

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 5 2008 ÅRGÅNG 29



**Globalmedicinska erfarenheter från Tanzania** /sid 20

Dyspepsi/sid 5 • Astma/KOL-mottagning i primärvård – nya kriterier/sid 9

## 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](http://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](mailto: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](mailto:gunnar@mediahuset.se)  
 Tel 0525-323 52

## I nästa nummer av AllmänMedicin:

Referat från SFAMs höstmöte  
 "Pillret" recenserar

Omslagsfoto: Luke Henry

### 3 Ledare

Fortbildningen och vårdvalet  
*Anders Lundqvist*

### 5 Vetenskap & Utveckling

Dyspepsi  
*Lars Agréus*

### 9 Praktik

Astma/KOL-mottagning i primärvård – nya kriterier  
*Björn Tilling, Birgitta Jagorstrand, Gunnar Johansson, Inger Kull, Karin Lisspers, Kerstin Romberg, Björn Stållberg*

Berättelse från en allmänläkares vardag  
*Mogens Hey*

### 20 Globalt

Globalmedicinska erfarenheter från Tanzania  
*Bengt Hildebrand*

Globalmedicin för ST-läkare  
*Anna Karin Karlsson*

Syster Grace – en färgstark kvinna  
*Stig Andersson*

### 25 Konferens

WONCA Europe Istanbul 4–7 september 2008  
 "Overcoming the Distances"  
*Eva de Fine Licht*

### 27 Debatt

Konsten att göra patienterna sjuka?  
*Robert Svartholm*

### 28 Notiser

Gunnar Nilsson – ny professor i allmänmedicin  
*Ingela Wettergren*

Monica Löfvander ny lektor vid Dalarnas FoU-enhet

### 29 Recension

Matters of Life and Death – Key Writings  
 av Iona Heath och med bidrag av John Berger  
*Staffan Olsson*

### 30 SFAM informerar

Allmänmedicinskt program på Riksstämman

Allmänmedicin på Riksstämman 2008  
*Sara Holmberg*

SFAMs råd och nätverk

Kontaktpersoner

### 36 Krönika, kalendarium

Vad är det som kliar?  
*Tina Nyström Rönnås*

"Test and Treat rekommenderas av en enig internationell litteratur för primärvården"

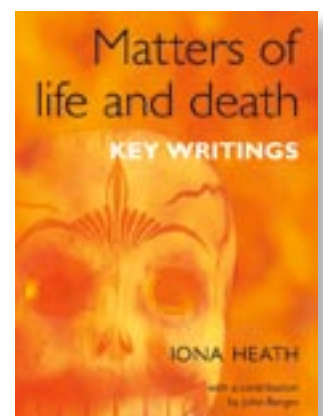
Menar Lars Agréus. Sidan 5



Syster Grace – Stig Andersson porträtterar en färgstark kvinna. Sidan 22



Eva de Fine Licht förmedlar sina intryck från WONCA Europe 2008. Sidan 25



Iona Heaths bok lämpar sig väl för kollegiala diskussioner. Sidan 29

# ANNONS



## Fortbildningen och vårdvalet

**F**ortbildningen för specialister i allmänmedicin skulle behöva en motsvarighet till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring. Vi saknar i allt för stor utsträckning den infrastruktur som för ST motsvaras av studierektorer, ST-forum och handledarutbildningar. Med de nya föreskrifterna har ST fått ett välbehövligt lyft. Hur drar vi nytta av detta framsteg för att förbättra utbildningens villkor?

Vi litar nu väl mycket på den goda viljan hos verksamhetschefer och kollegor att ge tid och resurser till professionell utveckling. Inslaget av frivillighet är oftast en tillgång, men det finns också en baksida med det. Genom åren har sjukvårdsproduktionen prioriterats i så hög grad, att det har lett till den deprimerande situationen att allmänmedicinerna är i strykclass när det gäller redovisad tid för utbildning. Priset att vara borta från sitt arbete är för många så pass högt, att det ska till något verkligt lockande för att avsätta tiden. När vi dessutom i vårt arbete i ökande grad styrs till att utföra mätbara prestationer, finns det stor risk att mjukvaran blir lidande. Tiden för reflektion måste få ett pris och få kosta.

Från den politiska nivån i våra landsting finns en stor tilltro till mätningar av kvalitet, avspeglat i devisen ”Mäta för att leda”. Förbättringsarbete, exempelvis med hjälp av Genombrottsmo-

dellen, håller på att få ett större utrymme i primärvården, vilket är glädjande. Fler läkare borde vara involverade och det är bra att kraven på redovisat förbättringsarbete finns med i nya målbeskrivningen. I själva verket är det en mycket bra utbildningsverksamhet, eller hur? Den snäva definition av utbildning som för många innefattar att man söker ledighet för att gå kurs, är det hög tid att överge. Utbildning i form av kollegiala och interkollegiala diskussioner på arbetsplatserna måste få utrymme, liksom FQ-grupper och lokala utbildningsträffar. Jag ser en risk att dessa arenor kommer att försvinna, om de inte omgärdas av någon form av föreskrifter eller regelverk.

I vårdvalsdiskussionerna runt om i landet förekommer ofta begreppet ackreditering. Gemensamt är att detaljeringsgraden är ganska låg, men det är svårt att förbise begrepp som studierektorsfunktion, handledar-kompetens och så vidare. Här finns ju tvingande föreskrifter att luta sig mot. Jag saknar i hög utsträckning utbildningens villkor presenterade i detta sammanhang. Här borde för en grupp av vårdinrättningar anges förekomst av utbildningssamordnare, FQ-grupper, gemensamma kollegiala mötesplatser med mera. För den enskilde professionelle utövaren handlar det om kompetenskonton och presentation av utvecklingsplan. Vårdcentralerna ska presentera genomförda förbättringsar-

beten, vilket förutsätter att tid avsätts. Detta är ett rimligt önskemål och det behöver inte bli alltför detaljerat.

Hur ska då utbildningens infrastruktur se ut? Det är bara att damma av Fammis utredning från 2004 [1]. Tyvärr har mycket av arvet efter Fammis slarvats bort och inte så mycket hunnit bli omsatt i praktiken när det gäller utbildningen, men varför uppfinna hjulet igen? Lokala anpassningar får göras efter rådande vårdvalsmodell.

Det inflytande vi läkare har förlorat genom åren i landstingsvärlden har i allt högre grad övertagits av ekonomer och andra tjänstemän. Deras drivkrafter är av annat slag än våra. Utrymmet för den goda viljan minskar. Vi måste göra oss hörda på ett bättre sätt. I dessa vårdvalstider finns ett gyllene tillfälle. Utnyttja det!



Anders Lundqvist

Foto: Helene Friberg

[1] Struktur för kompetensutveckling inom primärvården 2.a upplagan November 2004 (Gösta Eliasson, Else-Marie Jarl, Svante Petersson)

# ANNONS

# Dyspepsi

Ordet dyspepsi, som kommer från grekiskan, betyder "dålig matsmältning", men har inte så mycket med detta att göra. Med dyspepsi avser man någon form av smärta eller obehag i epigastriet/övre delen av buken. Även uppkördhet, uppblåsthet, illamående eller tidig mättnadskänsla anses vara kardinalsymtom. I den så kallade Rome III-definitionen, som publicerades 2006 [1], föreslås en uppdelning i: "smärta i epigastriet", "brännande känsla i epigastriet", "obehaglig fyllnadskänsla efter måltid" och "tidig mättnadskänsla". Det är tveksamt om den indelningen kommer att vinna gehör. Tidigare försök att benämna dyspepsi "ulcuslik", när det är en lokaliserad smärta i epigastriet som lindras av syreducerande medicin och matintag (man tänker sig alltså att symtomen är syraorsakade), och "dysmotilitetslik", när man tänker sig att etiologin är ökad känslighet för utspänd magsäck med nedsatt eller dysrytmisk tömning, har visat sig kliniskt opålitliga. Även om den senare etiologin med störningar av perceptionen i både magsäck, ryggmärg och centrala nervsystemet troligen är adekvat för många patienter, så är risken att ha magsäck vid de olika symtomvarianterna så pass lika (tio respektive femton procent i olika studier) att man inte kan använda anamnesen av subtyper av dyspepsi för att utesluta organisk sjukdom.

**Däremot anses att** de patienter som har en symtombild dominerad av reflux – halsbränna/bröstbränna och sura uppstötningar, med rimlig klinisk säkerhet kan sägas ha refluxsjukdom, och inte dyspepsi. Observera dock att en ganska stor del, cirka 20 procent, av dem med refluxsjukdom definierad med patologisk 24-timmars Ph-mätning, har dominans av epigastriska symtom! När man går igenom litteraturen är det även viktigt att ha i åtanke att man i Storbritannien och Kanada, där många av de bästa studierna

gjorts, fortfarande definierar reflux och dyspepsi under samma hatt. Colon irritabile, IBS, går ofta med besvär i övre delen av buken, varför en noggrann avföringsanamnes är ett måste innan man ställer arbetsdiagnosen dyspepsi. Många patienter byter även symtomprofil över tiden mellan dyspepsi och IBS, men inte så mycket mellan reflux och IBS.

Vid undersökningar i befolkningen rapporterar ungefär 25 procent av alla vuxna dyspeptiska besvär senaste kvartalet, men bara fem procent söker vård årligen, och många, kanske hälften, går aldrig till doktorn. I ungefär var vart fjärde primärvårdsbesök där dyspepsi dryftas, initieras någon form av utredning, oftast gastroskopi.

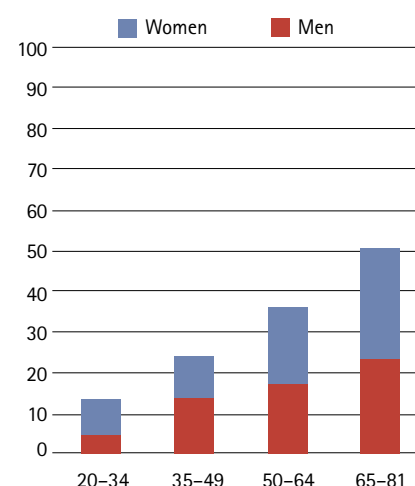
**När patienten söker** för dyspepsi brukar man kalla dyspepsin för "undersökt" så länge man bara har anamnesen. Efter utredning, vilket i praktiken innebär gastroskopi och ibland prover, som blodstatus, SR, CRP, leverstatus, kanske celiakiprover, kan dyspepsin delas upp i organisk eller funktionell. Organisk betyder naturligtvis att man hittat en sjukdom som förklaring, oftast sår i magsäck eller tolvfingertarm, eller esofagit (se Tabell 1 [2]). Någon enstaka patient har cancer. I Sverige insjuknar ungefär 900 personer om året i magsäckscancer, men bara omkring femton av dem är under 50 år, och av dessa har troligen nästan ingen, enligt utländska studier, vanlig dyspepsi så länge tumören är botbar [3]. Cancersen anses till 70–90 procent vara orsakad av *Helicobacter pylori* effekt på magslemhinnan. Infektionen orsakar, hos en mindre del patienter, efter cirka 50 år, atrofi och intestinal metaplasi som alltså kan malignifieras. Allt mer data [4] talar för, att om bakterien "eradikeras" innan slemhinnan blir atrofisk, så uppstår ingen cancerrisk, men när förändringen väl skett, så är det för sent. Det finns en "point of no return", som ganska väl sammanfaller med olika vårdprogram

**Tabell 1:** *Fynd (%) hos 400 konsekutiva Finska patienter som söker pga. dyspepsi i primärvården. Alla undersöktes förutom med gastroskopi med ultraljud, laktosintoleranstest och basalt kem lab. [2].*

Organiska orsaker (%)	
Esofagit	15
Refluxsymtom utan esofagit	12
Duodenalsår	9
Ventrikelsår	4
Erosiv duodenit	2
Laktosintolerans	9
Gallsjukdom	2
Cancer	2
Övrigt*	2
<b>Total</b>	<b>57%</b>
Funktionella orsaker	
Normalfynd	34
Normalfynd, anamnes på IBS	9
<b>Total</b>	<b>43%</b>

\* Giardiasis, glutenintolerans, erosiv gastrit, kronisk pankreatit  
Observera att laktosintolerans troligen är vanligare i Finland.

**Figur 1:** *Prevalens av Helicobacter pylori infekterade per åldersgrupp.*



"cut off" för obligatorisk gastroskopi vid nydebuterad dyspepsi.

**Prevalensen av Helicobacter pylori** i olika åldrar framgår av figur 1 [5]. Ju äldre, desto fler infekterade. Man blir dock inte smittad med åren, som man skulle ►►

kunna tro av figuren. De flesta av oss smittas som barn, troligen av våra mödrar. Ju bättre sociala förhållanden, desto färre smittas. Våra barn kommer alltså att ha en lägre prevalens av infektionen. I invandrantäta områden, där många kommer från högprevalenta områden, är prevalensen av infekterade högre även i yngre åldrar. Infektionen är helt symptomfri, utom när den ger magsår, vilket den gör hos ungefär 20 procent. Denna siffra kommer möjligen att minska med tiden eftersom vi upptäcker och behandlar fler av dem som har magsår nu. *Helicobacter pylori*-infektionen kan möjligen också orsaka en "subklinisk malabsorption" hos äldre, och i yngre år utlösa en autoimmun gastrit (ungefär hälften av alla autoimmuna gastriter hos unga tros vara orsakade av *H. pylori*), och som sagt, hos enstaka patienter orsaka, eller i alla fall vara en förutsättning för, cancer.

Testningen för *Helicobacter pylori* ska ske med ett test för pågående infektion; utandningstest (UBT) eller avföringstest, F-Hp. Båda kräver två veckor utan protonpumpshämmare, PPI, före testning. Serologi kan man möjligen använda för att utesluta infektion (få falskt negativa), men har ca 30 procent "falskt positiva" test, antingen serologiskt ärr efter en utläkt infektion eller "äkta falskt positivt". Testet är billigare, men måste alltså vid positivt utfall för infektion, konfirmeras med UBT eller F-Hp. Helblodstester med svar direkt finns, men anses för dåliga för att kunna rekommenderas.

**De allra flesta med dyspepsi har funktionell dyspepsi**, i praktiken alla oinfekterade och en majoritet av de infekterade. För dessa har vi ingen bra bot. Förskrivning av PPI har ett Number Needed to Treat-värde (NNT) på cirka 1/15 och eradikeringsstudier visar ett NNT-värde på 1/18 [6], i båda fallen troligen missade sår eller refluxpatienter. Det råder konsensus om att man inte ska behandla patienter med funktionell dyspepsi med PPI eller eradikering, i alla fall inte som symptomlindring. Tyvärr har vi inte så mycket att erbjuda. Cisaprid finns inte längre i artilleriet och hade dessutom en mycket tveksam effekt [6]. Livsstilsråd finns det

egentligen ingen evidens för [6], utan vi får individualisera läkekonsten och försöka "göra en otrygg symtomatiker trygg".

**För patienter över 50 år** som söker för nytillkommen dyspepsi råder det full konsensus – gastroskopera! För patienter under 50 år med någon form av alarmsymtom, gäller också gastroskopi. Alarmsymtom kan vara: avmagring, anemi, positiva F-Hb (observera att de nya immunologiska testerna för F-Hb är dåliga på magsäcks-/tolvfingerarmsblödningar), ikterus, bukresistens, sväljningsbesvär eller avvikande laboratoriefynd. Även patienter utan alarmsymtom som är oroliga trots förklaringar, kan vara betjänta av att gastroskoperas av terapeutiska skäl.

För den stora majoriteten dyspeptiker under 50 år som är utan alarmsymtom och inte äter NSAID/ASA finns det fyra huvudalternativ, vilka alla har samma effekt på symtom och patienttillfredställelse [6] [7].

**PPI ex juvantibus.** Används ofta. Ger symptomlindring vid syrabetingade symtom, alltså vid magsår och reflux. Påverkar inte recidivriskerna vid magsår. Stor placeboeffekt vid funktionella besvär. Dock finns risk för felmedicinering, och möjligen kan det finnas en risk för reboundeffekt, även om det är omtvistat.

**Gastroskopi.** Standardrekommendationen i de flesta landsting, till exempel i Stockholm. Att hitta sjukdomen och behandla den är naturligtvis tilltalande, framför allt för skopisten. Observera att för att det ska vara en rimlig strategi (trots kostnaden) så måste väntetiden vara kort (<1–2 veckor), så att patienten kan acceptera medicinfrihet eller så att naturalförloppet inte råkar läka det eventuella såret så att det missas. Det finns ett flertal studier som visar att omkring tio procent av patienter med magsårsjukdom missas vid gastroskopi – den blir falsk negativ [8] [9].

I Sverige tas ofta inga slemhinnebiopsier vid "blanka" skopier, troligen för att skopisten inte vill trassla in sig i en diskussion om de *Helicobacter py-*

*lori*-positiva patienterna utan sår, samt att det kostar pengar. Det är emellertid ett högst tveksamt förfarande, ty av en eventuell gastritbild kan kliniskt relevant information fås – om eventuell kemisk gastrit (NSAID), autoimmun gastrit och gastritvarianter med väsentligt förhöjd cancerrisk.

Det hävdas ibland att skopi-strategin skulle minska PPI-förskrivandet, men om något, så har det visats vara snarast tvärtom [7].

En enig internationell litteratur avråder från denna strategi av hälsoekonomiska skäl.

**"Test and Scope"** – testa för riskfaktorn *Helicobacter pylori*, skopera dem som är positiva, och bota dem som visar sig vara sjuka. Används i Göteborg och står även i vårdprogrammet i Uppsala. Rationalen är att man vid långa väntetider kan minska kön genom att sälla bort dem som med stor sannolikhet är utan kliniskt relevanta fynd. Det betyder alltså att man i Stockholm aldrig rekommenderat *Helicobacter pylori*-testning på dessa patienter, men i Göteborg har det varit obligatoriskt! Hälsoekonomiska studier har dock inte visat på någon ekonomisk vinst med strategin [7], eftersom det blir fler som testas, och därmed blir det många skopier ändå. Dessutom är "testarmarna" i studierna dåligt definierade. Det vetenskapliga underlaget är således tunt.

**"Test and Treat"** – leta efter riskfaktorn för sjukdom (*Helicobacter pylori*-infektion) och eliminera ("eradikera") den. Ett för primärvården tilltalande paradigm – vi jobbar ju med förkärlek med riskfaktoreliminering inom andra områden, ofta med mångårig polyfarmaci, som vid metabola syndromet. Test and Treat rekommenderas av en enig internationell litteratur för primärvården [10] [11] [12] [13]. Man minskar antalet skopier i aktuell grupp med två tredjedelar. Förutom att man läker magsår och hindrar recidiv så är det, i alla fall i högprevalenta områden, motiverat även ur cancerrisk-synpunkt. Sverige är inte högprevalent vad gäller magsäckscancer, men det är

viktigt att känna till resonemanget [4]. Anledningen till den massiva opinionen för denna strategi internationellt, är att den är mycket billigare och har samma utfall avseende symtomlindring. Man har även visat bevarad skillnad i upp till sju år [14]. Patienten slipper även svälja gastroskopet, men den rättighet som en patient har, att få beslutsunderlag för delaktighet i vårdens vägar delges denne sällan. I en del länder, som Storbritannien, sitter patientrepresentanter med när vårdprogram utarbetas. Nackdelen är förstås en viss ökad antibiotikakonsumtion, framför allt är det claritromycinresistensen som är, eller kan bli, ett bekymmer. I Nordeuropa är problemet litet [15] med resistens på 1,5–3 procent. Det har beräknats att även om vi införde metoden Test and Treat helt och hållet, så skulle resistensen inte öka med mer än maximalt 0,025 procent per år [16]. De mikrobiologiska laboratorierna måste naturligtvis fortsätta monitorera resistensläget.

**Hur kommer det sig** då att en rekommendation som en enig internationell gastroenterologkår rekommenderat sedan snart tio år knappt används alls i Sverige?

För det första är det fortfarande så att det är "specialisterna" som dikterar villkoren när det skrivs vårdprogram. Uppenbarligen är det ganska få allmänläkare som satt sig in i problematiken och litteraturen, och kunnat ta en match där riskeliminering ställs mot sjukdomslätande. Som skopist vill man kanske inte heller säga av den gren man sitter på (till och med i Läke-medelsbokens sista utgåva, där man ideligen annars hänvisar till Cochrane, lyckas man blanda ihop nomenklaturen så att det helt felaktigt framställs som att Test and Treat är underlägset gastroskopi för utredning och symtomlindring). Styrintstrumenten i vården gör dessutom att det ibland är dyrare att utreda själv, eftersom vårdcentralen får stå för laboratoriekostnader, än att skicka på skopi som kan vara en fri nytthet. Det har även påpekats av SBU i "Dyspepsi och reflux – en systematisk översikt" 2007 [6] att de hälsoekonomis-

ka beräkningarna som ligger till grund för att förorda Test and Treat före gastroskopi, inte med självklarhet är applicerbara på det svenska sjukvårdssystemet. SBU har därför gjort en egen "svensk simulering" av problematiken, som bekräftar de utländska studierna; i alla rimliga scenarier är Test and Treat billigare [17]. Rädslan för resistensutveckling är naturligtvis rättmätig, men i skenet av att den kan beräknas öka med 0,025 procent om man endast använde Test and Treat, sannolikt överdriven [16].

**Sammanfattningsvis** kräver handläggning av yngre dyspeptiker med gastroskopi som primär undersökning, mycket korta eller inga väntetider för att överhuvudtaget kunna rekommenderas. Test and Treat är en lika evidensbaserad metod, dessutom billigare, patientvänligare, primärvårdsanpassad och med ett massivt litteraturstöd i ryggen.



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

[1] Drossman DA, Corraziari E, Delvaux M, al. e. Rome III. The Functional Gastrointestinal Disorders.: McLean, VA: DEgnos Associates 2006.

[2] Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Räsänen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol.* 1995;30:519-23.

[3] McColl K. CON: Endoscopy is not necessary before treating Helicobacter pylori in patients with uncomplicated dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2007 Mar;102:474-6.

[4] Correa P, Houghton J. Carcinogenesis of Helicobacter pylori. *Gastroenterology.* 2007 Aug;133:659-72.

[5] Storskrubb T, Aro P, Ronkainen J, Vieth M, Stolte M, Wreiber K, Engstrand L, Nyhlin H,

Bolling-Sternevald E, Talley NJ, Agréus L. A negative Helicobacter pylori serology test is more reliable for exclusion of premalignant gastric conditions than a negative test for current H. pylori infection: a report on histology and H. pylori detection in the general adult population. *Scand J Gastroenterol.* 2005 Mar;40:302-11.

[6] Stael Von Holstein C, Agréus L, Engstrand L, Johnsson F, Lindberg G, Löf L, Nordlund A, Nyrén O, Ohlsson B, Sjövall H, Syverssen A, Öberg S. Dyspepsi och reflux - en systematisk översikt. SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). 2007.

[7] Delaney B, Ford A, Forman D, Moayyedi P, Qume M. Initial management strategies for dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; CD001961.

[8] Sipponen P, Varis K, Fraki O, Korri UM, Sepsala K, Siurala M. Cumulative 10-year risk of symptomatic duodenal and gastric ulcer in patients with or without chronic gastritis. A clinical follow-up study of 454 outpatients. *Scand J Gastroenterol.* 1990 Oct;25:966-73.

[9] Hsu PI, Lai KH, Lo GH, Tseng HH, Lo CC, Chen HC, Tsai WL, Jou HS, Peng NJ, Chien CH, Chen JL, Hsu PN. Risk factors for ulcer development in patients with non-ulcer dyspepsia: a prospective two year follow up study of 209 patients. *Gut.* 2002;51:15-20.

[10] Rubin GP, Meineche-Schmidt V, Roberts AP, Childs SM, de Wit NJ. The Management of H. pylori infection - Guidelines from the ESPCG. *Eur J Gen Pract.* 1999;5:98-104.

[11] Group NoEDGD. Dyspepsia - Managing dyspepsia in adults in primary care: NICE report; 2004.

[12] Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers EJ. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut.* 2007 Jun;56:772-81.

[13] Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005 Nov;129:1756-80.

[14] Lassen AT, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Helicobacter pylori test and eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: 6.7 year follow up of a randomised trial. *Gut.* 2004 Dec;53:1758-63.

[15] Vakil N, Megraud F. Eradication therapy for Helicobacter pylori. *Gastroenterology.* 2007 Sep;133:985-1001.

[16] Storskrubb T, Aro P, Ronkainen J, Wreiber K, Nyhlin H, Bolling-Sternevald E, Talley NJ, Engstrand L, Agréus L. Antimicrobial Susceptibility of Helicobacter pylori Strains in a Random Adult Swedish Population. *Helicobacter.* 2006 Aug;11:224-30.

[17] Agréus L, Borgquist L, Löf L, Norlund A, Marké L-Å, (SBU) TSCoTAiHC. "Test and Treat" jämfört med "Scope Them All"- en hälsoekonomisk analys för första omhändertagande - ett SBU arbete. *Gastrokuriren* 2008;13: Abstract PO-19.



# ANNONS

# Astma/KOL-mottagning i primärvård – nya kriterier

## Författare:



**Björn Tilling**, distriktsläkare, vårdcentralen Åtvidaberg och Allergicentrum Universitetssjukhuset Linköping



**Birgitta Jagorstrand**, distriktsköterska, astma/ KOL sjuksköterska, projektkoordinator, FoUU Primärvården Skåne, Allergikompetenscentrum Lund.



**Gunnar Johansson**, docent, distriktsläkare, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.



**Inger Kull**, leg sjuksköterska, med dr, Arbets- och Miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och Centrum för allergiforskning, Karolinska Institutet.



**Karin Lisspers**, distriktsläkare, Gagnefs vårdcentral, Gagnef och Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.



**Kerstin Romberg**, distriktsläkare, Nässets Läkargrupp, Höllviken och avdelningen för Lungmedicin och Allergologi, Lunds Universitets-sjukhus.



**Björn Stållberg**, distriktsläkare, Trosa vårdcentral, Trosa och Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.

Korrespondens till: Björn Tilling  
Box236  
Vårdcentralen  
597 26 Åtvidaberg  
Tel 0120-75886  
E-post: bjorn.tilling@lio.se

**Ämnesord:** astma, KOL, primärvård, astma/KOL-mottagning, organisation, kriterier.

## Huvudbudskap

- Primärvården har ett stort ansvar för diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med astma och KOL.
- Astma/KOL-mottagningar med specialutbildad sjuksköterska och adekvat tid för mottagningsarbete ökar förutsättningar för att erbjuda en bra vård enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- Nya kriterier för astma/KOL-mottagning i primärvård redovisas.

## Bakgrund

I slutet av 1980-talet startade de första sjuksköterskeledda astmamottagningarna på vårdcentraler i Sverige. Erfarenheterna blev goda och astmamottagningar etablerades på allt fler vårdcentraler under 90-talet. De första utvärderingarna av verksamheterna visade på bättre omhändertagande och behandlingsresultat av astmatiker, framför allt om vissa moment ingick i mottagningsarbetet. Detta utgjorde grunden för förslag till kriterier för "godkänd" astmamottagning som SFAMs (Svensk Förening för Allmänmedicin) nätverk för astma- och allergiintresserade läkare presenterade i tidskriften *AllmänMedicin* 1998 [1]. Initialt omhändertogs bara vuxna astmapatienter på de flesta nystartade mottagningarna. Med tiden fick många också ansvar för barn med astma och därmed ett ökat behov av att kunna utföra allergiutredningar på mottagningarna.

Verksamheten på astmamottagningarna ledde successivt till att även fler patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) identifierades och det blev ytterligare en grupp patienter som började omhändertaras på dessa mottagningar. I början av 2000-talet utarbetades nationella

vårdprogrammet för KOL vilket gav struktur på utredning, behandling och uppföljning av denna patientgrupp [2]. I detta vårdprogram får primärvården ansvaret för majoriteten av patienterna med KOL och astmamottagningarna föreslås vara en viktig bas för utredning och uppföljning av dessa patienter. Med denna patientgrupp följde ganska naturligt att astmasjuksköterskan också borde kunna ge ett aktivt rökslutarstöd.

## Vård på lika villkor

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall vård kunna erbjudas med god kvalitet och på lika villkor i hela landet. Utvärderingar av astmamottagningar på vårdcentraler har visat på ett bättre omhändertagande, minskat antal akutbesök och på bättre kunskap om sjukdomen hos astmapatienter [3-5]. Undersökningar har också visat att tillgången på och avsatt tid för astma/KOL-mottagningar är ojämnt fördelade i landet [6,7]. Det vetenskapliga stödet för nyttan med astma/KOL-mottagning har belysts i en artikel i *Läkartidningen* oktober 2008 [8].

Många distriktsläkare uppfattar astma/KOL-sjuksköterskans arbetsinsatser som en stor tillgång, då tiden för läkarbesök ofta är otillräcklig för att kunna ge patienterna den kunskap om sjukdomen och dess behandling som krävs. Det har från vissa håll framförts farhågor med specialistsjuksköterskor på vårdcentraler, och vissa ser dessa som ett hot mot både allmänläkarens och distriktsköterskans arbetsinnehåll och roller som generalister [8]. Det har också hävdats att specialmottagningar i primärvården såsom astma/KOL-mottagningar tar resurser från andra svaga patientgrupper av kroniskt sjuka. Vi menar att genom ett effektivt omhändertagande av dessa stora patientgrupper kan tid frigöras för andra uppgifter. ►►

# ANNONS

Behovet av tidsresurser för astma/KOL-mottagning har aldrig beräknats.

#### Tidsfaktorn

0,5 timmar/1000 invånare kom till vid analys av astmamottagningar i dess uppbyggnadsfas, då mottagningarna nästan enbart hade vuxna astmapatienter. Primärvården har sedan dess fått ansvar för allt större andel av patienter med astma och KOL, vilket medför stora krav på ett effektivt omhändertagande med god kvalitet. Flera studier har dessutom visat att det finns brister i omhändertagandet av både astma- och KOL-patienter [9,10]. Denna utveckling har skapat behov av att utarbeta nya kriterier för "godkänd" astma/KOL-mottagning i primärvård.

#### Metod

Vi författare representerar SFAMs nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare och Astma och allergisjuksköterskeföreningen (ASTA) och har tillsammans med ytterligare representanter för ASTA (Annika Petersson, Kristianstad och Ann-Christin Hedrén Kungälv) utformat förslaget till nya kriterier. Utgångspunkten har varit Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL och det vetenskapliga stöd vi har funnit för astma/KOL-mottagning samt vår mångåriga erfarenhet av arbete i egna mottagningar.

Förslaget presenterades på en nationell workshop i Stockholm hösten 2006 och har därefter under 2007 diskuterats och förankrats i både i SFAMs astma/allergi- och KOL-nätverk och ASTA.

### Nya kriterier för astma/KOL-mottagning

#### Sjuksköterskekompetens och specialutbildning

Dagens astmasköterskor har varierande kompetens och bakgrund. En del har flera års erfarenhet av mottagningsarbete på vårdcentral eller andra specialistmottagningar och delar astmamottagningsarbetet med andra uppgifter på vårdcentralens mottagning. Andra har distriktssköterskekompetens och delar mottagningsarbetet med distriktsvård. För att astma/KOL-sjuksköterskan skall

ha tillräcklig kunskap inom ämnesområdet bedömer vi att 15 högskolepoäng inom astma/KOL är ett minimikrav och önskemål på sikt är minst 30 poängs specialutbildning. 15 poäng, enligt nya högskoleförordningen från juli 2007, motsvarar tidigare tio poäng [11]. Detta stämmer väl överens med det förslag som togs fram av ASTA 2005 [2]. I dokumentet tydliggörs vilken utbildnings- och kompetensnivå sjuksköterskor bör ha för att tjänstgöra på en astma/KOL-mottagning i primärvården.

Idag finns 5–20 poängskurser på högskolor med olika inriktning inom området allergi, astma och KOL. Handledarkurser för rökavvänjning finns på flera högskolor. Utbildningar inom området och spirometriutbildningar erbjuds av både landsting och läkemedelsföretag. Ett så kallat "spirometriörkort" för att kunna utföra spirometriundersökning med god kvalitet, är under utarbetande av SFAMs astma-, allergi- och KOL-nätverk i samarbete med ASTA.

#### Verksamhetsansvarig läkare

En av vårdcentralens fast anställda allmänläkare bör utses som verksamhetsansvarig för astma/KOL-mottagningen. Denne är huvudansvarig för den medicinska kvaliteten gällande exempelvis spirometriundersökningar, testmetoder för allergiutredning och kvalitetsuppföljning. Han/hon skall vara ett stöd i första hand för sjuksköterskan, men också kunna vara ett stöd för övriga läkare i val av utredningar, tolkning av undersökningsresultat och val av behandling för astma/KOL-patienter på mottagningen.

Den verksamhetsansvarige läkaren skall hålla sig uppdaterad om kunskapsläget inom området genom regelbunden fortbildning. Viktigt är att komma ihåg att varje läkare inom respektive enhet har det medicinska ansvaret för sina patienter och ska därmed

- tolka undersökningsresultat
- fastställa diagnos
- ansvara för behandlingen
- ansvara för fortsatta läkarkontakter
- remittera till sjukhusspecialist när så bedöms nödvändigt

– samverka med astma/KOL-sjuksköterskan kring den enskilde patienten.

#### Utrustning

Mottagningen skall vara utrustad med spirometer och pulsoxymeter. Om vårdcentralen tar emot patienter med akuta astmabesvär och KOL-patienter med försämringsskov, skall nebuliseringsapparat finnas och möjlighet att ge oxygenbehandling. Astmasjuksköterskan bör ha tillgång till informations- och undervisningsmateriel samt ha placeboinalatorer så att patienter får kunskap om och tillfälle att pröva olika inhalatorer.

#### Arbetsorganisation

Verksamheten skall bedrivas med tidsbeställd mottagning. Astma/KOL-sjuksköterskan skall ha telefontid där patienterna får möjlighet till kontakt och rådgivning.

#### Arbetsinnehåll

Strukturerade utredningar enligt medicinska riktlinjer med god kvalitet skall kunna utföras på astma/KOL-mottagningen, till exempel spirometriundersökning med reversibilitetstest, PEF-mätning samt PEF-dagbok. Allergiutredning skall utföras med pricktest och/eller in vitro-tester. Sjuksköterskan är huvudansvarig för patientutbildning, men även andra yrkeskategorier kan medverka.

#### Uppföljning

Alla patienter med kronisk sjukdom som behöver behandling bör kunna erbjudas uppföljning. Hur ofta det ska ske beror på sjukdomens svårighetsgrad och individuella behov. Uppföljning kan ske med mottagningsbesök eller telefonkontakter både hos sjuksköterska eller läkare.

Spirometri bör utföras för att följa lungfunktionen hos patienter med medelsvår och svår astma samt svår KOL, liksom hos de patienter som fortsätter att röka efter diagnos. Längd och vikt hos barn samt BMI hos KOL-patienter ska följas [13]. Saturationsmätning bör ingå vid uppföljningsbesöken av medelsvår-svår KOL [2,13]. KOL-patienter skall erbjudas influensa- och pneumokockvaccination enligt riktlinjer [13]. ►►

Dokumentationen av uppföljningsbesöken är viktig för att kunna göra kvalitetsuppföljning av verksamheten. Förslag till kvalitetsindikatorer för primärvård finns i Socialstyrelsens riktlinjer för astma och KOL, och det är önskvärt att dessa används [13].

### Rökslutarstöd

Tobaksrökning är kanske den främsta orsaken till ohälsa, och att få en rökare att sluta är en av de mest kostnadseffektiva insatser vi känner till idag. Speciellt viktigt är detta för patienter med KOL där det är av avgörande betydelse för sjukdomsutvecklingen. Även för individer med astma är rökstopp viktigt, då rökning både förvärrar sjukdomen och minskar effekten av medicineringen [14,15]. Rökande patienter bör kunna erbjudas aktivt rökslutarstöd enskilt eller i grupp. Det är en styrka att kunna erbjuda detta stöd på astma/KOL-mottagningen, men det kan organiseras på annat sätt och med annan personal på vårdcentralen.

### Samarbete

I ett optimalt omhändertagande av patienter med medelsvår och svår KOL ingår samverkan med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och eventuell kurator eller annan yrkeskategori med psykoterapeutisk kompetens [2, 13]. Behovet av insatser ökar med stigande svårighetsgrad av sjukdomen och förekomst av andra interkurrenta sjukdomar samt funktionshinder. Samma behov kan finnas hos patienter med svår astma och allergi. Samarbetet med sjukgymnast är särskilt viktigt eftersom patienter med medelsvår KOL i många fall helt behandlas och följs upp i primärvården. Om mottagningen också tar ansvar för vården av patienter med svår sjukdom bör samarbetsrutiner utarbetas även med dietist, arbetsterapeut och kurator. Hur denna samverkan utformas får ske efter lokala förhållanden och kompetens.

### Tidsåtgång

Hur många timmar som avsätts för astmasköterskans arbete blir avgörande för vilken vårdkvalitet som uppnås i omhändertagandet av astma- och KOL-pa-

tienter. Behovet av tid är också beroende på omfattningen av verksamheten. Tar mottagningen emot barn och i så fall i vilka åldrar? Utförs allergiutredningar? I vilken omfattning tas patienter emot med svårare sjukdom? Kan patienter erbjudas aktivt rökavvänjningsstöd?

Ett nybesök för astma eller KOL hos astma/KOL-sjuksköterskan bedömer vi tar två till tre timmar fördelat på två eller flera besök. Allergiutredning med pricktest tar minst 40 minuter i anspråk. Rökavvänjning med aktivt stöd tar 2–6 timmar fördelat på flera besök/kontakter med uppföljning under en längre period. Besökstiden för barn är ofta längre än för vuxna och om provokationstester, t.ex. ansträngningsprovokationer utförs på mottagningen ökar tiden väsentligt. Tiden för uppföljningsbesök varierar stort från individ till individ och sjukdomens svårighetsgrad. Ett ofta använt sätt att ange tidsåtgången för astma/KOL-mottagningen är antal timmar per 1000 invånare/listade patienter i upptagningsområdet [1].

*Vår bedömning är att om det avsätts resurser motsvarande:*

*1,5 timmar/vecka/1000 invånare* räcker det till att bedriva diagnostik vid misstanke om astma hos vuxna och KOL, bedriva viss patientutbildning och göra uppföljningar av akutbesök och eventuellt ett uppföljningsbesök efter insatt behandling. Rökslutarstöd kan ske i begränsad omfattning. Verksamhetens innehåll ligger inom Socialstyrelsens rangordningsnivå 1–5.

*2 timmar/vecka/1000 invånare* räcker till att dessutom ta hand om barn i skolåldern och bedriva aktivt rökslutarstöd.

*3 timmar/vecka/1000 invånare* räcker till att dessutom till att erbjuda uppföljning av patienter med medelsvår och svår sjukdom.

*4 timmar/vecka/1000 invånare* räcker till att bedriva vård till väsentliga delar enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL.

*Se även figur 1.*

### Sammanfattning

Primärvården ansvarar för vården av de flesta patienter med astma och KOL. Socialstyrelsen har 2004 presenterat riktlinjer för vården av dessa patientgrupper. En astma/KOL-mottagning, utformad enligt de nya kriterier som presenterats, med specialutbildad sjuksköterska och adekvat tid avsatt för mottagningsarbete, ökar förutsättningarna för att kunna erbjuda en vård med god kvalitet samtidigt som den avlastar läkarmottagningen och frigör tid för andra patientgrupper.

#### Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:

**Björn Tilling** har mottagit arvoden för projektarbeten, diskussionsgrupper och föreläsningar vid fortbildningsmöten arrangerade av AstraZeneca, GSK, MSD och Schering Plough samt för deltagande i kliniska prövningar för AstraZeneca, GSK, MSD, Schering Plough och Boehringer Ingelheim.

**Birgitta Jagorstrand** har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca.

**Gunnar Johansson** har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, MSD och Pfizer, och deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Boehringer Ingelheim och deltagit i läkemedelsprövningar för AstraZeneca, MSD och Schering Plough.

**Inger Kull.** Inga potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

**Karin Lisspers** har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, Boehringer Ingelheim och MSD, deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca och läkemedelsprövningar för AstraZeneca.

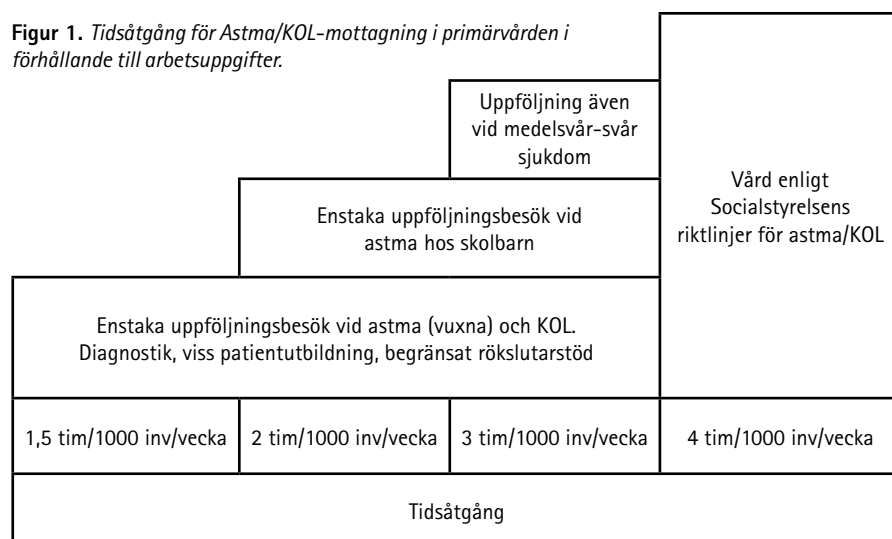
**Kerstin Romberg** har mottagit arvoden för projektarbete, diskussionsgrupper, föreläsningar vid fortbildningsmöten och deltagande i kliniska prövningar arrangerade av Aerocrine, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GSK, MSD, Pfizer och Schering Plough.

**Björn Stållberg** har erhållit föreläsararvoden från AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer AB och Schering Plough, deltagit i läkemedelsprövningar för AstraZeneca samt deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Boehringer Ingelheim.

**Tabell. Nya kriterier för astma/KOL-mottagning i primärvård med förslag om en "godkändnivå" utifrån minimikrav och dagsläget i primärvården och en "optimal" nivå utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och rekommenderade behandlingsmål.**

	Godkänd mottagning	Optimal mottagning
<b>Kompetens – Astma/KOL-sjuksköterska</b>	Distriktssköterska/sjuksköterska Minst 15 högskolepoäng inom astma/allergi/KOL  Regelbunden fortbildning inom området	Distriktssköterska/sjuksköterska Minst 30 högskolepoäng inom astma/allergi/KOL och särskild utbildning i rökslutastöd Regelbunden fortbildning inom området
<b>Kompetens – Verksamhetsansvarig läkare</b>	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning Regelbunden fortbildning inom området	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning Regelbunden fortbildning inom området
<b>Utrustning</b>	Spirometer och pulsoxymeter Oxygen och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall	Spirometer och pulsoxymeter. Oxygen och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall
<b>Arbetsorganisation</b>	Tidsbeställd mottagning samt telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska)	Tidsbeställd mottagning samt telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska) Spirometri vid behov inom en vecka
<b>Arbetsinnehåll</b>	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning Erbjuda uppföljning till prioriterade patienter enligt Socialstyrelsens riktlinjer Allergikutredning Patientutbildning Erbjuda rökslutastöd	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning Erbjuda uppföljning efter behov  Allergikutredning Patientutbildning Erbjuda rökslutastöd av särskilt utbildad personal
<b>Kvalitetsuppföljning</b>	Enligt enhetens rutiner	Enligt Socialstyrelsens riktlinjer
<b>Samarbete</b>	Samverkan med sjukgymnast	Teamsamverkan med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och eventuell kurator/motsvarande
<b>Mottagningsresurser per 1000 listade invånare och vecka</b>	1,5 tim/vecka (2 tim/vecka om ansvar för barn i skolåldern)	4 tim/vecka

**Figur 1. Tidsåtgång för Astma/KOL-mottagning i primärvården i förhållande till arbetsuppgifter.**



#### Referenser:

- Tilling B, Johansson G, Stållberg B. Astma-mottagning i primärvård - dags att fastslå kriterier. *AllmänMedicin*. 1998;19:141-2.
- Nationellt vårdprogram för KOL. <http://slmfse/kol>. 2006.
- Heard AR, Richards JJ, Alpers JH, Pilotto LS, Smith BJ, Black JA. Randomised controlled trial of general practice based asthma clinics. *Med J Aust*. 1999 Jul 19;171(2):68-71.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*. 2002 Apr 6;324(7341):819-23.
- Ram F, Jones A, Fay J. Primary care based clinics for asthma (review). *The Cochrane Collaboration*. 2004(4):1-15.
- Lisspers K, Stallberg B, Hasselgren M, Johansson G, Svardsudd K. Organisation of asthma care in primary health care in Mid-Sweden. *Prim Care Respir J*. 2005 Jun;14(3):147-53.
- Stallberg B, Lisspers K, Janson C. ABS77: Organisation of asthma and COPD care in secondary care in Mid-Sweden. *Prim Care Respir J*. 2006 May 20.
- Ranstad K. Subspecialiseringens frestelser. *AllmänMedicin*. 2006;4:3.
- Lisspers K, Stållberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen. En rapport från Praxisstudien astma/KOL. 2007.
- Lisspers K, Stållberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen. En rapport från Praxisstudien astma/KOL. 2008.
- Ny värld - ny högskola. Regeringens proposition. 2004;05/162.
- Kompetensbeskrivning och förslag på utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom allergi och annan överkänslighet. Astma- och allergisjuksköterskeföreningen (ASTA) och Svensk sjuksköterskeförening (SSF). 2005.
- Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). 2004.
- Pedersen B, Dahl R, Karlstrom R, Peterson CG, Venge P. Eosinophil and neutrophil activity in asthma in a one-year trial with inhaled budesonide. The impact of smoking. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996 May;153(5):1519-29.
- Chalmers GW, Macleod KJ, Little SA, Thomson LJ, McSharry CP, Thomson NC. Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma. *Thorax*. 2002 Mar;57(3):226-30.

# ANNONS

# Berättelse från en allmänläkares vardag

Varje dags arbete är nytt och spännande. Ingen dag är den andra lik. Ibland står vi inför det ovanliga. Det är som i ett lotteri. Det vanliga är att det passerar många människor under en dag som har det gemensamt att de alla är olika. Det ovanliga är när det under samma dag hos flera, råkar gå att identifiera ett gemensamt drag.

## "Allergi"

En fredag eftermiddag var jag ensam läkare på mottagningen. Jag hade redan på förmiddagen klarat av mina egna patienter och stod nu till tjänst även för mina kollegors. Vid tretiden hade antecknats en kvinna i 30-års åldern. Hon hade "allergi" enligt min besökslista. Jag hade tillgång till en ganska omfattande journal där det visade sig att hon haft kontakter med samtliga läkare utom mig. Jag bjöd henne att sitta ned på min besöksstol och berätta. Hon gjorde mig snart uppmärksam på att hon hade haft alla möjliga sjukdomar, vilka hon ansåg berodde på allergi. Hon orkade inte med någonting, och hon var allmänt missnöjd med "alla" läkare. Hon ville ha svar på några frågor, och ville höra min uppfattning. Jag var försiktig och försökte att lägga tillbaka frågorna till henne själv, inte minst därför att jag inte visste. Det drog ut på tiden, och jag blev otålig, kanske höjde rösten och bad om att få avsluta konsultationen. Jag hänvisade till väntande redan bokade patienter, men också till att hennes problem var av så omfattande karaktär, att de inte gick att få någon fason på av mig, ytterligare en ny läkare på en akut tid en fredag eftermiddag. Hon blev störtförnämrad, reste sig och lämnade rummet. Jag fick snabbt samla mig och se över situationen med väntande som satt utan för min dörr.

## Sjukskrivning låg i luften

Nästa patient var en kvinna i 50-årsåldern som såg mycket trist ut. Det låg en sjukskrivning i luften. Hon satte sig och



inledde anklagande att hon hade hört "allt" som hänt i mitt rum under den föregående konsultation. Jag blev alldeles ställd och fick behärska mig till det yttersta. Jag var skamsen och ville göra rätt, och koncentrera mig på denna kvinnas problem. Det var en deprimerad lärare som kände sig körd i botten, och det var uppenbart att hon hade fått samla kraft för att söka läkare. Hon var skeptisk med dåliga erfarenheter av tidigare kontakter, och hade dåligt självförtroende. Det var inte svårt att bejaka hennes sjukskrivningsbehov och övriga önskemål om medicinskt stöd, men den riktigt goda kontakten infann sig inte. Dagen var förstörd för mig. Jag fick avlasta mina obehagliga tankar med de medarbetare som fanns i min närhet. Inte minst blev sekretessfrågan belyst och föremål för åtgärd. Även lämpligheten att släppa in patienter med omfattande problem som dessa, till en på mottagningen ensam doktor fick vi ifrågasätta.

## Tre unga män

En vardag för flera år sedan uppenbarade sig tre unga män med olika ovanliga problem. Jag funderar ibland över det faktum att just unga män är ovanliga på min mottagning. Är det så att mottagningsformen inte passar deras upplevda hälsoproblem? Alla tre hade en mycket speciell anledning att komma. De hade alla övervägt och övervunnit trösklar innan de tog beslutet att söka.

Den förste var en 22 år gammal studerande. Han kom tillsammans med sin mor. Det stod klart att hon följde med därför att hon hade förstått att det var viktigt att sonen togs på allvar. Han berättade om en halvsidig huvudvärk som plågat honom några månader, och som allt mer störde hans liv, arbete och sömn. Det var uppenbart att han var ambitiös, men också lite av en ensamvarg. En kusin till honom hade haft något liknande och hade inte fått hjälp i tid. Han fick så småningom fastställt att det var en hjärntumör. Den kunde inte radikalt opereras bort och utvecklingen därefter hade inte varit bra. Jag upplevde att det allra viktigaste för mig var att ge honom bekräftelse på det han upplevde. Det var betydelsefullt att snabbt få klarhet och visa handlingskraft. På mindre än en vecka hade alla nödvändiga undersökningar blivit genomförda och han kunde vandra vidare med förtroende för vårdens möjligheter.

Den andre var en 17-årig lång och mager yngling. Han hade fått tid i samma veva som en 13-årig syster. Båda kom i mors sällskap. Vi fann det lämpligt att han kom in ensam. Hans önskan var att jag skulle ombesörja en provtagning. Han sa att han var vegan och att han av en vän, tillika vegan, hade rekommenderats att liksom vännen få ett blodprov analyserat för att se om han hade någon brist. Han gav ett gott intryck. Hans önskan framfördes klokt och försynt. Jag hörde mig för om hans insikter om de möjliga hälsomässiga konsekvenserna ►►



av att tillämpa vegankost och förstod att han var påläst. Vi funderade tillsammans om innebörden av provtagningen, vilka prover som kunde vara intressanta och vilka insatser som skulle kunna bli aktuella till följd av provresultat. Jag var inte pigg på att bidra till överdrivna föreställningar om värdet av laboratorieprov. Vi kom fram till att han redan var så väl insatt i problemet, och att han nu kände att han skulle kunna hantera frågan själv, även i förhållande till sina föräldrar. Han gick från mig med högt buret huvud. Han visste vad han ville och skulle klara det här.

Den tredje var en 16-åring som efter en del inledande ordväxlingar kom fram med att han hade förskräckligt ont i underlivet när han hade orgasm. Samtalet och undersökningen visade inte något egentligen sjukligt, utan kanske det var så enkelt att hans problem var en fråga om mjölksyra i den berörda muskulaturen på grund av den teknik för sexuell stimulering han på egen hand hade utvecklat. Det var ett delikat problem och inte lätt att föra samtalet. Jag kände att mitt ordförråd var fattigt, men att vi ändå hade funnit en väg för honom att hantera detta utan att han kände sig sjukliggjord.

### Inget utrymme för omtanke

En dag i juli för något år sedan kom en 50-årig kvinna till min mottagning. Jag blev anlitad i stället för en semestrande kollega. Hennes problem var anmält som "sjukskrivning". Det var en vacker men sliten och trött människa, som satte sig i stolen. Vi tittade på varandra. Hennes språkton skvallrade om en baltisk bakgrund. Journalen innehöll en medicinsk berättelse om en mångårig Levaxinbehandling, som svajade efter en besvärlig bronkit året innan i november.

Hon hade många besök bakom sig och korta sjukskrivningsperioder. Diverse undersökningar hade genomförts men hela handläggningen saknade stadga. Hennes Levaxin hade satts ut en tid genom en annan läkarkontakt inom företagshälsovården. Därefter hade den återupptagits, men hennes allmänna tillstånd hade aldrig blivit tillfredsstäl-



**"Han gick från mig med högt buret huvud. Han visste vad han ville och skulle klara det här."**

lande, präglad som det var av trötthet och obehagliga kroppssensationer.

Vi fördjupade oss i hennes livsberättelse. Hon hade varit lyckligt gift som helt ung i sitt hemland, men mannen dog efter några år genom en olyckshändelse. Hon hade en tät relation till sina föräldrar och syskon. Hon skaffade sig utbildning och fick bra jobb i ett företag på orten. Hennes nuvarande svenske man kom som resemonter till företaget. De fick en relation som sedan ledde till att hon följde med honom till Sverige som hans maka. Hon lärde sig snabbt svenska, klarade sig mycket bra. De hade nu en dotter på tolv år. Familjärt verkade det gå bra. I hennes hemland som hon i dag har nära kontakt med, följer hon sina släktingars öden. Föräldrarna har gått ur tiden, och hennes enda bror kämpar med cancer. Han tycks ha funnit

sig till rätta med sitt öde, vilket innebär att han får sköta sin sjukdom i hemmet med hjälp och stöd av den lokala sjukvården.

Hennes egna möjligheter att få ett arbete som svarar mot hennes kvalifikationer har varit mindre bra. Hon har nu sedan flera år arbetat som lokalvårdare i ett större företag. Det är det jobbet hon just nu inte klarar av. Hon känner ansvar för att vara där eftersom det är semestertid. Hennes arbetskamrater har emellertid sagt, att "du måste sjukskriva dig".

Vi kommer då till att prata om stämningen på hennes arbetsplats och det är inte så vackert det hon berättar. Jag vill närmast beteckna det som mobbning. Hennes manlige arbetsledare har charmerats av henne och velat ha en affär med henne, vilket hon avvisat. Själv har hon aldrig kunnat förneka sin sociala kompetens att bry sig, att måna om andra, och hon har spontant velat vara värdinna bland sina kollegor. Hon har velat prata om viktiga saker men förväntats över hur skvaller och likgiltiga ämnesval påverkat stämningen. Missnöjesyttringar, klagomål och hänsynslöshet präglade konversationen. Det fanns inte utrymme för egentlig omtanke.

Allt detta rullades upp under vårt tjuugo minuter långa samtal, vilket utmynnade i en sjukskrivning på ett par veckor. Levaxinbehandlingen stadgades genom att återta den dos hon haft genom årtiönden. Vid några ytterligare samtal de följande veckorna lyckades vi stabilisera hennes situation. Hennes generösa spontana värme blomnade. Jag kunde inte avvisa de blommor som lämnades till mig då jag sedan tog en paus för semester.

### Att ta sig fram i världen

En måndag förmiddag kom den 83-åriga mannen till mig. Han hade året innan blivit änkling och var mer än tidigare bekymrad för sin hälsa. Han hade ofta vandrat in till min kollega i rummet intill på mottagningen med frågor som oroat honom och som han ältat under sömnlösa stunder på nätterna. Han var egentligen ganska frisk. Emellertid hade min kollega för ett par månader sedan konstaterat att han hade ljumskbräck, och han hade fått

tid på det lilla sjukhuset för operation. Dagen före denna konstaterades att han hade ett hjärtflimmer, vilket var helt nytt. Det skulle konverteras före operationen. Därtill fick han inledande Waranbehandling och han hade föregående vecka varit inne och blivit åtgärdad.

Han kunde inte vara kvar på kardiologen på det stora sjukhuset utan flyttades och skrevs ut via långvårdsrehabiliteringen av tjänstgörande AT-läkare, som hade utfärdat ett utskrivningspapper vilket han medförde till mig. Hans problem var att han mådde dåligt och inte kunde sova. Jag tittade på hans papper och fann att han hade fått utskrivet Losec, vilket var nytt för honom. Jag undrade varför han fått detta. Han berättade att AT-läkaren skrev ut det åt honom då han gick hem, därför att han hade nämnt att han hade vad han trodde var magkatarr. Självtrodde han nu att Losec var orsaken till illamåendet och frågade om han fick sluta.

Hans Waranbehandling var inget problem. Han hade också ordinerats Lanacrist 0,13 mg, 1 tablett varannan dag. Det saknades uppgift om orsaken till denna låga dosering. Vid min undersökning konstaterades återigen att han hade flimmer. Anledningen till att han kom till mig, och inte hade kontaktat läkaren på sjukhuset framkom nu. Han hade försökt att ringa flera gånger men så småningom fått beskedet att AT-läkaren inte var i tjänst. Han fick inte heller kontakt med den namngivna läkare som stod som ansvarig. Jag var helt inne på att han inte skulle ha Losec, men också att hans flimmer borde åtgärdas.

Därför gjorde jag ett eget försök att hitta den/de läkare som haft hand om honom på sjukhuset. Först efterfrågades AT-läkaren. Det bekräftades att han inte var i tjänst. Därpå sökte jag den ansvariga läkaren och under fem minuter fördes jag via kopplingar fram till en vårdavdelning, där den svarande la telefonen ifrån sig och sedan inte återkom. Jag satt kvar många minuter och kunde då tydligt avlyssna samtal som fördes i en grupp. Jag fick aldrig kontakt, utan telefonen lades plötsligt på. Därpå skickade jag hem mannen och lovade återkomma senare



---

**"Jag kan bara konstatera att om det inte är lätt att ta sig fram i sjukvården för dem som är innanför, hur är det då att vara ensam 83-åring och inte må bra?"**

---

när jag fått kontakt. Jag bad min sköterska söka kardiologjouren och förbereda denne med journal tillgänglig. Efter en timme kom samtalet genom och en kort positiv kontakt kunde genomföras. Journal fanns dock inte men mina uppgifter var tillräckliga för att mina förslag kunde vinna gehör. Jag kunde följa upp min del av fortsättningen och kardiologen lovade att ännu en konvertering skulle utföras. Jag kan bara konstatera att om det inte är lätt att ta sig fram i sjukvården för dem som är innanför, hur är det då att vara ensam 83-åring och inte må bra?

#### Välutredd

Jag gjorde ett kort inhoppsbesök på en vårdcentral i en annan landsända. En tidig eftermiddag gick jag till väntrummet för att

hämta en knappt 60-årig kvinna med en diger journal, som jag skummat igenom på skärmen. Hon hade utretts på korsan och tvärsan för olika kroppssensationer. Hon hade vad jag kunde se en ganska bra kontakt med en lokal sjukgymnast.

När jag nämnde hennes namn i väntrummet möttes jag av en mycket trött reaktion från kvinnan i fråga. Hon reste sig tungt och sömnigt och släpade sig efter mig till mitt samtalsrum. Samtalet kom i gång lite trögt. Hon hade en önskan om att få en remiss till reumatologen på det stora sjukhuset fem mil bort. Jag lät henne själv utveckla sitt önskemål vidare. Hon berättade om sin bror, som hon ansåg hade liknande besvär som hon. Han hade fått diagnosen Bechterews sjukdom, vilket vad hon förstod var en reumatisk sjukdom. Detta hade visats med hjälp av provtagning. Hon hade själv en dotter i 20-årsåldern som hon förstod hade "samma" besvär. I hennes mycket omfattande journalmaterial fanns utlåtanden från alla kliniker som utrett henne så långt det någonsin går vad gäller laboratorie- och röntgendiagnostik. Provet med frågeställningen som hon var inne på var redan tagna flera gånger. Jag förstod att hon hade träffat massor av läkare och genom dem fått alla möjliga välmentade förklaringar och råd. Ytterligare kontakter med det stora sjukhuset skulle snarare skapa mer belastning.

Samtalet snirklade sig fram och jag anade att just sjukgymnastkontakten var hållfast och empatisk. Vi kom fram till att hon skulle satsa på att vidmakthålla denna ett bra tag och hålla sig borta från doktorer, så tillvida att inget helt nytt tillkom. Under samtalet vaknade hon fysiskt och psykiskt. Vandringen tillbaka till väntrummet gick med lätta steg.

#### Under ytan och mellan raderna

Jag ryckte in som ställföreträdare för en kollega som hade ett viktigt åtagande som kursledare. Jag fick svara för telefoner och öppen mottagning för kollegans patienter. Just den dagen var det tre män i trettioårsåldern som gav mig tillfälle att reflektera. 30-åriga män är inte vanliga gäster. ►►

# ANNONS

Den förste var i telefonen, och det gällde Losecrecept. Jag tillät mig att fråga och det blev snart klart att det fanns både stress, alkohol och annat som kunde lyftas fram. Losec var ett duntäcke som dolde en hel del. Han fick sitt recept, men också ett löfte på min kollegas vägnar om ett mera ingående samtal. Jag hade inte tillgång till journalen då, men den kom fram sedan. Min känsla stämde väl med det som fanns mellan raderna i texten.

Den andre hade fått tid och en pappersjournal skvallrade om många besök mest hos kollegan men även hos andra, remissbesök inkluderade. Han hade egendomliga sensationer i benen och armarna närmast som domning, fast han kallade det "förlamning". Något egentligt objektivt kunde jag inte hitta. Däremot gjorde journalens berättelser mig nyfiken. Jag fick fram att hans mor hade MS, men också att han under sin uppväxt hade dragits till läkare i tid

och otid med alla möjliga konstigheter. Tyvärr hade ambitiösa men klåfingriga kolleger släppt till alla möjliga test, och en del remissbesök hade genomförts. Ett direkt vårdsökande på akutmottagning var dokumenterat i en del fall, med ett meddelande om önskemål att han kunde beredas fortsatt hjälp på hemmaplan. Det var för mig uppenbart att jag måste nå förståelse. Ta honom på allvar, men inte ha för bråttom. Gärna ha beredskap men just nu inte förivra mig med provtagning. En fysikalisk undersökning som jag gjorde bestyrkte mig.

Den tredje hade kontakt för halsbesvär och enligt seden på platsen placerats i undersökningsrum sittande på en pall obekvämt väntande. Det är en situation som jag ogillar, så jag tog honom till samtalsrummet. Det var en oerhört stressat småbarnspappa, som i stort drev sin verksamhet alla veckans dagar och knappast unnade sig nattsömn. Hans

förstfödda barn hade nu, tre år gammal, fått en halsinfektion och därtill penicillin. Själv kände han sig småkrasslig och hade förstås penicillin i åtanke. En lapp på mitt bord skvallrade om att min ambitiösa sköterska redan hade tagit halsprov, som var utan anmärkning. Vårt samtal kom att röra sig om annat och mycket mera.

*Denna text skrevs 2002 men reviderades av författaren 2007.*



**Mogens Hey**, Lund  
Pensionerad distriktsläkare i Höör

## SVENSK SJUKVÅRDSKULTUR

### En kurs för dig med utländsk läkarutbildning

Antalet läkare med utländsk examen ökar i Sverige. Kulturskillnader och språksvårigheter kan bidra till problem i kommunikationen med patienter, kollegor och annan sjukvårdspersonal, vilket i sin tur medför ökade risker i vården. Kursen vänder sig till dig som är läkare med utländsk examen och nyligen kommit ut i vården. Syftet är att du ska känna dig mer säker i din vardag så att du på bästa sätt kan använda din kompetens.

Vi som arrangerar kursen är ILIS (Internationella läkare i Sverige) tillsammans med Sveriges Läkarförbund.

Du hittar mer information på [www.lakarforbundet.se/ilis](http://www.lakarforbundet.se/ilis).

#### Ur programmet

- Den svenska sjukvårdsstrukturen
- Patienten i centrum
- Patientsäkerhet och kvalitet
- Kommunikation på svenska
- Fackliga organisationers roll

Medverkande är styrelsemedlemmar ur ILIS samt personal från Sveriges Läkarförbund.

Detaljerat program kommer att sändas ut i god tid.

**Tid:** 2 december 2008 kl. 8.30–16.30.

**Plats:** Läkarförbundet lokaler på Kommendörsgatan 9, 2 tr, Stockholm. Närmaste tunnelbanestation är Stadion (röd linje).

Kursen är avgiftsfri och du bjuds på lunch.

Ansök hos din arbetsgivare om tjänstledighet med lön för studier samt ersättning för resor, och hotell och mat (traktamente).

**Mer information:** Ingrid Eckerman [ingrid@eckerman.nu](mailto:ingrid@eckerman.nu), tel 08 600 15 56, 070 55 73 193 eller Heba Shemais [Heba.Shemais@capio.se](mailto:Heba.Shemais@capio.se), tel 070 951 50 42.

**Anmälan senast 24 november** till Ewa Giannini, e-mail [ewa.giannini@slf.se](mailto:ewa.giannini@slf.se) eller telefon 08 790 33 11.

Tala om namn, adress, arbetsplats, telefonnummer (även mobil) och epostadress.

Glöm inte anmäla om du inte kan komma!

*Internationella Läkare i Sverige och Sveriges Läkarförbund*

# Globalmedicinska erfarenheter från Tanzania

I början av innevarande år var jag, som en del av min ST i allmänmedicin, verksam vid Muhimbili National Hospital (MNH) i Dar es Salaam, Tanzania.

Det offentliga sjukhuset MNH betjänar inte bara mångmiljonstaden Dar es Salaam, utan är även remissinstans för hela övriga landets statliga sjukvård. Med sina ungefär 1200 bäddar och cirka tvåtusenhövdade personalstyrka är det landets och säkert ett av Östafrikas största sjukhus. Där finns många, men långt ifrån alla, specialiteter. Man har ett omfattande kliniskt och forskningsmässigt internationellt samarbete med bland annat Sverige vad gäller HIV-forskning och med till exempel Indien som utför ett visst antal hjärtoperationer på utvalda patienter.

Mina sammanlagt tre månader på sjukhuset delade jag upp på ungefär lika långa tjänstgöringar inom pediatrik, internmedicin och på kvinnoklinik. Jag deltog i såväl öppen som sluten vård samt gjorde studiebesök på MVC/BVC och mindre sjukhus i staden

Ett huvudmål med placeringen var att tillägna mig mer kunskap om tredje världens vanligaste tropiska och andra sjukdomar. Detta kändes relevant, dels med tanke på den stora mängd invandrare från sådana områden man möter i den svenska vården idag, dels med tanke även på "etniska" svenskers tilltagande resande världen över. Beträffande strikt tropiska sjukdomar var den enda riktigt stora artikeln malaria. Enstaka fall av lepra, bilharzia och sömnsjuka passerade förvisso förbi, men inte i det antal jag trott. Trots att det i Tanzania idag inte råder någon egentlig livsmedelsbrist ens för de fattigaste fick jag se en stor mängd undernärda, eller snarare felnärda, barn med tillstånd som kwashiorkor eller marasm. Sicklecellanemi och reumatiska hjärtsjukdomar var också frekvent förekommande på MNH.

Det fanns dagliga specialistmottagningar för HIV-positiva i olika sjuk-



Foto: Kataruga Nzomkunda

Artikelförfattaren undersöker ett barn med cerebral malaria.

domsstadier och med olika komplikationer, samt patienter med diverse former av tuberkulos. Sedan några år är bromsmediciner och läkarbesök relaterade till HIV/AIDS gratis i Tanzania. Samma sak gäller för tuberkulos. Detta har haft en dramatisk positiv effekt på morbiditet och mortalitet i dessa sjukdomar.

Ett annat av mina mål var att lära mig hur även i vårt land förekommande sjukdomstillstånd som pneumoni ter sig i avancerat stadium. Medan den svenske patienten i regel får diagnos och behandling i tidigt skede och sällan hinner utveckla en allvarlig sjukdomsbild, såg jag på MNH ett stort antal människor med svår pneumoni, meningit, diarré

och septikemi. Detta gällde inte minst barn. Trots att jag varit läkare i nästan ett decennium insåg jag när jag kom ner till MNH att jag aldrig hade sett ett svårt sjukt barn. Nu har jag sett ett hundratal varav många med till exempel meningit eller hjärtsvikt.

Något jag ofta tyckt har varit svårt är att bedöma hudförändringar på mörkhyade. Hemmavid mycket vanliga hudsjukdomar som eksem, psoriasis och svampinfektioner ser faktiskt olika ut på vit och svart hud. Min auskultation på MNHs hudmottagning var därför mycket nyttig, även om "tropikdermatologiska" tillstånd såsom lepra var sällsynta. Att bedöma förekomst och grad av anemi, cyanos eller ikterus på en svart patient är också vanskeligare än på en vit,

men en färdighet man fick goda möjligheter att öva upp.

En tredje ambition var att få inblick i hur man bedriver sjukvård med starkt begränsade medel. Uppfinningsrikedomen när det gällde att använda det som trots allt fanns var fantastisk. Men jag bevittnade också beklämmande konsekvenser av resursknappheten, som till exempel att alla operationer under en tid fick ställas in på grund av att det saknades suturer – och detta på den tanzaniska sjukvårdens flaggskepp!

Under hela den aktuella perioden observerade jag inte bara sjukdomars yttringar och behandling, utan iakttog även andra aspekter på vården såsom

dess organisation, utredningsprinciper, läkemedelsutnyttjande, hygien, sekretess, patientintegritet, journalföring, ordinationsföljsamhet och patient-läkarrelation. Detta var mitt fjärde och sista delmål och de stora skillnader gentemot svensk sjukvård jag fann meriterar närmast en separat artikel.

Eftersom jag rest mycket i Afrika tidigare, fick gott stöd från sjukhusets kontaktpersoner samt hade fullt upp på jobbet och med det dagliga livet, kändes det inte som någon större ”chock” att komma ner. Däremot inträffade en del för mig oväntade, om än övergående, reaktioner den första tiden åter i Sverige. Det rörde sig om allt från en påtaglig irritation över

de banaliteter som en del av mina patienter på vårdcentralen sökte för, till rena äckelkänslor inför det onyttiga överflöd som välldes mot en i Stockholms journalsbutiker.

Avslutningsvis vill jag starkt rekommendera placeringen till de ST-kollegor som har intresse för sjukvård och sjukdomar i tredje världen. Jag känner en stor glädje och tacksamhet över förmånen att få ha gjort en globalmedicinsk ”randning” i Tanzania som en del av min ST i allmänmedicin.

**Bengt Hildebrand,**  
MD PhD, ST-läkare i allmänmedicin,  
Tallhöjdens vårdcentral  
[ulkelaug@hotmail.com](mailto:ulkelaug@hotmail.com)

## Globalmedicin för ST-läkare

Globalmedicinprojektet är ämnat att ge intresserade ST-läkare möjlighet att under en tremånadersperiod bli förtrogna med viktiga kliniska tillstånd, vanliga i den fattiga delen av världen, sällsynta men inte otänkbara i vår svenska kliniska vardag.

Migration och resande gör att globalt vanliga sjukdomstillstånd som malaria, tuberkulos, AIDS och mässling kan dyka upp i det osorterade flöde av patienter som svensk primärvård idag möter.

Ett 20-tal ST-läkare, de flesta från Stockholms Läns Landsting, har haft möjlighet att på nära håll delta i och följa det kliniska arbetet vid R.D Gardi Medical College i Ujjain, Madha Pradesh, Indien, Muhimbili National Hospital i Dar es Salaam, Tanzania och vid sjukhus i Addis Abeba, Etiopien.

CeFAM i Huddinge har i avtal med nämnda sjukhus reglerat att handledare skall finnas tillgängliga under ST-läkarens tjänstgöring. ST-läkaren arbetar inte med något eget medicinskt ansvar, då de juridiska och försäkringstekniska förutsättningarna inte tillåter detta.

Avtal har nyligen också tecknats med Medical College i Trivandrum, Kerala där en blivande specialist i barnmedicin gjort en lyckad tremånadersplacering. Tjänstgöringen innehåller placering på barnmedicin, invärtesmedicin, tuberkulosavdelning, gynekologi och hudavdelningar, samt deltagande i öppenvårdsmottagningar.

Handledarintyg utfärdas efter avslutad tjänstgöring.

Socialstyrelsen har godkänt placeringen som del i ST.

ST-läkarna har i målande månadsrapporter beskrivit sina erfarenheter och reflektioner i mötet med en mångfald mycket svårt sjuka patienter, i en fattigdomsmiljö med ibland mycket bristande resurser, men där inhemska kollegors kliniska kunnande imponerar. De har också reflekterat över patientbemötande, sjukvårdsorganisation och sjukvårdsfinansiering. Förmågan till goda möten med främmande kulturyttringar och sjukdomsuppfattningar har tränats.

Sida stöder Globalmedicinprojektet med finansiellt bidrag till handledaravudet lokalt, ST-läkarens reseförsäkring och del av resekostnaden. I övrigt får

ST-läkaren sin vanliga lön från svensk arbetsgivare som vid annan sidoutbildning. Sidastödet ges i förhoppningen om ökat intresse för svenska läkare att delta i internationellt hälsoarbete i framtiden. Den svenska resursbasen är i det avseendet liten, vilket uppmärksammats av Sida.

Sekretariatet för Global Medicin CeFAM välkomnar intresseansökningar från ST-läkare i hela landet.

Information finns på [www.cefam.se](http://www.cefam.se). Sök vidare på Utbildning, ST och Utomlands.



**Anna Karin Karlsson**  
Studierektor Global Medicin  
CeFAM Huddinge  
[Anna-Karin.Karlsson@ki.se](mailto:Anna-Karin.Karlsson@ki.se)

# Syster Grace – en färgstark kvinna

**M**in närmaste medarbetare under två perioder som jeepläkare i Homa Bay har varit syster Grace. Många dagar har vi skakat fram på de usla vägarna i området och tillsammans har vi tagit emot närmare 1000 patienter på de enkla mottagningarna. Grace fungerar som sköterska och som tolk och översätter mellan lou och engelska. Själv är hon lohya. Lohyas språk är lika skilt från lou som svenska är från finska. Det händer att hon får problem med tolkningen. Då ropar hon på assistenten Janet, som har lou som sitt förstaspråk. Under jeepresorna till och från mottagningarna var det ofta livliga samtal mellan mina tre medarbetare. Då talade de en blandning av lou och swahili med många insprängda engelska ord. I skolan får alla barn lära sig de två nationella språken, swahili och engelska.

Syster Grace är en färgstark och slagfärdig person. Hennes berättelser och repliker utlöser ofta skrattsalvor från medarbetarna Janet och Jane. Kanske kan man kalla henne feminist. Ibland träffar vi på mottagningen någon man som enligt syster Grace inte tar fullt ansvar för familjen. Den mannen får höra sanningen! Grace lägger inte fingrarna emellan. Andra gånger kommer barn eller unga kvinnor som hamnat i svåra situationer. Då väcks Graces medkänsla och hon blir engagerad på ett praktiskt sätt. En gång tog vi med en 14-årig flicka till Homa Bay för att diskutera fosterhem för henne. Jag undrade var hon skulle ligga under natten.

– Don't worry! sa Grace. We are all mothers.

Flickan fick bo över i hennes hus.

Grace började arbeta för Rotarys Läkarbank för två år sedan. Hon hade då fyllt 55 år och därmed pensionerats efter 30



Syster Grace (Foton: Stig Andersson)

års arbete i Homa Bays sjukvård. Grace är välkvalificerad. Förutom sin grundutbildning till sjuksköterska på tre och ett halvt år har hon en fullständig barnmorskeutbildning samt en ettårig utbildning i "Public Health". Under mer än tio år arbetade hon på distriktets vaccinationsavdelning och lärde då känna områdets vägar, byar och invånare. Syster Grace låter sig inte skärras. Hon har varit med om allt man kan stöta på inom kenyansk sjukvård.

## Idyllisk barndom

Grace berättar att hon föddes i byn Bunyala utanför staden Kakamega, som är centrum för lohystammens område. Hon var yngst av sju syskon. Fadern var farmare och tillika pastor i den anglikanska kyrkan. Farmen omfattade tio hektar och fadern odlade olika grödor och hade många kor. I mitten av 50-talet

var Kenyas befolkning sex miljoner. Det fanns gott om plats och odlingsmark. Annat har det blivit nu, västra Kenya är överbefolkat. Det är svårt att få tag i odlingsmark och ännu svårare att få ett lönejobb. Landets befolkning har vuxit till omkring 35 miljoner.

Graces familj hade det ganska gott ställt och fadern var en aktad man. Grace tycker att hon hade en bra barndom. Kenya var fortfarande en engelsk koloni, men hon såg aldrig några engelsmän. Däremot fanns det en hel del indier i Kakamega och i trakten verkade också några europeiska missionärer. Gränsen till Uganda fanns inte långt bort. Folket i Kakamega hade fler förbindelser med Campala än med Nairobi.

## Utbildning

När Grace gått ut folkskolan hade Kenya nyligen blivit självständigt. Självständighetsdagen den 12 december 1963 var en stor dag. Det fanns en hoppfullhet, folket väntade att tillvaron skulle bli bättre. Grace skickades till Nairobi för att gå gymnasiet. De flesta eleverna i hennes skola var europeer och indier, de afrikanska kamraterna var inte många. Det blev en hård tid för unga Grace. Skolarbetet var krävande och disciplinen sträng, men Grace klarade sig. Hon visste att hon ville bli sjuksköterska och kämpade föra att få bra betyg.

1969 flyttade hon till Kisumu för att börja på sjuksköterskeskolan. Även den utbildningen betydde hårt arbete och sträng disciplin, men Grace var ambitiös. Hon visste vilken förmån det var att få en utbildning och gjorde sitt bästa för att hedra föräldrarna som betalade skolan. Vid examen var hon en av skolans fem bästa elever.

Efter avslutad utbildning hade alla sjuksköterskor ett halvt års arbetsplikt utan lön. Grace arbetade på sjukhuset i Kisumu och klarade sig tack vare pengar



från föräldrarna. De var mycket stolta över att ha en dotter som var sjuksköterska.

#### Familj och yrkesliv

Grace var nu en vuxen, tilldragande kvinna och hon träffade en ung apotekare som blev attraherad av henne. De gifte sig 1975 och Grace gick då in i den katolska kyrkan eftersom maken var katolik. 1976 fick hon sitt första barn, en dotter. Efter dottern följde med ett par års mellanrum fyra söner. Maken var anställd vid det statliga apoteket i staden Kisii, söder om Kisumu. Grace flyttade till Homa Bay för att komma närmare maken, men apoteksbolaget lät sina anställda flytta runt mellan olika apotek och maken måste flytta flera gånger. Den mesta tiden var Grace ensam med ansvaret för barnen och hemmet, samtidigt som hon arbetade som sjuksköterska.

– Det var verkligen en kamp, säger hon.

Redan tidigt planerade makarna för barnens utbildning. Eftersom de var statligt anställda hade de tillgång till ett särskilt institut för sparande och lån. Grace och maken tog väl vara på dessa möjligheter och kunde bekosta gymnasii-

um för alla barnen och för sönerna även universitetsutbildning. Men innan dess drabbades familjen av ett hårt slag. Maken insjuknade i malaria som spred sig till hjärnan. Efter några dagars sjukdom avled han. Grace var plötsligt ensam familjeförsörjare.

Maken hade i hemlighet köpt två farmar, en utanför Kisii och en vid staden Migori. Han stod ensam skriven som ägare till farmerna och efter hans död gjorde hans syskon och de tidigare ägarna anspråk på att ta över farmerna. Så är det ofta i Kenya. Vid begravningar kommer många släktingar och ofta vill de lägga beslag på ägodelar som varit den dödes.

Grace tvingades processa om farmerna. Det blev en hård och långvarig kamp men Grace gav sig inte.

– I'm a firm woman, you see.

Slutligen stod Grace tillsammans med sönerna som ägare till farmerna. Fortfarande driver hon dem på sin lediga tid. Varannan lördag tar hon en matutu, en minibuss, till Kisii och varannan till Migori för att sköta jorden och djuren hon äger. Grace ses av sina arbetskamrater som en välbeställd kvinna och det märks att hon är van att bestämma.

Från Rotarys läkarbank har Grace en låg lön, 1000 shilling i veckan. Hon tjänade betydligt bättre som anställd vid sjukhuset. Som specialsköterska kom hon upp i en slutlön på 20 000 shilling i månaden. Det ska jämföras med att hon måste betala universitetsavgifter för sina söner på upp till 120 000 shilling per år.

#### Realist

Grace håller sig välinformerad och har tydliga åsikter om förhållandena i sitt land. Hon anser att oroligheterna efter presidentvalet vid nyåret 2008 berodde på kikuyerna, som skaffat sig monopol på alla fördelaktiga jobb under de tidigare presidenterna. Oroligheterna påverkade hela landet och försämrade folks ekonomi och möjligheter.

Ett annat missförhållande som betyder mycket för folks levnadsvillkor är ölbruket. Det bryggs och dricks mycket öl i byarna och till barerna i tätorterna går bryggerbilarna ofta. Om männen drack mindre öl och skötte sina farmar bättre skulle mycket vara vunnet, anser Grace.

Jag frågar vad hon anser om familjeplanering som hon delvis sysslar med på mottagningarna. Hon är ju katolik. Familjeplanering är nödvändig, anser hon. Hon tycker också att ungdomarna borde få bättre upplysning om sexualiteten av de vuxna. När jag berättar om svensk sexualundervisning i skolan, tycker hon det verkar mycket bra.

När jag tar avsked tycker Grace att jag ska komma tillbaka. Jag svarar lite undvikande att det är möjligt men att jag inte kan lova säkert. Jag var hennes första Rotarydoktor och det finns ett ömsesidigt tycke mellan oss, trots att hon ibland kan bli irriterad över att jag har svårt att förstå hennes lohyapåverkade engelska. Men sentimental blir aldrig syster Grace. Hon har också insett att man varken bör ge eller tro på stora löften.

Stig Andersson

(Artikeln har varit publicerad i Säfte-Tidningen 8 juli 2008)



# ANNONS

WONCA Europe Istanbul 4–7 september 2008

# Overcoming the Distances

Istanbul, porten till Asien, Orientexpressens ändstation. I år värd för WONCA under temat "Overcoming the Distances".

**F**rån Europas alla hörn kommer strävsamma specialister i allmänmedicin släpande på rullväskor och datorportföljer, ivrigt pratande i sina mobiltelefoner. Själva har vi redan tillbringat ett par dagar i denna fascinerande stad, har släppt lite av vardagens hets och känner oss nu redo för vetenskapligt utbyte. Vi är tre entusiastiska studierektorer som delar tio kvadrat i ett charmigt gammalt hotell i gamla stan, 200 meter från Blå Moskéen. Två sover i sängar, en på golvet, och så roterar vi varje kväll för att det skall bli rättvist. På morgonen är det trångt i badrummet, men det kompenseras av att man kan se Blå Moskéen genom fönstret, även om man råkat få sängplatsen på golvet. Det är Ramadan, så efter mörkrets inbrott fylls området mellan Blå Moskéen och Hagia Sofia av tusentals rättrogna som äter, pratar, skrattar och umgås. På morgonen väcks vi tidigt av böneutroparnas växelvisa koranrecitationer från områdets minareter, och tar spårvagnen till Kabala och bergbanan upp till Taxim. Sen är det en kvarts promenad till konferensen genom fashionabla kvarter helt utan österländsk charm.

**Konferensanläggningen är en** modern marmorbyggnad utan själ och fönster. Chocken att komma från den trettiogradiga hettan utanför, in i denna väl nedkylda anläggning, gör att vi fokuserar på konferensinnehållet. Mötet i sig är lika mångfacetterat som sina deltagare. Världlandet har varit medlem av WONCA sedan 2003, och 1993 fick man sina första specialister i allmänmedicin. Nu har man 91 professorer vid 41 universitet, men de flesta som arbetar som familjeläkare är ännu inte specialister, utan har de mest varierande grader av utbildning.



*Britt Bergström, Eva de Fine Licht och Karin Hed*



*Det var många seminarier att välja bland.*

Varje pass är det ett otal olika seminarier att välja på. Jag följer i princip två teman, dels WONCAs kvinnosektions föreläsningar, dels symposier och workshops som rör pedagogik och utbildning på olika plan.

**Ett intressant symposium** berör kvinnliga läkares situation i Holland respektive Turkiet. Hypotesen är att Turkiets akademiska värld håller på att feminiseras. Turkiet har påfallande många kvinnor på höga akademiska positioner. De kvinnliga läkare vi träffar från Turkiet är påfallande ambitiösa och målinriktade. Ett av skälen till deras framgång är emel-

lertid att akademiska tjänster är extremt dåligt avlönade, varför män på samma nivå inte söker de här tjänsterna, och endast kvinnor som har god försörjning via sin man kan leva på lönen. Samtidigt får ju kvinnorna en möjlighet att påverka utbildning och forskning på ett positivt sätt. Som en av kvinnorna säger – "The ladies are catching up". Samtidigt är det också tyvärr så att det kvinnan vinner i prestige som professionell, förlorar hon i respekt som maka och mor. Detta är ett arbete på lång sikt. Kvinnorna som helhet *identifierar* sig mindre med sitt yrke än männen, men är oftast mer målinriktade när de väl bestämt sig för att satsa på ►►



sin karriär. Det är oftast lättare för den turkiska kvinnan än för den holländska att göra karriär, eftersom kvinnan från Turkiet får hjälp med barnpassningen av den äldre generationen kvinnor som inte yrkesarbetar.

**Jag deltar också** i en intressant workshop rörande ackreditering och recertifiering. Det finns ju ett otal olika modeller för recertifiering i Europa. De aktiviteter man måste uppvisa för att recertifieras varierar också högst betydligt; allt från ett antal kursdagar på läkemedelsfinansierade kurser till avancerade poängsystem där utvecklingsarbeten, handledning, och publikationer, såväl som teoretisk utbildning räknas in. Vid uppvisade brister i den egna fortbildningen kan straffet bli ett uttryckt missnöje, få ekonomiska konsekvenser för den enskilde eller rent av att specialistkompetensen går förlorad. Vi börjar bli rätt ensamma i Europa om att ha en livslång specialistkompetens.

**Under konferensen** presenteras data från hela Europa i olika frågor, men aldrig från Sverige. Sverige är påfallande osynligt här på WONCA. Ingen av våra professorer är på plats, men SFAM representeras av Meta Wiborgh och Madelene Andersson. Vi är rätt många svenska deltagare jämfört med de tidigare WONCA-möten jag besökt, men ändå så mycket färre än danskar, holländare, engelsmän och inte minst spanjorer. Det förekommer endast ett fåtal svenska posters och ”oral presentations”. Kvaliteten på posterutställ-

ningen och det som presenterades oralt är förbluffande låg, så vi skulle kunna presentera mycket mer som skulle stå sig väl i konkurrensen. Det här är ett bra tillfälle för våra ST-läkare att presentera sin forskning. Mycket i vår utbildningsstruktur skulle också väl försvara sin plats.

**Däremot har vi** en hel del att lära beträffande ackreditering, utbildning och fortbildning av våra handledare. I Holland genomgår handledarna vart tredje år såväl kunskapstest som bedömning av videospelade handledningssituationer. Man har dessutom ett krav på 8–10 utbildningsdagar per år för att få fortsätta som handledare. Mindre bra däremot är att man byter handledare mellan sina placeringar, vilket innebär att man förlorar den mentorsfunktion våra handledare har när det fungerar som bäst. Att se sin utbildningsläkare över tid, och anpassa sin handledning till den utveckling som sker över tid, ger vår modell en klar fördel.

**WONCA förefaller vara** en rätt akademisk organisation med flera nätverk med många bokstavskombinationer och kluriga definitioner. Man har dock en uttalad strävan att stärka primärvården över hela Europa oavsett vilken form primärvården har i de olika länderna. Vasco da Gama-rörelsen – ST-läkarnas organisation – förefaller något mindre formell och det ger ju hopp framöver. Trots att andelen kvinnliga GP's ökar, uppvisar kongressen ändå en slipsklädd profil. WONCAs kvinnoorganisation

har föredömligt gett ut en lista på föredrag som handlar om kvinnor, karriär, våld och arbetsförhållanden. I den dagliga tidningen som beskriver vad som sker på kongressen räknar vi på fredagen in nio bilder på män och två på kvinnor, varav en var dansös. Man har föredömlig teknisk utrustning, men på storbild döljs de mer småväxta kvinnorna effektivt av datorskärmarna, och ser ut att stå på ta för att överblicka sitt auditorium.

**Sammanfattningsvis** är en kongress av detta slag mycket uppbyggande. Vi är olika, men vi är många och våra värderingar är tämligen samstämmiga. Liksom hemma på vårdcentralen möter man även här tvärs över rummet igenkännande leenden när vi talar om vår vardag. Igor Svab, WONCAS ordförande, avslutar med att sätta in WONCA i ett globalt perspektiv. ”All we can afford is: A lot of services, at a lower cost at a reasonable scientific level” Unga läkare väljer sitt yrke för att vara patientcentrerade, visa humanitet, empati och medkänsla – vetenskapligt synsätt är i sig inte nog. Vi har en ”caring profession” – låt oss behålla det. Fyllda av nya idéer och av en förnyad känsla av att tillhöra ett större sammanhang lämnar vi Istanbul. Låt oss vara många som möts i Basel 2009 eller Malaga 2010 med rullväskorna fyllda av posters och väl förberedda tal, så att Sverige får visa upp sig från sin bästa sida.

**Eva de Fine Licht**  
Floda VC

*Eva.de\_fine\_licht@vgregion.s*

# Konsten att göra patienterna sjuka?

Jag har känt Lisa några år nu. En frisk och stark kvinna på 60 år. Hon har jobbat tungt, dubbelarbetet som städerska, och skött en stor familj med sjukliga svärföräldrar och allt. Hennes egna föräldrar är döda. Fadern som var storrökare dog 70 år gammal i stroke, vad mamman dog av är okänt.

Lisa har alltid varit frisk. Som alla lokalvårdare har hon haft sina ryggbesvär med flera sjukskrivningsperioder, och nästan varje år har hon haft långdragna luftvägsinfektioner, rökare som hon är sedan 17 års ålder. Regelbundet har vi pratats vid om rökningen, men det har hon beordrat mig att sluta tjata om. Spirometri har därför inte varit aktuellt, då lungorna har hörts bra mellan varven.

Nu söker Lisa på inrådan av sin granne. Denne har köpt en blodtrycksmanschett på RUSTA, och mätt upp för höga värden. 160/100 var det visst. Det är ju farligt, så Lisa blir orolig och måste till doktorn. Visst, hög ålder, rökare, viss övervikt och nu för högt tryck för att vara godkänt i det regionala kvalitetsregistret. Det är bara att medicinera. Salures eller Enalapril? Vilken dos? Överviktig kvinna med lätta inkontinensbesvär. Vi väljer ACE. Tyvärr får hon hosta, så vi byter till Atacand, med dositering under flera besök. Lisa mår inte bra. Biverkningar, massa besök på laboratoriet, hos hypertonsköterskan, hos doktorn. Trycket svänger, det blir olika varje gång. Tabletterna är dyra. Vi som just fått produktionsbaserad ersättning blir ändå glada för denna patient som nu alstrat nästan tio besök sista året!

Nja, så gick det nog inte till. Lisa var fundersam, och doktorn ambitiös. Läke-medelsverkets workshop om primärprevention betonar helhetssyn. Besöket resulterar i provtagning och återbesök. Inte så dumt det heller med besöksbaserad ersättning! Systoliskt tryck 155, kolesterol 7, krea 80. Vi väljer Risk-

scorekalkylatorn, och Lisa får 38 poäng (medelkvinnan får 35). Högrisk alltså, och därigenom bör hon prioriteras. Vi tar alltså till Simvastatin, måldos 40 mg, och döm om vår förvåning när hon når 5 mmol! Nu är hon av medelrisk, men förvånad. Det var ju blodtrycket som var för högt, och distriktsköterskan påpekar detta vid nästa mätning. Lisa blir fundersam på sin doktor – vet han vad han gör egentligen? Det blir alltså Salures eller Enalapril (Atacand?) också för trovärdighetens skull, men osäkerheten gnager i Lisa, förutom hos doktorn förstås. Blev det rätt?

Eller? Finns något ytterligare alternativ? Riskscore är ganska pedagogiskt. Med 38 poäng är Lisa högrisk, men den logaritmiska kurvan visar ju ändå på en begränsad risk. Den absoluta femårsrisken är 1,92%, mot normalkvinnans 1,41% att dö i kardiovaskulär sjukdom. ”Med din livsstil är chansen att klara sig i fem år 98% mot medelkvinnans 99. Sänker vi ditt kolesterol till 5, så ökar din chans att överleva till nästan 99%”. Det förstår ju vem som helst, att någon 100% garanti att överleva fem år till finns inte, så kurvan visar sitt tydliga språk. Lisa blir glad. Hon tänkte ju ändå fortsätta att röka och bryr sig inte om de marginella problem som tryck och kolesterol orsakar.

– Nu känner jag mej genast bättre! Jag har ju ändå inte tänkt leva till 100! Fast – visst kan vi kolla trycket eller så nästa gång vi ses.

Glad och nöjd lämnar Lisa mottagningen, med kurvbladet i handen. Det tänker hon visa sonen i Stockholm.

HEARTSCORE är en annan kalkylator. Den är mer fyrkantig och slutar vid 65, så användningen för Lisas del är besvärlig. Den redovisar tioårsrisken, så talen blir högre (det dubbla), men i övrigt blir utfallet detsamma. Här förstår ju Lisa lätt att chansen att överleva tio år nu är större än att överleva tio år om tio år, att risken för snar död ökar med tiden, så rekommendationerna som ges om den extrapoleringen imponerar inte.

Ska vi använda dessa kalkylatorer, och hur ska vi informera och påverka våra patienter? Lisa kom ju uppskrämd och orolig, så primärt måste jag väl lugna henne? Så farligt är det inte! Så bra och nödvändiga är verkligen inte medicinerna! Eller ska jag passa på och blåsa under hennes oro? Dags att verkligen oro sig för din hälsa! Du skulle ha lyssnat på mig för tio år sedan! Varför har du inte slutat röka för LÄNGE sedan? Nu är det snart för sent! Med tabletter kan man i alla fall reparera en LITEN del av skadan! Fast – visst kan tabletterna också ge skador, så det är bäst du kommer hit ofta och kollar dig. Vi behöver stamkunder på vår lista, men då måste du lova att sköta dig. Vi vill inte ha patienter med höga kolesterolvärlden, för då får vi avdrag på vår kvalitetsbonus.



**Robert Svartholm**  
Informationsläkare  
Norrbottens läkemedelskommitté  
[polarull.svartholm@telia.com](mailto:polarull.svartholm@telia.com)

# Gunnar Nilsson – ny professor i allmänmedicin

Hallå där Gunnar Nilsson – hur känns det att ha blivit utnämnd till professor i allmänmedicin, med särskild inriktning på medicinsk informatik?

– Jag vet inte riktigt vad jag ska säga, mer än att det känns bra! Det är roligt både för mig personligen och för Centrum för allmänmedicin. Det känns extra bra att jag får behålla min förankring inom allmänmedicinen och samtidigt utveckla min forskning inom medicinsk informatik. Den kombinationen behövs och är viktig.

Vad är medicinsk informatik?

– Det är ett forskningsområde som handlar om insamling, lagring, bearbetning och återföring av medicinsk information med hjälp av dator. I praktiken handlar det om till exempel datajournaler och olika datoriserade beslutsstöd.

Hur påverkar utnämningen dig personligen?

– Jag är sen årsskiftet programdirektor för läkarutbildningen och det arbetet kommer jag att fortsätta med, vilket tar en stor del av min tid. Men den medicinska informatiken är viktig även här och det finns en stor utvecklingspotential för datorstöd i undervisningen.

Och din forskning – hur påverkas den?

– Det är svårt att få tillräckligt med resurser till forskning och just det tror jag inte påverkas så mycket. Däremot tror jag mycket på de mjuka värdena. Jag tror att professuren kommer underlätta för mig när det gäller att bilda nätverk, hitta samarbetspartners och få gehör för det jag forskar om. Det är viktigt för framtiden.

Vad tänker du om framtiden? Är det någon del av din forskning som känns särskilt angelägen eller aktuell?

– Just nu ser jag med stort intresse på utvecklingen av kliniskt inriktade beslutsstöd anpassade för olika kunskaps-



**Gunnar Nilsson, professor**  
Född 1955  
Avlade läkarexamen 1980  
Legitimerad läkare 1984  
Specialist i allmänmedicin 1989  
Doktorsexamen 2002  
Docent 2004

”Kompetensen och nätverket kring informatik behöver stärkas både för KI:s del och för samhällets bästa.

nivåer som till exempel studenter under grundutbildning, AT-läkare, ST-läkare och färdiga specialister inom olika områden. Vidare med intresse på olika sätt att i den kliniska vardagen stödja inmatning av strukturerad information. Den datoriserade patientjournalen behöver utvecklas på flera sätt i det avseendet.

För bara ett par veckor sedan tillsattes en professor i hälsoinformatik vid KI. Vad tänker du om det?

– Det är bra och en viktig draghjälp. Kompetensen och nätverket kring informatik behöver stärkas både för KI:s del och för samhällets bästa.

**Aktuella projekt**

Några exempel på projekt där Gunnar Nilsson varit aktiv är utveckling och införande av beslutsstöd vid behandling av bensår och hjärtsvikt. Liksom införandet av ett beslutsstöd för handdatorer som AT-läkaren kan bära med sig när han eller hon träffar sina patienter. Klassificering av patientdata är ett annat viktigt ämne för Gunnar Nilsson och han är till exempel inblandad i forskning kring SNOMED-CT, ett nytt terminologisystem för sjukvården.

**Drömresultatet**

Drömresultatet med forskningen vore för Gunnar Nilsson att se projektet ”En patient – en journal” bli verklighet. Han menar att alla parter skulle vinna på det. På så vis ser man till att använda all tillgänglig information om varje patient när man ska fatta beslut om utredning och behandling.

Intervjun gjordes av Ingela Wettergrund CeFAM, och finns publicerad på deras hemsida [www.cefam.se](http://www.cefam.se)

**Monica Löfvander ny lektor vid Dalarnas FoU-enhet**

Monica Löfvander har under många år arbetat som distriktsläkare i Rinkeby norr om Stockholm. Tillsammans med kollegor på vårdcentralen har hon utvecklat metoder för bättre omhändertagande av patienter med smärtproblem, samtidigt som hennes forskning gjort att hon i våras blev docent i allmänmedicin. Vid sidan av uppdraget som lektor vid FoU-enheten i Dalarna ska Monica arbeta som distriktsläkare i Falun.



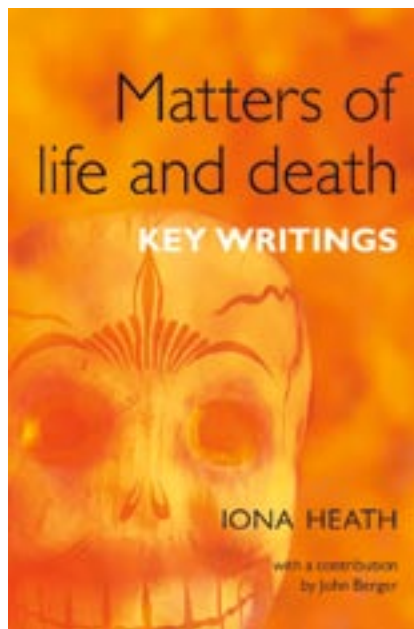
# Matters of life and death – Key Writings

av Iona Heath och med bidrag av John Berger

Bokens omfång är förrädisk tunt, snarare ett häfte än en bok. Man läser en mening i taget, förvånas lite av ömsom momentan klarsynthet, och ömsom betydligt mer svårfångade tankekonstruktioner. Man läser mening- en igen, med efterhand större förståelse för begreppen och ibland med igenkän- nande från vardagens patientmöten.

Språket är andhämtande vackert, späckat med citat från litteraturens stora tänkare från antiken och framåt. Det ger boken en ganska svårläst struktur däremot, hoppen mellan olika språkliga stilar gör det svårt att få ett flyt i läsandet.

Bergers och Heaths bidrag till boken kompletterar varandra fint. Bergers korta men kärnfulla berättelse sveper sig som en kappa om boken. Heath fortsätter med ett avsnitt som beskriver döendet ur alla de aspekter vi som doktorer kan se döendet, men mest hur man som dö- ende människa kan uppleva detsamma. Här har jag personligen störst svårigheter



*Matters of Life and Death – Key Writings*  
Iona Heath med bidrag av John Berger  
Radcliffe Publishing  
Utgivningsår: 2008  
126 pages Paperback  
ISBN-10 1 84619 096 7

sen av samspelet och dynamiken mellan de levande och döda.

Andra halvan av boken är egentligen en återpublicering av Heaths skrift "The Mystery of general practice". Texten har några år på nacken, men är ändå hög- intressant för alla som är intresserade av vad allmänmedicin kan vara i sina bästa stunder, vad den har blivit, och kan befa- ras bli i den närmsta framtiden. Mycket skiljer naturligtvis mot vår svenska verklighet, men likheterna är samtidigt väldigt tydliga. Vårdvalsdiskussionerna kollegor emellan hamnar i ett helt annat ljus efter att ha läst Heaths pricksäkra be- traktelser kring vår professions innersta väsen. Här finns en del politiska övertone- rer som jag har svårt för, men helheten gör att texten förtjänar att läsas av alla som tänker sig ett yrkesliv inom allmän- medicinen, och för den delen av alla som redan jobbar inom vår sfär.

Till slut – hur skall man läsa boken? Jag har haft svårt att klara av att läsa den

” Den kan tjäna som ett underlag för kollegiala samtal i FQ- och Balintgrupper, ett kapitel i taget. Den har också sin givna plats i både grundutbildning och som bredvidläsning för ST-läkare i allmänmedicin.

att hålla med författaren i slutsatser och förhållningssätt. Det finns en i viss mån romantiserande bild av både lidande och död som jag finner svårsmält, men inser att jag kanske helt enkelt behöver mer tid på mig för att ta in ett för mig ganska främmande betraktelsesätt. Oavsett om man håller med om författarens slutsat- ser så är det som helhet tankeväckande, för att uttrycka sig milt.

Kapitlet "What the doctor needs" för- tjänar att nämnas för sig. För mig som

är ganska nybliven familjeläkare är det bokens stora behållning. Handfasta råd befriade från klyschor och klichéer. Ett uppslag är att använda texten i under- visning av kandidater och läkare under utbildning när det gäller konsultations- konst i stort, och med särskilt fokus på vård av döende eller andra svårt sjuka.

Berger gör ännu ett kort inlägg: "twelve theses on the Economy of the dead". Här ser man verkligen författarens storhet. På två sidor lyckas han att fånga kvintessen-

i hängmattan. Den kräver för mycket eftertanke för att sträckläsas utan pauser för kontemplation kring budskapet. Det finns mycket i kärnbudskapet som kräver diskussion kollega till kollega, utåtblick likväl som introspektion. Mitt förslag är att den kan tjäna som ett underlag för kollegiala samtal i FQ- och Balintgrup- per, ett kapitel i taget. Den har också sin givna plats i både grundutbildning och som bredvidläsning för ST-läkare i allmänmedicin.

Staffan Olsson

# Riksstämman 2008 – Allmänmedicinskt program

## Onsdagen den 26 november

- SAL F 2  
08.30–10.00 **Sektionssymposium:** SPUR-inspektion – receptet för framgångsrik ST.  
Moderator: *Jesper Persson*
- SAL F 2  
10.30–12.00 **Sektionssymposium:** Stroke och körkort.  
Moderator: *Lars Englund*
- SAL H 2  
12.30–14.00 **Symposium:** Dina vanor och dina patienter. Har läkares eget bruk och attityder till rökning och alkohol någon betydelse för samtalet?  
Moderator: *Gunilla Bolinder*. Se SY 6.
- SAL F 4  
16.30–18.00 **Symposium:** Svenska Läkaresällskapets förhistoria och hur datorteknik öppnar arkiven för genetisk forskning.  
Moderator: *Bengt Lindskog*. Se SY 20.

## Torsdagen den 27 november

- SAL G 2  
08.30–10.00 **Fria Föredrag**  
Moderator: *Malin André*
1. Bakterier i urinen hos äldre – tecken på symtomgivande urinvägsinfektion eller betydelselöst bifynd? Leukocytesteras och cytokiner kan ge vägledning. *Nils Rodhe, Sture Löfgren, Jan Strindhall, Andreas Matussek, Sigvard Mölstad.*
  2. Hudkonsultationer över Internet – en kostandseffektiv konsultationsmetod. *Olof Bengtson, Christina Fabian, Anders Hallén, Benny Eklund.*
  3. Hur fungerar den patientcentrerade konsultationsmodellen jämfört med screeninginstrument för upptäckt av depression hos äldre patienter i primärvården? *Maria Magnil, Ronny Gunnarsson, Cecilia Björkelund.*
  4. Läkarstudenters lärande av konsultationen och patient-läkarrelationen (avhandling). *Mats Wahlqvist.*
  5. Långvarig graviditetsinducerad sakral ryggsmärta lindrades med lokal långverkande steroidbehandling kring spina ischiadica. *Per Kristiansson, Thomas Torstensson, Anne Lindgren.*
  6. Multilevel analys av variationen i analys av serum kalcium i Primärvården Skaraborg. *Sofia Dalemo, Per Hjerpe, Henrik Ohlsson, Robert Eggertsen, Juan Merlo, Kristina Bengtsson Boström.*
  7. Allmänläkares kliniska metod. *Malin André, Annika Andén, Lars Borgquist, CarlEdvard Rudebeck.*
  8. Har patienternas utbildningsnivå betydelse vid KOL? – resultat från Praxisstudien. *Karin Lisspers, Björn Stållberg, Christer Janson.*

- HALL B  
09.00–18.00 **Posterutställning:**  
Deltagarna uppmanas att närvara vid sina postrar kl 10.30–11.15.  
Postervandring med kort muntlig presentation kl 11.15–12.00 för poster P9–P21.  
Postervandring för poster P22–P33 kl 15.45–16.30.  
Moderator: *Eva Samuelsson* på f.m.  
och *Cecilia Björkelund* på e.m.

- 9P. Non-specific chest pain – an indicator of coronary heart disease? *Gunnar Nilsson, Ragnar Asplund.*
- 10P. ESBL-bildande E. coli: bakgrundsfaktorer hos patienter i Uppsala län. *Emilia Bergström, Staffan Sylvan, Birgitta Lytsy, Anders Lannergård.*
- 11P. Projekt för verksamhetsförbättring inom vården av hjärtsviktpatienter (Q-svikt)- resultat av förstudie. *Bertil Olsson, Maria Kullberg, Maria Landgren.*
- 12P. Fler rökstopp bland KOL-patienter som nyligen genomfört spirometri. *Björn Tilling, Gunnar Johansson, Kjell Larsson, Claes-Göran Löfdahl, Leif Jörgensen, Tommy Ekström.*
- 13P. Strukturerad uppföljning och förbättrad syrahämning höjer hälsorelaterad livskvalitet (HRQL), minskar produktivitetsförlust och värderas högt av patienter med gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) med terapivikt – Data från IMPROVE-studien. *Rickard Ekesbo, Heléne Sörngård, Svante Sjöstedt.*
- 14P. Mogna kvinnor har rätat på nacken – Skillnader i personlighet mellan två kohorter med 36 år emellan. *Malin André, Lauren Lissner, Calle Bengtsson, Tore Hällström, Valter Sundh, Cecilia Björkelund.*
- 15P. "Njurtjänsten" – ett elektroniskt beslutsstöd som ökar medvetandet om nedsatt njurfunktion hos äldre och medverkar till förbättrad läkemedelsförskrivning. *Anders Helldén, Fadiea Al-Aieshy, Pia Bastholm Rahmner, Ulf Bergman, Lars L Gustafsson, Per Guterstam, Kjell Nyman, Ingegerd Odar-Cederlöf, Susanne Sjövik .*
- 16P. IMPROVE – en öppen randomiserad multicenterstudie för att utvärdera värdet av en förbättrad syrahämning hos patienter med gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) och kvarstående symtom trots pågående behandling med protonpumpshämmare (PPI). *Rickard Ekesbo, Lars Haglund, Areknaz Adjemian, Leif Jörgensen, Svante Sjöstedt.*
- 17P. Ekonomiska konsekvenser av terapivikt vid gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) – Indirekta kostnader underskattas. Ett nationellt perspektiv på produktivitetsdata från IMPROVE-studien. *Rickard Ekesbo, Heléne Sörngård, Peter Wahlqvist.*
- 18P. Framtida nya källor i SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel). *Anders Nilsson, Thomas Aronsson,*

- Sylvia Asplund, Birgitta Bartholdson, Marja-Liisa Dahl, Peter Johansson, Rune Kaalhus, Britt-Marie Karlsson, Thomas Karlsson, Per Magnusson.*
- 19P. Kan natriuretiska peptider detektera isolerad diastolisk hjärtsvikt hos äldre patienter? *Mona Olofsson, Kurt Boman.*
- 20P. Det finns utrymme för förbättrad symptomkontroll hos patienter med symptom på gastroesofageal refluxsjukdom (GERD). RANGE – en paneuropeisk studie för att utvärdera symptom och behandling av GERD i primärvården. *Lars Agréus, Folke Johnsson, Charlotta Tillander, Leif Jörgensen, Svante Sjöstedt, Heléne Sörngård.*
- 21P. Adekvat indikation för protonpumpshämmare (PPI) är ofta bristfälligt dokumenterad i primärvårdsjournaler. *Lars Agréus, Folke Johnsson, Charlotta Tillander, Leif Jörgensen, Christina Hartho.*
- 22P. Kardiometabola faktorerers relevans som prediktorer för metabola syndromet. *Peter Lindqvist, Kate Andersson, Valter Sundh, Cecilia Björkelund, Calle Bengtsson.*
- 23P. Ett dilemma vid prioritering i primärvården: Hur ska man prioritera något som inte inträffat? *Eva Arvidsson, Malin André, Lars Borgquist, Per Carlsson.*
- 24P. Gruppbehandling av ångest i primärvård 2003–2006 – resultat på kort och lång sikt. *Edith Koczkas, Hans Thulesius.*
- 25P. Socialt stöd och fysisk aktivitet viktiga för överlevnad – en befolkningsstudie. *H. Ingemar Andersson, Göran Ejlertsson.*
- 26P. Sorkfeber ur ett primärvårdsperspektiv. *Alette Brorstad, Kristina Bergstedt-Oscarsson, Clas Ahlm.*
- 27P. Utvärdering av AQT – instrument för screening av hjärnans snabbhet. *Anders Eriksson, Sofia Almerud, Karin Johansson, Lennart Minthon, Hans Thulesius.*
- 28P. Budesonid/formoterol i en och samma inhalator för underhållsbehandling och vid behov kan sänka sjukvårdskostnaderna. *Björn Stållberg, Claes-Göran Löfdahl, Bengt-Eric Skoogh, Göran Wennergren, Per Olsson, Fredrik Neij, Tommy Ekström.*
- 29P. Kvalitetskontroll av farmakologisk behandling – Refluxsjukdom som en modell för uppföljning av terapi i öppen vård. *Per M. Hellström, Björn Eriksson, Charlotta Tillander, Anna Nicklasson, Thomas Hillerås, Svante Sjöstedt.*
- 30P. Spirometriscreening av rökare kopplat till ett interventionsprogram innehållande rökavvänjning, fysisk aktivitet och kostrådgivning för patienter med KOL; en pilotstudie i primärvården. *Maria Fässberg Norrhall, Ronny Larsson, Dan Curia, Carina Ammon, Edgardo Varas, Pia Sundvall, Anna-Lena Söderström, Jörgen Månsson, Gösta Axelsson, Jonas Brisman, Cecilia Björkelund, Jörgen Thorn.*
- 31P. ALMA (Aktivt Liv Med Astma) – ett användbart screeninginstrument att finna otillräckligt behandlade astmatiker i primärvård. *Rickard Ekesbo, Ingrid Fastrup.*
- 32P. Behandling av KOL i klinisk vardag med kombinationspreparat (salmeterol+flutikason): resultat från BEST-studien. *Eva Pilman, Ingela Björholt, Karin Björkstedt, Peter Arvidsson.*
- 33P. T2T (Treat to Target) – Uppföljning av intensiv behandling av insulinresistens hos patienter med typ 2-diabetes. *Pär E:son Jennersjö, Anna-Lena Nyth, Erpur Adalsteinsson.*
- 11.15–12.00 Postervandring P9–P21.  
Moderator: *Eva Samuelsson*
- SAL G 2  
13.30–15.00 34SS. **Sektionssymposium:** Hur mycket vetenskap behöver den vanlige ST-läkaren?  
Moderator: *Anders Håkansson*  
Deltagare: *Annika Eklund Grönberg, Jessica Frisk, Ulf Haglund, Lisa Rydén, Martin Stjernquist, Petra Widerkrantz*
- SAL A 2  
14.45–16.00 **Sektionssymposium:** Utredning och behandling av bröstsmärta i primärvården och på sjukhus.  
Medarrangör: SFAM
- 14.45–15.10 Bröstsmärta i primärvården  
*Staffan Nilsson, Linköping*
- 15.10–15.35 Bröstsmärta på sjukhus  
*Johan Herlitz, Göteborg*
- 15.35–16.00 Diskussion, hur kan vi optimera samverkan runt bröstsmärtepatienten mellan primärvård och slutenvård  
Moderator: *Per Tornvall och Sara Holmberg*  
Deltagare: *Staffan Nilsson, Johan Herlitz, Per Tornvall*
- SAL G 2  
15.00–15.30 35SS. **Sektionssymposium:** Kvalitetsindikatorer vid sjukskrivning.  
Moderator: *Britt Arrelöv*  
Deltagare: *Daniel Pollack, Ulf Hallgårde, Kristina Haara, Curt Edlund*
- 15.45–16.30 **Postervandring** P22–P33.  
Moderator: *Cecilia Björkelund*
- SAL G 2  
16.30–18.00 **Symposium:** Läkemedelsförmånsnämndens beslut – genomslag i vården eller slag i luften?  
Moderator: *Ellen Vinge.* Se SY 45.

## Fredagen den 28 november

- SAL A 6  
09.00–10.00 36F. **Gästföreläsning:** Social inequalities in health: causes and possible solutions. Sir Michael Marmot University College London, International Center for Health and Society  
Moderator: *Sara Holmberg, Svensk förening för allmänmedicin och Maria Rosvall, Svensk socialmedicinsk förening*
- SAL A 5  
10.30–12.00 **Symposium:** Luftrörskatarr eller lunginflammation – det är frågan  
Moderator: *Malin André.* Se SY 73.



# ANNONS

# Allmänmedicin på Riksstämman 2008

**Svenska Läkaresällskapet firar 200-års jubileum och SFAM ska förstås som vetenskaplig sektion vara med och fira.**

Efter några års nedåtgående trend för riksstämman ökade 2007 antalet besökare till det vetenskapliga programmet igen. 2008 års riksstämman som hålls i Göteborg den 26–28 november har två teman. Jubileumstemat "Framtidens hälsa – då och nu" inleder det allmänna mötet på onsdagen, där bland andra folkhälsoprofessor Hans Rosling medverkar. Det blir också ett stort jubileumssymposium om global hälsa på fredagseftermiddagen med internationella gästföreläsare av toppklass. Riksstämmans andra tema är "Inflammation på gott och ont". Utvecklingen på inflammationsområdet är spännande och går i ett rasande tempo. Här kommer att beröras allt från hur inflammatoriska reaktioner ingår i etiologiska och patogenetiska mekanismer för en mängd sjukdomar, till de nya behandlingsmöjligheter som finns med blockerare och stimulerare av immuno-inflammatoriska reaktioner.

Det allmänmedicinska programmet kommer som vanligt att innehålla fria föredrag, postrar och symposier. Ett sektionssymposium med titeln "Hur mycket vetenskap behöver den vanlige ST-läkaren?", ger tillfälle till diskussion om vad den nya målbeskrivningens krav på vetenskapligt arbete under ST ska innebära i praktiken. Symposiumet modereras av professor Anders Håkansson och görs i samarbete med representanter för kirurgi och obstetrik/gynekologi. Inte minst ett viktigt tillfälle för alla ST-läkare och handledare att diskutera specialistutbildningens framtida utformning.

Inom nästan varje område finns det symposier av allmänmedicinskt intresse. För den som vill botanisera finns det ett rikt utbud av fortbildningsmöjligheter. Det rekommenderas dock att studera

programboken i förväg och göra sin egen programplan. Annars är risken stor att man i det stora parallella programmet missar det man egentligen ville höra. Och du, finns där någon från dina egna hemtrakter som presenterar en poster eller håller ett föredrag, gå och ta reda på vad som görs och peppa varandra till nya kliv framåt i den allmänmedicinska forskningsvardagen.

” Inom nästan varje område finns det symposier av allmänmedicinskt intresse. För den som vill botanisera finns det ett rikt utbud av fortbildningsmöjligheter.

Den brittiske professorn Michael Marmot, författare till boken Statussyndromet, håller på fredagsmorgonen en särskild gästföreläsning för allmän- och socialmedicin på temat "Social inequality in health, causes and possible solutions". Michael Marmot har ägnat sitt liv åt att studera sociala faktorerens betydelse för hälsan, och han är idag rådgivare åt den brittiska regeringen. Han medverkar också på fredagseftermiddagens stora jubileumssymposium om global hälsa.

Med anledning av jubileumsåret arrangeras en stor fest på Svenska Mässan på torsdagskvällen. Missa inte detta tillfälle till kollegial samvaro och festligheter. Vill man inte gå på fest utan hellre umgås med kollegor och vänner under lugnare former finns alla möjligheter.

Med den tilltagande subspecialiseringen inom medicin liksom inom många andra samhällssektioner, blir Riksstämman allt viktigare som en mötesplats för integration och diskussion. Där kan vi mötas över specialitetsgränser med det gemensamma målet att utveckla den medicinska vetenskapen och vår klinis-

ka förmåga till gagn för våra patienter. Läkaresällskapets nämnd och riksstämmodelagationen vill förstärka det tvärdisciplinära, och därför strävar man nu mot att stämmans program ska bindas samman inom åtta sjukdomsområden och fyra allmänna områden. Allmänläkarnas medverkan inom olika områden är angeläget, eftersom vi med vår generalistkompetens och patientnära verklighet

har viktiga pusselbitar att bidra med till såväl den vetenskapliga som den kliniska utvecklingen.

Jag hoppas träffa många kända och nya allmänläkarkollegor på årets Riksstämman. Självt hoppas jag hinna gå på jakt efter vetenskapliga presentationer som letar efter svar på frågan; Vad det är som driver inflammationen som verkar finnas bakom de flesta av våra folksjukdomar?



**Sara Holmberg**  
Vetenskaplig sekreterare

## 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 Sward  
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  
Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@bredband.net

#### Läkemedelsterapirådet

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

#### Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

#### Kvalitetsrådet

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

#### Informatikrådet

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

#### ST-rådet

Madelene Andersson  
froken\_andersson@hotmail.com

#### Utbildningsrådet

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

#### Forskningsrådet

Malin André  
Malin.andre@ltdalarna.se

### SFAMs stiftelser

**SFAMs stiftelse för allmänmedicin**  
Jonas Sjögreen, 070-679 92 83  
jonas.sjogreen@ptj.se

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

### SFAMs nätverk

**Allmänläkarkonsulter**  
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

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

**Astma och allergiintresserade**  
Björn Stållberg, 0156-535 07  
b.stallberg@salem.mail.telia.com

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

**Diabetesnätverk**  
Tomas Fritz, 0731-80 90 04  
thomas.fritz@sll.se

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

## Lokalföreningar

### NORRBOTTEN

Maria Truedsson  
Maria.Truedsson@nll.se

### VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson  
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

### JÄMTLAND

Kristina Seling  
Kristina.seling@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

### ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg  
ake.kihlberg@orebroll.se

### VÄSTMANLAND

Jonas Sjögreen  
Jonas.sjogreen@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

### STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund  
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

#### Etiskt filosofiskt nätverk

Madelene Andersson  
Froken\_andersson@hotmail.com

#### Gastroprima – för mag-

tarmintresserade allmänläkare  
Lars Agréus  
lars.agreus@klinvet.ki.se  
Ture Ålander, ture@tapraktik.se

#### Hemsjukvård

Sonja Modin, Sonja.modin@sll.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  
Madelene Andersson  
Froken\_andersson@hotmail.com

#### Palliativ vård

Torben Ulvatne  
torben.ulvatne@tumedkon.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.sll.se

#### Internationella kontaktpersoner

##### EGPRN

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

##### Euract

Monica Lindh  
monica.lindh@lg.se

##### Equip

Anders Lindman  
Anders.lindman@nll.se

##### Nordic Federation of General Practice/ApS

Monica Löfvander  
monica.lofvander@sll.se

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

#### 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

## Beställningstalong

### Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

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

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

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

Sätt kryss i rutan

#### Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal

#### Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal

#### Supplement 1/02

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

Antal

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

Antal

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

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

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

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

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

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

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i

medlemsavgiften till SFAM. Tidningen

utkommer med sex nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 450 kr/år.

ISSN 0281-3513

#### Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau  
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm  
ingvar.krakau@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, distriktsläkare, 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
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

## Vad är det som kliar?

Om existentiella frågor lär vi oss mycket av våra patienter, men mer näring kan behöva inhämtas. Skönlitteratur är en ovärderlig, outsinlig källa. Den visar på tillvarons komplexitet och ogripbarhet. I samma stund man vill fånga förklaringen, flyr den.

Om "Det intersubjektiva kunskapsproblemet" brukar Carl Edward Rudebeck tala. "Hur kan jag vara säker på att patienten verkligen upplever det jag tror att hon upplever?"

I ett par romaner utkomna senaste året blir detta på sätt och vis i korthet belyst.

Amanda Svenssons debutbok "Hey Dolly" skildrar rivigt, mustigt, intelligent ögonblicksbilder från en ung kvinnas liv i Malmö. Den ger ett nyanserat porträtt där styrka, integritet och en enorm livskraft blandas med kaos, ångest och destruktivitet. I kapitlet "Fire walk with me" (här fritt återgett) springer Dolly ångestfylld till vad hon tror är räddningen, barnmorskan Lena på Ungdomsmottagningen. Hon springer i epileptiskt ljus, stridsflygplan släpper bomber, receptionisten opererar granatsplitter ur skadade ben.

– Det är något som kliar, jag kan inte ligga still längre, det är ett krig därute!

– Har du haft problem med klåda innan? Tvättar du dig med tvålar där nere?

– Men det är inte där det kliar!

– Var är det då? På kroppen?

– Bland annat, mest överallt. Sjukdomar, krig, undergång – och du påstår att det är mig det är fel på!

Medan Lena föreslår kuratorskontakt och samtal, målar Dolly upp ett önskescenario där barnmorskan verkligen förstår, ser mönstret, och ställer diagnosen Dollys syndro-

met. Inget möte kommer till stånd. Dolly flyr och när hon kommer ut ligger allt i ruiner... "och vad de än säger är det inte en dröm."

Nästa vinjett kommer från Peter Kihlgård. Romanen "Kicki och Lasse" är på ett liknande sätt rå och osentimental. En kärlekshistoria med kropp och tung verklighetsförankring. I en passus få vi följa Lasse på återbesök till Dr Lindberger. Lasse är förbannad (vettskrämd?), hamnar framför en resebyrås skyltfönster – hellre en sista-minuten än provsvar och förmaningar. Från läkarbesöket går Lasse med tunga steg. Ord om flimmer, kärlek, krav på ändrad livsföring ringer i öronen. Han går direkt till en pub där han bälgar i sig öl, köper cigaretter fast han slutat röka, och senare på dagen blir föremål för polisomhändertagande.

Vad hände hos Dr Lindberger?

Vi läkare kan ses som magiker som kan trolla bort allt ont, eller hotfulla figurer som delar ut dåmande domar. Kan man förhålla sig ödmjukt till detta? Ja, troligen. Genom att vara medveten om symbolikens makt i läkarrollen och att alltid fråga sig – upplever patienten det jag tror att hon upplever?



Foto: Thomas Nyström

**Tina Nyström Rönnås**, Stockholm  
tina.ronnas@home.se

### 2008

#### November

**Prevention of falls and injuries in older people**  
6-7 nov. Berzeliusymposium nr 77 på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

#### Studierektorskurs på Sigtunastiftelsen

10-12 nov, Sigtuna. Arrangeras av SFAM.

#### Laegedage 2008

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

#### Riksstämman i Göteborg

26-28 nov i Göteborg. Läs mer på Läkaresällskapetets hemsida.

#### December

##### Svensk sjukvårdskultur

En kurs för dig med utländsk läkarutbildning.

Tid: 2 december 2008 kl 8.30-16.30.  
Plats: Läkarförbundet lokaler på Kommandörsgatan 9, 2 tr, Stockholm.  
Mer information: Ingrid Eckerman ingrid@eckerman.nu,  
tel 08 600 15 56, 070 55 73 193 eller Heba Shemais Heba.Shemais@capio.se, tel 070 951 50 42.

Anmälan senast 24 november till Ewa Giannini, e-mail ewa.giannini@slf.se eller telefon 08 790 33 11.

##### 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

### 2009

#### Januari

##### "Vecka-3-kurs"

12-14 jan. Wiks slott, nära Uppsala. Träning i värdering av allmänmedicinsk kompetens för examinatorer i specialistexamen, mitt-i-st-värderare, studierektorer, handledare. Närmare information på www.sfam.se

##### Norrländska läkemedelsdagar

27-28 jan 2009  
Folkets Hus Umeå

##### Alliance for Continuing Medical Education Conference

28-31 Jan 2009, San Francisco, USA

The 34th Annual Conference of the Alliance for Continuing Medical Education will be held from 28-31 January 2009 at the San Francisco Marriott, in San Francisco, California. The theme is 'Elevating the Profession and Practice of Continuing Medical Education: Professional Challenges in the 21st Century'. For more information please visit [www.acme-assn.org](http://www.acme-assn.org)

#### Februari

##### Mötet i hemmet

5-6 feb. Arrangeras av SFAMs hemsjukvårdsråd i samarbete med de andra professioner som driver hemsjukvård.

#### Mars

##### Läkardagarna i Örebro: "Om sjukskrivningar"

31 mars-1 apr.  
Programmet behandlar läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. Information: ewa.nystrom@orebroll.se. Program och anmälan fr.o.m. hösten 2008.

#### April

##### SFAMs ST-dagar i Kalmar

22-24 apr.

#### Maj

##### 16:e Nordiska kongressen i allmänmedicin

The future role of general practice – managing multiple agendas  
13-16 maj 2008, Köpenhamn  
www.gp2009cph.com

#### September

##### Wonca Europe Regional Conference

The Fascination of Complexity – Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty  
16-19 Sep 2009, Basel, Switzerland  
www.congress-info.ch/wonca2009/home.php

#### November

##### SFAMs höstmöte i Uppsala

4-6 nov.



**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](http://www.kursdoktor.nu)