaret av de allmänmedicinska värdena, att agera och påverka. Det är ett minst lika viktigt arbete som det vi kan utträta på central nivå. Gå på de möten som ordnas på hemmaplan. Säg din mening. Försök etablera bra samtal med politiker och administratörer. I svensk primärvård tas ju de viktiga besluten av landstingen lokalt.

SFAMs styrelse hade nyligen ett möte med lokalordförandena från olika håll i landet. Stämningen var god och långt ifrån uppgiven. Det kom många kloka och bra förslag till vad vi kan betona i diskussionerna. Jag listar några av dem:

- Vårdlotsen ingår i det allmänmedicinska uppdraget. Fyll begreppet med innehåll tillsammans med distriktssköterskorna, som ju liksom vi är generalister.
- Slå vakt om kontinuitet och lokal känedom.
- Utan generalistläkare finns det ingen medicinsk kompetens i primärvården. Det vi möter i vardagen är inte färdiga diagnoser utan människor med hälsoproblem. Det handlar om att bedöma patienternas tillstånd. Sjukhusen bemannas av superspecialister.
- Liststorleken. Hur stora listor är acceptabla? Hur många personer har en egen läkare som klarar uppdraget?
- Saklig information. Varför sitter vi SFAM-are här? Kan vi verkligen påverka? En mycket bra fråga. Vi hoppas ändå på att det finns en god vilja hos politiker och beslutsfattare. Kunskaperna på den nivån är ibland ganska låg. Genom samtal och information kan vi ge ett viktigt bidrag, även om vi inte omedelbart ser resultat.

Läkarförbundet följer och kommer att utvärdera vad som händer i de olika vårdvalssystemen. SFAMs och DLFs styrelser har regelbunden kontakt. Vi kommer att fortsätta skicka ut meddelanden om läget till lokalordförandena. Vi är tacksamma för fortlöpande information om vad som händer i ditt landsting. Goda exempel och förslag mottas tacksamt.

Björn Nilsson
Vice ordförande SFAM
bjorn.nilsson@ptj.se

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

2008-05-09

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2008

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Örebro den 22–24 oktober 2008.

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

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

Ur SFAMs stadgar:

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

Plats: Örebro. Conventum, Hjalmar Bergmanteatern.
Tid: Kl 15.30–17.30, onsdagen den 22 oktober 2008.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 22 september.

Välkommen!

Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin
Box 503
S-114 11 Stockholm
www.sfam.se

Telefon kansli +46 8-23 24 05
Telefax +46 8-20 03 35
E-post kansli helene.sward@sfam.a.se

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

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, 0706-2102016
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
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast mån, tis samt ons förmiddag

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@ltkalmar.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 Ställberg, 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@sll.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

Roland Morgell
roland.morgell@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Torsten Green-Petersen
torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lthblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se
www.sfamnvs.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-
tarmintresserade 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.vssso.sl.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 Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10E
114 11 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.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 Rönnås, adjungerad
redaktör, Mottagn Sjöstad, Sthlm
tina.ronnas@sjostaden.nu

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
Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2008

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

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda



När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, Hemsjukvårdens Hus,
Linköping och Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka
Målgrupp: Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna
tillsammans med handledare.

Arrangör: Kursen planerad och arrangerad av SFAM.

Plats: Sjövillan, Sollentuna.

Tid: Ons 1 oktober 2008 kl. 09.30 – tors 2 oktober 2008 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar totalt 4700 kr, för den
som ej behöver nattlogi är kostnaden 3400 kr.

Antal deltagare: 20

Innehåll:

Syfte: Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna
verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och
säker sjukvård i det egna hemmet.

Områden: Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik,
information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar &
regelverk, läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar, samverkan,
sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

Kontaktpersoner: Johanna Johansson, SFAMs kansli, tel 08-23 24 01,
fax 08-20 03 35.

Hör av Dig angående platstillgång.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till
johanna.johansson@sfam.a.se

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Box 503, 114 11 Stockholm,
tel 08-23 24 01 www.sfam.se

Läkarstudenter på vårdcentralen

När jag och mina kurskamrater började läsa medicin så blev vi första veckan indelade i mindre grupper, som fick en kniv, en skärbräda och en hink med två stycken hjärnor. Hjärnorna skulle vi skära på olika vis, för att se hur de såg ut inuti från olika vinklar. Förutom hjärnor fick vi förstås också studera muskler, senor med mera i döda kroppar. Efter detta kom kurser där vi bland annat fick göra olika kemiska experiment och studera vävnader i mikroskop. Det dröjde flera år innan vi så småningom i sjukhuset aula fick se riktiga, levande patienter och höra dem berätta om sina besvär. Vilken skillnad mot dagens undervisning!

På Karolinska Institutet har läkarstudenter sammanlagt haft några veckors praktik ute på vårdcentraler, men nu sedan ett år tillbaka har utbildningen ändrats radikalt. Nu skall studenterna ut under alla terminer, redan från första terminen. Man har velat slå flera flugor i en smäll med den nya utbildningen. Eftersom patienterna finns i primärvården måste utbildningen också förläggas dit. Blivande läkare måste se vanliga patienter och inte enbart de som är svårt sjuka eller har ovanliga tillstånd.

Förutom användning av modern pedagogik med problembaserat lärande vill man också integrera undervisningen utifrån människokroppens funktioner, i stället för att kurserna som tidigare ska följa sjukhusens organisatoriska indelning. Konkret innebär det exempelvis att ortopedier, reumatologer, allmänmedicinare och röntgen tillsammans med prekliniska ämneslärare får bidra med sina kompetenser för undervisning om rörelseorganens sjukdomar. Studenterna ska också redan från början tränas att se det unika hos varje individ, som ett komplement till undervisningen i övrigt, som ju baseras på likhet mellan olika personer.

Helt utan praktiska problem har det förstås inte varit för de vårdcentraler som tar emot studenter. Det skall planeras auskultation hos vidtalade kollegor och studenterna behöver ibland själva disponera rum för samtal med patienter. Och ibland kommer studenter från olika kurser samma dag till vårdcentralen, och då kan det bli knepigt.

Men, vilken bra utbildning de får, jämfört med hur det var tidigare. Mina två grupper om fyra studenter, som nu gått andra terminen på den nya läkarutbildningen, har kommit till vårdcentralen en gång per månad. Förutom biomedicinska baskunskaper, som naturligtvis fortfarande ingår i kursen, så har de redan från första terminen fått öva på att samtala med patienter. De får lära sig att använda öppna frågor och vikten av att få fram patientens egna föreställningar, förväntningar och farhågor. De har gjort djupintervjuer med patienter för att bland annat höra vilka konkreta konsekvenser sjukdomen medfört och hur de upplevt den vård de fått. Redan från början har studenterna också fått vänja sig vid att videofilma sina patientsamtal. Förhoppningsvis kommer flera av dem att trivas så bra på våra mottagningar att de sedan väljer allmänmedicin. Bra kliniker kommer de nog att bli under alla omständigheter.



Foto: Gunnar Brink

Roland Morgell

Kvartersakuten Surbrunn, Stockholm
roland.morgell@sll.se

2008

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.

Augusti

2008 Congress of the South African Academy of Family Practice/Primary Care

Theme: "Turning Evidence into Practice". 8–10 aug 2008
Plats: Rustenburg Civic Centre
Info: <http://saaafp.org/conferences/index.php/congress/2008>
Convener: Prof GA Ogunbanjo
Email: gao@intekom.co.za

Skandinaviska Hälsoinformatik- och Termkonferensen

Kalmar 26–28 aug 2008
Info: www.smfi.se
Kontakt: shi-term@hik.se

September

WONCA Europe 2008

4–7 Sep, 2008 Istanbul Convention and Exhibition Center, Istanbul, Turkey.
www.woncaeurope2008.org/announcement.exe

Framtidens specialistläkare

10–12 sep Malmömässan, 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

Nationell FoU-konferens

hos FoU-enheten för primärvården i FyrBoDal, i Västra Götalandsregionen 18–19 sep 2008
Plats: Vänerparken i Vänersborg

Personlig läkare – möjligheter och förhållningssätt

23–26 sep Vårdnäs, Östergötland.
Kursledare: Göran Sommarsson 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. Stockholmsmässan 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

Primärmedicinsk uke 2008

27–31 okt i Oslo

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

December

Modern ortopedisk medicin

29 dec 2008 – 12 jan 2009
Kerala, Indien.
Kursledare: Ulf Måwe och Johan Lindström. Föreläsare: Ingmar Söderlund och Björn Aasa.
Kursinformation, kursinnehåll, anmälan och kontaktuppgifter se: www.langtbortlara.se



Kursdoktors utbud av kurser tom hösten 2008 är granskade och godkända enligt SFAMs kriterier och anvisningar 2004. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu