AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2006 ÅRGÅNG 27

Personlighet, organisation och hälsa/sid 15

Allmänmedicin och prioriteringar/sid 27 • Kardiovaskulära riskfaktorer bland invandrare/sid 5

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Skriv i AllmänMedicin!

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

Bildtips!

Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn.

Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.

Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning.

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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre (Avhandling Patrik Midlöv)

Är det här livet? Holländsk allmänläkare bytte till svensk allmänmedicin. Jan Vingerhoets

Stram tango med döden. Stig Andersson har läst intressant bok om dödshjälp.

Omslagsfoto: T. vanBurgh

3 Ledare
Subspecialiseringens frestelser
Karin Ranstad

5 Avhandling
Kardiovaskulära sjukdomar bland invandrare
Per Wändell

7 Vetenskap & Utveckling
Litet är vackert, men får gärna bli större
Christer Petersson, Eva Pettersson-Lindberg

9 Fortbildning
Kom med till Läkardagar i Köpenhamn
Kirsten Talbro Laraignou

10 Vetenskap & Utveckling
EGPRN–EURACT-möte i Malmö–Köpenhamn
Anders Håkansson

12 Notiser

15 Praktik
Personlighet, organisation och hälsa
Björn Nilsson

18 Utbildning
Studierektorer träffades i Varberg
Rikard Viberg

21 SFAMs höstmöte i Umeå
Program

25 Debatt
Iakttagelser om landsting
Robert Svartholm

Allmänmedicin och prioriteringar
Stig Andersson, Rolf Ahlzén

31 Recensioner
Antonovskys salutogenes når längre än Maslows behovstrappa – *Peter Olsson*

Allmänmedicinska spår i Norge – en läsvärd essäsamling
Gösta Eliasson

Merete Mazzarella: Den goda beröringen
Erland Svensson

Språkets roll i vården
Karin Ranstad

Läkare i praktiken – handbok för nya läkare
Roland Morgell

41 SFAM informerar
SACO Vård föreslår ny primärvårdsmodell
Anna-Karin Svensson

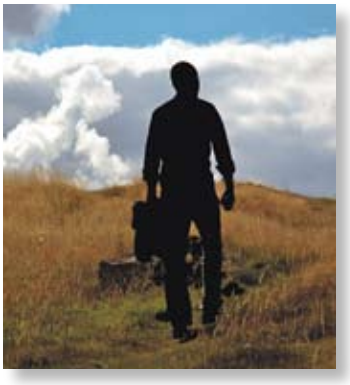
SFAMs råd och nätverk

Kontaktpersoner

44 Krönika, kalendarium
When I'm 64...
Annika Brorsson

Per Wändell rapporterar om Malin Gadds avhandling. Sidan 5

Christer Peterson och Eva Pettersson-Lindberg berättar om en livaktig och kreativ forskarmiljö i Växjö. Sidan 7



Björn Nilsson ger oss en fallbeskrivning som belyser intygsskrivandets komplexa verklighet. Sidan 15

"Hon misstror för övrigt begreppet empati, som hon tycker känns som en alltför stor potatis i munnen."

Erland Svensson har läst Merete Mazzarellas bok *Den goda beröringen*. Sidan 35

ANNONS

Subspecialiseringens frestelser

Hela tanken med allmänläkarens verksamhet är att följa en grupp människor i deras olika behov av medicinskt omhändertagande snarare än en sjukdom hos olika människor. I samma primärvård arbetar andra yrkesgrupper med ungefär samma synsätt. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, distriktssköterskor som både har mottagning och arbetar med hemsjukvård. Men på vårdcentralen finns också astma-, diabetes-, hypertoni-, hjärtsviktsmottagning och kanske ytterligare någon mottagning. Den gemensamma nämnaren är att mottagningarna är sköterskebaserade, med stöd från någon läkare. Utvärderingar görs som visar att den grupp patienter som omhändertas får bättre värden på blodtrycket eller vad som nu är målet med den specifika mottagningen. Av detta dras lätt slutsatsen att ännu fler patientgrupper bör skötas via sköterskebaserade mottagningar.

Låt oss titta närmare på någon av mottagningarna, exempelvis astmamottagningen, eftersom den är en av de mest etablerade. Mottagningens astmasköterska har ansvar för en grupp patienter som avgränsas av sin diagnos. Tid för mottagningen finns avsatt i hennes schema efter hur stor gruppen är. Patienter som är drabbade av en så besvärlig sjukdom behöver hennes tid regelbundet och i tillräckligt mått för att hon ska hinna med aktuella problem, lämna information, samt inhämta de uppgifter som ska registreras för utvärderingen. Det blir säkert en timme eller två per år och patient.

Mottagningen tillfredsställer många behov. Patienten känner sig omhändertagen och anstränger sig för att följa de råd han får. Sköterskan känner att hon gör nytta och får omväxling i arbetet. Läkaren får ett kunskapsområde han känner sig behärska nästan lika bra som specialisten. Landstinget kan visa på att primärvården kan, till lägre kostnad, sköta patientgrupper med liknande resultat som sjukhusmottagningarna.

Några problem finns det dock som bör diskuteras innan sköterskebaserade specialmottagningar i primärvården blir lösningen på alla upptänkliga problem i svensk sjukvård.

Är det i överensstämmelse med primärvårdens uppdrag att lämna generalistkunskap och helhetssyn till förmån för specialkunskap och diagnosrelaterad gruppverksamhet?

Vad hade hänt om man använt resurserna på något annat sätt? Kan skillnaden vara de extra resurser i form av tid och engagemang som läggs på att de personer som har en viss sjukdom har en sjuksköterska som kontaktperson?

Är det rätt personer som får tillgång till extra resurser? Patientgrupper som har inflytelserika patientföreningar eller specialistföreträdare har lätt att få extra resurser. Kan det finnas svagare patientgrupper som haft bättre nytta av insatserna?

Hur ska den patient som exempelvis har både diabetes, högt blodtryck och astma hanteras? Ska han ha kontakt med en allmänläkare som tar helhetsansvar och 3–4 sköterskor som uppmärksammar var sitt, delvis överlappande, problem?

Hur ska de bemötas som frågar efter namngiven sköterska oavsett vilket problem hon söker för den här gången (”jag brukar prata med syster Anna, hon känner mig”)?

Kan det vara så att det som är effektivt är att någon på mottagningen får gott om tid avsatt för att träffa patienten och att sköta sin egen fortbildning inom området?

Sannolikt finns en grupp med långsiktigt behov av personlig kontakt med sjuksköterska på varje vårdcentral, oavsett om de är multisjuka, har enstaka kronisk sjukdom, bristande copingstrategier eller något annat som orsakar lidande och utsatthet. Utbilda sedan mottagningssköterskorna regelbundet i vanliga sjukdomar och problem i basal sjukvård och avsätt tid motsvarande nuvarande sköterskebaserade mottagningar. Kalla det gärna patientansvarig sköterskemottagning och utvärdera effekten.

Glöm inte heller att motsvarande resursförstärkning i direkt patientkontakt för andra kategorier i primärvården, exempelvis allmänläkare, kunde vara intressant att utforska effekten av.

Karin Ranstad

ANNONS

Kardiovaskulära sjukdomar bland invandrare

Malin Gadd har blivit både medicine doktor och distriktsläkare.

Datum: 24 maj 2006

Avhandling: Cardiovascular diseases in immigrants in Sweden

Doktorand: Malin Gadd

Institution: Centrum för allmänmedicin (CeFAM), Karolinska Institutet, Huddinge

Handledare: docent Per Wändell och professor Jan Sundquist

Opponent: professor Cecilia Björkelund, Göteborg

Andelen invandrare i Sverige har ökat och utlandsfödda personer utgör nu 12% av befolkningen. Psykosocial utsatthet i det nya landet och förändring av livstilsfaktorer är möjliga riskfaktorer för försämrad hälsa. Tidigare studier har uppvisat motsägelsefulla resultat, men de har oftast varit begränsade på olika sätt, ofta med små grupper.

Malin Gadd har funnit att insjuknande i hjärtkärlsjukdomar och kranskärlssjukdom är förhöjd för de flesta av de invandrargrupper hon studerat. Utbildningsnivå och sysselsättning påverkade inte resultaten för män, men minskade överrisken för kvinnor. Frågan är om man tar med sig en överrisk från sitt gamla hemland, eller om faktorer i samband med migrationen kan ha betydelse, som en psykosocial utsatthet i det nya landet eller förändring av livsstilsfaktorer.

I jämförelse med hemländerna var dock den totala dödligheten hos invandrare i Sverige lägre i 7 av 8 grupper av män, i 6 av 8 grupper av kvinnor. För död i kranskärlssjukdom var siffrorna lägre i 4 av 8 grupper hos män och två av 8 grupper hos kvinnor. I motsats till detta var dödligheten ökad i gruppen från Sydeuropa, kanske en effekt av en minskad följsamhet till den hälsosamma medelhavskosten?

I hela västvärlden, inklusive Sverige, har insjuknande och död i kranskärlssjukdom minskat sedan 1970-talet. I en studie analyserades förändringen över tid under 1990-talet för olika grupper i åldrarna 35–74 år. Insjuknandet i kranskärlssjukdom var oförändrad i 9 av 12 manliga grupper, men minskade hos män från Finland, övriga OECD-länder och bland svenskfödda. Även för kvinnor var insjuknandet oförändrat i 9 av 12 grupper, men ökad hos kvinnor från Sydeuropa och Turkiet.

Malin har främst använt databasen MigMed, som är en sammanslagning av befolkningsregistret och slutenvårdsregistret för hela Sveriges befolkning. Hon har även utnyttjat data från WHO, SCBs årliga undersökning av levnadsförhållanden (ULF) och ”invandrar-ULF”, där invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet specialstuderats. Åldersspannet 35–64 år användes i de flesta studierna, för att se om arbetslöshet kunde vara en faktor av betydelse.

Andelen rökare var högre än bland svenskfödda i alla grupperna av män som studerades, men endast i tre kvinnliga grupper. Fetma var vanligare hos kvinnor från Sydeuropa, Chile och Iran, men högre i endast en av de manliga grupperna. Graden av fysisk aktivitet var lägre i 6 grupper av både män och kvinnor.

Sammantaget fann Malin att invandrarstatus innebär en ökad risk för insjuknande i hjärtkärlsjukdomar allmänt och koronar hjärtsjukdom specifikt, vilket är viktigt att beakta i den kliniska vardagen. Opponenten professor Cecilia Björkelund lade diskussionen på en trevlig och intressant nivå. Betygsnämnden var sammansatt av Johan Berglund, allmänläkare Blekinge och docent Lunds universitet, professor Johan Hallqvist, epidemiolog vid Karolinska Institutet och Inger Hagerman, kardiolog vid Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.

Malins ST innefattade forskning på halvtid. Vid sidan av forskningen har hon blivit färdig specialist och arbetar nu som distriktsläkare i Stuvsta söder om Stockholm.

Per Wändell
docent, Centrum för allmänmedicin,
Karolinska institutet
per.wandell@ki.se

ANNONS

FoU-centrum Kronoberg

Litet är vackert, men får gärna bli större

När hälso- och sjukvårdslagen 1997 ålade varje landsting att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete var Kronoberg snabbt med på banan. Andra hade varit tidigare ute och några var redan väl etablerade. Grannlänet Blekinge var ett gott exempel. Inte heller Kronoberg hade varit helt utan FoU-resurser. Redan 1984 fick vi vår första utvecklingsenhet i primärvården. Den bestod av en halv läkar- och en halv sekreterartjänst. Inom denna snäva ram blev ändå en hel del gjort, bland annat ett par doktorsavhandlingar. 1997 ville Kronoberg hitta en egen modell, där ambitionen var att få med *hela landstinget* i utvecklingsarbetet.

I nytänkandet utgick man ifrån de resurser som redan fanns, vilket i realiteten innebar den nämnda enheten i primärvården. Detta lilla började nu sakta, men säkert, bli större. FoU-centrum etablerades och redan våren 1998, förstärkta med ytterligare några tjänster, kunde vi flytta in i nyrenoverade lokaler i det gamla mentalsjukhuset i vacker, tankevänlig miljö med arbetsrum, datorer och successivt en allt större skara av entusiastiska medarbetare. Målet var att skapa en livaktig, kreativ miljö med fasta forskarresurser, handledare, tillfälliga projektarbetare, seminarier, metodutbildningar med mera.

Vår vision formulerades på ett tidigt stadium så här: ”*Med patienten i fokus stimulerar vi forskning och utveckling som fördjupar landstingsmedarbetarnas kompetens, verksamhetens innehåll och kvalitet samt bidrar till en positiv personalrekrytering.*” Som alla visionära formuleringar lider även denna brist på konkretion och förpliktande verklighetskoppling, men här utsägs klart och tydligt att patienten är målet för allt vårt arbete. För ett gott patientarbete krävs kunnig, engagerad personal, som ständigt är beredd att utveckla sin kompetens och sitt kunnande.

Foto: Christer Petersson

Kunskapens träd – glaskonstverk av Erik Höglund.

Och i det perspektivet är FoU en nödvändighet.

Personal och resurser

Vi har en bit kvar till målet, men vi tror att färdriktningen är den rätta. Från nästan ingenting 1997 har vi idag en verksamhet med en budget på 6,5 miljoner och årliga anslag till forskningsprojekt på 740 000 kronor. Tabell 1 visar vilka personresurser, som finns vid enheten idag. De senaste åren har vi haft fem doktorsdisputationer (se faktatruta) och just nu har vi sex doktorander. År 2002 inrättade landstinget två doktorandstipendier på halvtid och 2005 ytterligare ett halvtidsstipendium. Från landstingsledningens sida var detta var en viktig markering av forskningens betydelse i organisationen. ▶▶

Tabell 1

Yrkeskategori	Antal tjänster	Antal anställda
Läkare	2,75	7
Sjuksköterskor	1,9	4
Sjukgymnast/Arbetsterapeut	0,75	2
Assistenter/sekreterare	2,0	2
Verksamhetsansvarig	1,0	1

Från början fanns en klar slagsida mot primärvårdsforskning. Denna har i viss utsträckning kvarstått. De senaste åren har tre distriktsläkare disputerat och ytterligare två disputationer är planerade under det kommande året. Försprånget från starten och en generös syn på utvecklingsarbete från primärvårdsledningen är några framgångsfaktorer för primärvårdens del. Men även länssjukvård, psykiatri och inte minst paramedicinska enheter har kommit in i forskningsarbetet. Vid centrallasarettet i Växjö och inom psykiatrin bedrivs en del forskning som inte eller bara delvis är associerad till FoU-centrum, men här pågår arbete för ett fördjupat samarbete

Bredd eller koncentration?

Projektinriktningen har i största utsträckning styrts av den enskilde forskarens intresse. Tanken att låta tusen blommor blomma har hittills varit framgångsrik. Genom åren har vi ändå fört en diskussion om att satsa mer resurser på ett antal profilområden. Av tabell 2 framgår våra nuvarande profilområden. Under rubrikerna i tabellen ryms flertalet större pågående projekt, som har mejslats fram med tiden genom enskilda forskares satsningar, ofta i samarbete med andra partners inom och utom landstingsvärlden. Att tala om profilområden för en liten verksamhet som vår är på gränsen till övermod. Vi är mycket medvetna om att det i en forskningsintensiv värld krävs samarbete långt utöver den egna organisationen för att få medel och resurser till angelägen forskning. Vår målsättning är därför att samarbeta på så många nivåer som möjligt. I dagsläget gäller det universiteten i Växjö, Lund och Göteborg samt i någon utsträckning Linköping och Uppsala. Dessutom har vi en del samarbete med andra landsting och deras FoU-enheter. Samarbetet med universiteten sker i första hand via doktorander, men är också mera specifikt projektbundet. Just nu pågår ett stort projekt tillsammans med universiteten i Lund och Växjö och högskolan i Kalmar om tidig upptäckt av autism.

En primär uppgift är samarbete mellan olika verksamheter i det egna landstinget. Exempel på projekt, som involverat både olika yrkeskategorier och olika arbetsplatser är ”vård i livets slutskede”, ”infektioner bland barn och gamla”, ”diabetesincidens i Kronoberg”, ”medicinförskrivning” och ”waranbehandling på medicinklinik och i primärvård”. Sedan länge är vi, genom en av våra medarbetare, involverade i ett stort, longitudinellt forskningsprojekt om lantbrukares hälsa. På folkhälsoområdet har det systematiska arbetet med folkhälsoenkäter för barn, ungdom och vuxna gett nya infallsvinklar inom det förebyggande och hälsofrämjande området och lett till ökade kontakter, inte minst med kommunerna i länet.

Redan från början var FoU-centrum personellt och projektmässigt nära lierat med ett FoU-nätverk inom välfärdsområdet, där bland annat länets samtliga kommuner, Växjö Universitet och Försäkringskassan ingår. Det samarbetet, som hittills gett mest påtagliga resultat inom äldreområdet, håller för närvarande på att fördjupas, bland annat genom att vi kommer att finnas i gemensamma lokaler framöver.

Hur arbetar vi?

FoU-centrum är en arbetsplats där nästan alla medarbetare finns på deltid, kanske bara någon enstaka dag i veckan. Trots det finns en stark inre sammanhållning och ett gott arbetsklimat med intensivt korridorsnack, ömsesidig rådgivning vid datorerna och ett kafferum, tätt som en bikupa, där idéer bollas öppet och prestigelöst. En nyligen genomförd undersökning av arbetsmiljön gav nästan osannolikt goda resultat.

En av våra viktigaste uppgifter är att ge handledning och metodstöd till medarbetare i landstinget, som vill genomföra egna projekt. Två gånger årligen fördelar vi också medel till projekt efter kvalitetsbedömning av vårt vetenskapliga råd.

Tabell 3 ger en bild av FoU-centrums utåtriktade verksamhet. Förutom att presentera egen forskning är vi angelägna om att sprida andras forskningsresultat, förmedla metodkunnande och föra en diskussion kring angelägna och kontroversiella medicinska frågor.

Tabell 2

Profilområden
Patientnära klinisk forskning och utveckling - Rationell läkemedelsanvändning - Barns och ungdomars hälsa - Vård i livets slut - Utvärdering och hälsoekonomi - Rörelseorganens sjukdomar och rehab
Folkhälsa
Organisationsutveckling och ledarskap (under utveckling)

Tabell 3

Utåtriktad verksamhet
Projektseminarier
FoU-dagar med olika teman och presentation av lokala projekt för anställda och politiker.
FoU-luncher
Seminarier kring aktuella medicinska problem som t.ex. medikalisering, sjukskrivning, kunskapsteori.
Forskningsmetodik, 20p.
FoU-rapporter
Hemsidan, intern och extern webb. www.ltkronoberg.se/fou

Avhandlingar från FoU-centrum Kronoberg

Quality of Life, Motivation and Cost in Multidiciplinary Occupational Rehabilitation. A prospective controlled two-year study in patients with prolonged musculoskeletal disorders.
Birgitta Grahn, 1999.

Balancing. Cancer from a primary care perspective. Diagnosis, posttraumatic stress and end-of-life care.
Hans Thulesius, 2003.

Treatment Evaluation and Screening of Autism.
Bengt Persson, 2003.

Musculoskeletal Disorders among Farmers and Referents, with Special Reference to Occurrence, Helath Care Utilization and Etiological Factors. A Population-based Study.
Sara Holmberg, 2004.

Keeping My Ways o Being.
Middle-aged women and menopause.
Helene Ekström, 2005.

Under senare år har våra medarbetare på FoU-centrum och de FoU-aktiva som vi handlett deltagit flitigt med föredrag, presentationer och posters i lokala, nationella och internationella sammanhang. Detta har skapat många givande kontakter, som har tillfört enheten nya erfarenheter och ny kompetens. En annan del av det utåtriktade arbetet är ett flitigt deltagande i nationella expertgrupper för att arbeta fram rekommendationer och vårdprogram inom en rad olika medicinska terapiområden.

Framtiden då?

Det är först genom egen aktiv medverkan, som man på allvar blir deltagare i ett sammanhang. Det gäller för alla livets områden, inte minst det professionella. Därför vill FoU-centrum vara en mötesplats för utveckling och reflektion för *alla medarbetare* i landstinget och därför ser vi det som särskilt viktigt att värna om *alla nivåer* av utvecklingsarbeten, från de enklaste kvalitetsuppföljningar till avancerade forskningsprojekt. För framtiden tror vi att det är särskilt viktigt att det i landstingsvärlden blir en självklarhet att medarbetare under perioder kan delta i eller driva utvecklingsprojekt som del av sin vardag. Ny kunskap kostar arbete och en del pengar, men ger mångfaldigt igen. Må våra politiker och chefer se den saken ännu tydligare i framtiden än idag!

Christer Petersson
distriktsläkare, forskningsledare
christer.petersson@ltkronoberg.se

Eva Pettersson-Lindberg
administrativ chef, verksamhetsansvarig

Fortbildning

Kom med till Läkardagar i Köpenhamn

Nu är det fortfarande ljust, men när vintern sänker sig över Skandinavien igen, som en blågrå matta, är det tid till att fylla upp våra mentala lager med ny kunskap, få inspiration till att klara en stressig vardag på kliniken och till att njuta av några stunder med kollegor från när och fjärran.

Varje år i november möts praktiserande läkare i Köpenhamn, för att efterutbilda sig. Läkardagarna är inte bara för de danska läkarna, andra skandinaviska läkare är också välkomna. Förra året deltog mera än 1500 personer i Läkardagarna.

Läkardagarna hålls i år från måndag 13 november till fredag 17 november i Bella Center i Köpenhamn. Arrangemanget bjuder på nästan 100 kurser under veckan, och det är helt upp till en själv om man vill deltaga 1–2–3–4 dagar eller hela veckan. Du sätter samman ditt eget kursprogram, så som det passar dig bäst.

Kurserna varar från 1½ timme till en hel dag och fokuserar på ett brett utbud av ämnen – till exempel akupunktur, diabetes, dyspepsi, öron-näsa-halssjukdomar, ryggproblem, teledermatologi, ”de 2 motiverande minuterna” och många fler.

Yngre svenska läkare inbjuds till kongressen – i år för endast 485 dkr per dag. Normalpris är 1940 dkr.

Läkardagarna öppnas på måndagen av den danska hälsoministern, följt av en debatt om ett aktuellt ämne. I år handlar det om livsstilsproblem. Dagen avslutas med en buffé och underhållning. Parallellt med öppningsarrangemanget hålls det även kurser.

Se kurskatalogen på *www.laegedage.dk* där man även kan anmäla sig.

Om du har frågor till arrangemanget, är du välkommen att kontakta Läkardagars sekretariat på *lbp.plo@dadl.dk* telefon +45 35 44 84 86.Vi skickar gärna en kurskatalog.

På återseende på Läkardagarna 2006.

Kirsten Talbro Laraignou
Administrativ leder af Lægedage

Forskning om medicinsk utbildning

EGPRN–EURACT-möte i Malmö–Köpenhamn

EGPRN (European general practice research network), som är forskarnätverket inom europeiska WONCA, kallades tidigare EGPRW (där w stod för workshop). Namnändringen föranleddes av att man gick från att vara en inåtriktad förening, där medlemmarna främst representerade sig själva, till att bli ett utåtriktat nätverk, där medlemmarna ses som representanter för sina respektive länder.

För tio år sedan ordnade jag själv ett EGPRN-möte i Växjö, då vädrets makter stod för decimetertjock snö i början på maj. Nu har jag, tillsammans med kollegan Arvid Frank Jörgensen från Nordsjälland, anordnat ännu ett majmöte, denna gång inramat av en strålande sommarvärme. Mötets tema var ”Research into medical education”.

I nätverkets drygt 30-åriga historia var vårt möte unikt på åtminstone tre sätt. Det var det första mötet som anordnades tillsammans med lärarnätverket EURACT, som representerades av ordförande och vice ordförande, men som i övrigt inte bidrog så mycket till programmet. Det var det första mötet som sträckte sig över en full vecka, innehållande, förutom själva konferensen, också kurs i forskningsmetodik och workshops. Det var dessutom det första mötet som var förlagt till två näraliggande länder, med kursen vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö och övriga aktiviteter vid Panuminstitutet i Köpenhamn.

Mötets upplägg och innehåll framgår tydligt av **Tabellen**. Som synes är bredden av deltagande länder stor, och även om Västeuropa fortfarande dominerar, så kommer Österuropa starkt. Frånsett kursen i forskningsmetodik, så var det svenska inslaget ganska beskedligt, medan danskarna var mera aktiva. Det totala antalet deltagare var under kursen i början på veckan 19, under torsdagens workshops 39, och under konferensen på fredagen och lördagen 153.

Tabell. *Översiktlig beskrivning av EGPRN–EURACT-mötet i Malmö–Köpenhamn under tiden 8–13 maj 2006. Temat var ”Research into medical education”. Under torsdagen (11 maj) fanns 4 olika workshops att välja mellan, och under fredag–lördag (12–13 maj) förekom 4 nyckelföreläsningar, 16 temapresentationer, 10 fria föredrag, 5 en-bild-fem-minuters-presentationer samt 21 posters.*

	Antal									
	Malmö		Köpenhamn							
	Forskarkurs 8–10 maj		Workshop 11 maj		Konferens 12–13 maj					
Land	Lärare	Delt.	Ordf.	Delt.	Förel.	Tema	Fria	1–5	Post.	Deltag.
Norden										
Danmark	1		2	5	2		1		1	13
Finland						1				1
Norge			1		1	1				3
Sverige	5	2		3	1					5
Västeuropa										
Belgien	1	2	1	3		2	4		1	8
Frankrike		5				1	1	1	3	23
Irland									2	3
Nederländerna	1	3		4		2		1	1	10
Schweiz		1		1						1
Storbritannien	1	1		3		3			1	9
Tyskland				6		2	3	1	3	13
Österrike										1
Sydeuropa										
Andorra										1
Cypern										1
Grekland									1	3
Italien		1		4					2	8
Spanien				1		2	1		1	4
Österuropa										
Bulgarien									1	1
Estland				1					1	4
Israel				4		1				8
Kroatien		2		1						5
Lettland										1
Litauen										9
Polen										2
Rumänien								1		2
Serbien		1		1						1
Slovakien										1
Slovenien						1				4
Turkiet		1		2				1	3	5
Ungern										3

I Sverige har EGPRN för närvarande 12 betalande medlemmar, och det är dessa som i första hand är välkomna till de kommande mötena: Kavala, Grekland 19–20 oktober 2006 (Tema ”Community orientation in primary care”); Nijmegen, Nederländerna 10–13 maj 2007 (”Gender issues”); Vilnius, Litauen 24–29 september 2007 (”Mental health in primary care”).

Anders Håkansson, professor,
Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö
Allmänmedicin, Lunds universitet
anders.hakansson@med.lu.se

ANNONS

En informationskälla för allmänläkare

Zwi G Wirschubsky är en svensk läkare som varit cancerforskare och akademisk lärare vid KI och vid amerikanska universitet. I början av 90-talet kom han att medverka vid Sveriges Radios vetenskapsredaktion och det ledde till att han blev medicinsk vetenskapsjournalist på heltid. Förutom vid Sveriges Radio har han medverkat i en rad olika tidskrifter, bland annat Läkartidningen.

För några år sedan startade han hemsidan **NyMedicin.com** *(www.nymedicin.com)* som publicerar referat och sammanfattningar av artiklar ur vetenskapliga tidskrifter och andra vetenskapliga källor. Den ger alltid tydliga källhänvisningar genom länkar som leder till orginalartiklar och andra informationskällor och man kan prenumerera på nyhetsbrev.

NyMedicins sammanfattningar är i många fall av tydligt intresse för allmänläkare. Jag ser NyMedicin som en utmärkt väg för praktikers kompetensutveckling där de kan välja vilken grad av djup och detaljkunskap de vill få tillgång till.

NyMedicin är redaktionellt oberoende och har ett medicinskt och vetenskapligt redaktionsråd bestående av välmeriterade företrädare för svensk medicin. En förebild är den amerikanska PLoS *(www.plos.org)* som är en internationell vetenskaplig och medicinsk informationstjänst med fri tillgång till information ("open access"). NyMedicin drivs av egna medel samt annonsering. Sponsorer och annonsörer har dock inget inflytande över innehållet.

En för allmänläkare intressant sammanfattning från amerikanska Annals of Family Medicine sommaren 2005 handlar om läkares förmåga att behandla kroniskt sjuka patienter enligt kliniska riktlinjer. Forskarna följde upp ett stort antal patienter och fann att de flesta inte var under god kontroll. För att få dem dit skulle läkarna behöva ägna dem mer än sin totala arbetstid. Man fann också att dessa patienter hade en mycket hög grad av samsjuklighet. Hälften av patienterna hade fem eller fler sjukdomar samtidigt. De kliniska riktlinjerna tar i allmänhet inte hänsyn till detta.

Om dessa fynd också gäller för Sverige, förklarar de varför så många allmänläkare finner det svårt att hinna med sina uppgifter. Svenska allmänläkare har ju numera ansvar för en mycket stor andel av patienterna med kroniska sjukdomar men modeller för vård och behandling av patienter med kroniska sjukdomar och samsjuklighet är bristfälliga.

NyMedicin är en informationstjänst värd att pröva för svenska allmänläkare.

Stig Andersson

Alkohol – varför vi dricker som vi gör

Tyvärr ger inte denna lilla skrift någon förklaring till varför Jeppe super och det kanske inte heller finns någon enkel förklaring. Det finns dock mycket annat intressant och tänkvärt att läsa. Alkohol beskrivs både på befolkningsnivå – yngre kvinnor dricker allt mer, veckoslutens berusningsdrickande kombineras med vin eller öl på vardagar och svenskar har nu högre total konsumtion än traditionella vinländer som Italien och Frankrike – och ur enskilda personers perspektiv.

Vi får bland annat möta en 55-årig Birgitta som diskret började tröstdricka vin efter skilsmässan och när hon sedan sökte för olika symptom, så fick hon en mängd olika diagnoser utan att läkaren någonsin frågat om alkohol. När hon fick besvär med ångest ordnade arbetsgivaren så att hon under två år fick gå på kognitiv beteendeterapi en gång i veckan. Terapeuten frågade aldrig om hennes alkoholvanor och under pågående terapi började Birgitta i stället dricka allt mer, samtidigt som hon övergick till billigare vinsorter. Tomflaskorna smög hon iväg med på kvällarna sedan hon lindat in dem i papper så att grannarna inte skulle märka någonting. Birgitta avancerade på jobbet, vilket bland annat innebar ansvar för anställda med alkoholproblem utan att hon kunde se sina egna problem. Birgitta är nu helnykterist men först sedan hon börjat halsa starksprit och missbruket blivit så uppenbart att det inte längre gick att förneka.

Allt fler arbetsplatser har infört gemensamt fredagsbesök på pub och liknande för att stärka gemenskapen, vilket förstås är trevligt på många sätt men kanske inte för alla anställda. Skriften kan vara ett bra underlag för diskussioner, exempelvis vid arbetsplatsträffar eller när vi träffas på kurser. För då vill vi väl ha ett glas gott vin till maten?

Roland Morgell

Alkohol – varför vi dricker som vi gör. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap 2005. www.fas.forskning.se

Inbjudan till Skrivartävlan 2006

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2006 års skrivartävling.

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

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

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1–4 bidrag kan få hedersomnämnande och pris om 1 500 kr. De vinnande texterna publiceras i Bulletinen för Medicinsk Psykologi.

Bidragen i word-format ska vara bedömarkommittén tillhanda senast den 15 december 2006.

Svenska Föreningen för Med Psykologi,
Henry Jablonski,
henry.jablonski@spray.se
Kvarngatan 2, 118 47 Stockholm eller
Lena Svidén,
kul.sviden@mailbox.swipnet.se
vilka också lämnar ytterligare upplysningar.

Läsvärt inom området obstetrik och gynekologi

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har genom sina Arbets- och Referensgrupper sedan lång tid tillbaka producerat en rapportserie om olika kliniska problemställningar. Arbetsgrupperna samarbetar ofta över specialitetsgränserna.

Rapport nr 53 handlar om Bröstet och där finns en del intressanta kapitel, bland annat det om Benigna bröstsjukdomar. Sekretion från mamillen inger ofta oro både hos patient och doktor och här får vi exempelvis ett bra faktaunderlag för handläggning.

En annan rapport från 2003 heter Vulvasjukdomar och ger korta sammanfattningar om olika kliniska tillstånd och problemställningar. Bägge rapporterna är lättillgängliga och informativa. Faktarutorna ger bra sammanfattningar och här anges föredömligt ofta evidensgrad. Som allmänläkare behöver vi ju ofta uppdatera våra kliniska kunskaper, och dessa handböcker kan vi säkert ha nytta av som alternativ till att söka på Internet.

Publikationerna kan beställas från SFOG-kansliet, Svenska Läkaresällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm. Priset varierar mellan 100 och 200 kronor per rapport exkl. porto och expeditionsavgift 50 kronor. Rapporten om bröstet finns också i en nätversion: *http://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/natupplaga/ARG53.pdf*

Anders Lundqvist

ANNONS

Personlighet, organisation och hälsa

De senaste årens debatt om sjukskrivningar har fått många familjeläkare att känna sig både misstrodda och ifrågasatta samtidigt som vi är tämligen maktlösa i rehabiliteringsfrågor. Det är ingen bra kombination. Jag tror att vi kan ha nytta av varandras erfarenheter. Här följer en fallbeskrivning där jag trots omfattande arbete; återbesök, rehabmöten och intygsskrivande inte kom just någonstans, utan det hela slutade i en halvtids sjukersättning. Det kunde jag möjligen ha förstått från början, men ansvarskännande och envis som de flesta kollegor, ville jag inte ge upp. I alla fall inte före min patient. Berättelsen har inget egentligt budskap. Den är ganska monoton, men den beskriver en del mekanismer, både organisatoriska och idi-vidual-psykologiska, som någon kanske känner igen från sitt eget arbete.

I slutanteckningen från regionsjukhuset läser jag: 50 årig tidigare frisk man, medicinfri icke rökare. Akut insjuknat med Q-vågsinfarkt. Pga. instabilitet akut kranskärlsröntgen och patienten flyttas över till regionsjukhus. Där görs ny kranskärlsröntgen och man lägger in kateter i trångt kranskärl, men får en skada på kärlväggen och stentar i omgångar. Man blir slutligen nöjd med resultatet.

Man kunde ha lagt till att den 50-årige mannen var uppväxt på ett litet jordbruk, där han fått göra rätt för sig genom hårt arbete sedan tidiga år, och sedan gjort karriär som elitidrottare, innan han blev avdelningschef i en mindre Norrlandskommun. Han är gift och har nu vuxna barn. På fritiden vistas han i naturen, gärna i fjällvärlden, med dagsmarscher på några mil ibland. Det är inte svårt att föreställa sig hans oro när han söker för svåra bröstsmärtor som kommer och går och får röntga hjärtats kranskärl akut. Ångesten, när han hörde läkarnas diskussioner och beslut om iltransport till universitetssjukhuset, där ny röntgen av hjärtat vidtog, och man lade in konstgjorda rör i hjärtats kranskärl och något uppenbarligen går fel, men slutligen rättades till.

Anteckningen avslutas med att han skrivs ut till hemmet i gott skick med fyra olika läkemedel. Hustrun var orolig för att hans liv och hälsa. Hjärtspecialisten på lasarettet hade sagt åt honom att han måste sluta stressa, annars fanns det risk för en ny hjärtinfarkt. Han sjukskrevs helt en månad.

Kraven ökar

Han kom till mig ett halvår efter hjärtinfarkten, och detta blev början till en sjukskrivning, som blev mycket långvarig, med ett mönster av nedskärningar, långa utredningar, påbud om nya nedskärningar, monotont upprepat. Min patient hade ansvar för en kommunal förvaltning och var resultatinriktad. För honom var det kort väg från beslut till handling. Att inte ▶▶

alla medarbetare hade samma inställning hade han liten förståelse för. Tidigare ryckte han mest på axlarna åt det, och gjorde själv vad som behövde göras. Arbetet hade blivit mycket mer pressande på senare år, och denna strategi höll dåligt. Kraven hade ökat på alla.

Stressymtom

Vid vårt första möte hade han värk i höfter, ben och skuldror och var stel i kroppen. Likadant kändes det före infarkten, och nu var han orolig. EKG och prover var normala, och det var tydligt att han hade symtom som orsakades av stark stress. Hans dagliga träningsprogram var omfattande, så några motionsråd behövdes inte. Han hade läst om stress och kunde sin läxa. Denna medvetenhet på en intellektuell nivå visade sig vara till liten nytta i praktiken. Det var uppenbart att han behövde minska sin stress för att inte få en ny hjärtinfarkt. Det var i alla fall både hjärtspecialistens och hans egen uppfattning. Jag sjukskrev honom halvtid och han skulle använda tiden dels för att ändra sitt beteende, och tillgodogöra sig den kunskap han redan hade. Han kom regelbundet på återbesök varannan vecka och berättade hur det gick. Det verkade först fungera bra, och tanken var att han skulle gå upp i arbetstid successivt.

Avveckla och delegera

Två månader senare konstaterade vi att ”det var ingen bra idé att arbeta 50%”. ”Ligger vaken på nätterna, med anteckningsbok vid sängen, för att kunna skriva upp saker som måste utföras nästa dag”. Han fick hel sjukskrivning som efter hand förlängdes under tre månader. Han skulle nu, under sjukskrivningen, avveckla och delegera arbetsuppgifter för att minska sin arbetsbörda och även minska sitt ansvarsområde, enligt överenskommelse med arbetsgivaren. Vi hade flera samtal.

Under denna tid mådde han förhållandevis bra: ”Lyckas i viss mån koppla av. Har god insikt.” Efter ytterligare en månad: ”Extern konsult utreder organisationen. Rehabplan upprättad i samråd med arbetsgivare. Avveckling av arbetsuppgifter har gått förhållandevis bra”. Konsulten hade angivit ett datum för när översynen skulle vara klar. Efter två månader: ”har kunnat vila och klarat det utan att bli stressad. Läst en del, tänkt en del.” Det framkom då att den planerade utredningen via konsult först nu hade kommit igång. ”Får nu arbeta 50% med villkor att: Träna på att säga nej. Prioritera sig själv. Begränsa arbetet.” Efter ytterligare en månad: ”Utredning inte klar ännu. Genom arbetsgivare fått kontakt med psykoterapeut som specialiserat sig på stresshantering”. Efter ytterligare en månad, ett år efter hjärtinfarkten: ”Utredningen börjar bli klar. Det visade sig som väntat att han haft alldeles för stor arbetsbörda. Fortsatt kontakt med psykoterapeut. Övergående körande smärta i bröstkorgen.” Efter ytterligare två månader hade vi planeringsmöte med arbetsgivare. Han fick nu öka arbetstiden och sjukskrevs 25% med arbetet delvis förlagt till hemmet. Han hade ibland bröstsmärtor. Vid uppföljning framkom att han arbetade 6 tim dagligen på arbetsplatsen, och dessutom i hemmet, trots villkoren för sjukskrivning. Han hade känt sig konstig i bröstet vid promenader med hunden. Jag skrev i journalen: ”Måste dra ned på stressmoment och arbetstid. Inget hinder från arbetsgivarens sida. Återbesök varannan vecka med tydliga uppgifter att skära ned på arbete angivet i sjukintyget.” En månad senare: ”Tröttande att dra ned på tempot och försöka anpassa sig, samtidigt anpassa organisationen till nya krav.” När det kom till den hårda verkligheten hade det kanske varit teoretiskt möjligt för honom att avgränsa och delegera, men nu var kommunen i en ny akut ekonomisk kris och det krävdes drastiska nedskärningar inom bland annat hans ansvarsområde. Han hade ju politikernas stöd åtminstone i ord.

Sjukskriven 50% ytterligare någon månad: ”Svårhanterligt. Pat ska själv omstrukturera verksamheten för att underlätta sitt eget arbete men samtidigt gäller generella instruktioner om nerskärningar i kommunens hela verksamhet. Ibland uppgiven, stressad.”

Svårt att avgränsa

Det var heller inte konfliktfritt i organisationen. Han ledde ju ingen strömlinjeformad avdelning. Ett och ett halvt år efter hjärtinfarkten fortsatt 25% sjukskrivning, vilket han verkade behöva som broms för att inte gå upp i varv: ”Pt har mycket svårt att begränsa aktiviteter. Samtalar med sin terapeut om detta. Nödvändigt att begränsa ambitioner.” En månad senare: ”Fys. välfungerande. Har mer distans till den egna arbetssituationen. Vill ev. gå tillbaka till heltid men jag tycker det är för tidigt. Långsamt mer adekvat sätt att hantera stressituationen.”

Ytterligare en månad senare: ”Bättre kontroll. Har fått ökat tjänsteutrymme på avdelningen, delvis för avlastning.” Vid denna tid tycks det som om han lärt sig fungera någorlunda. ”Vill gå upp i tid.” En månad senare: ”Kan någorlunda hålla tider om han är sjukskriven, därför förlängning tills vidare.”

Här kan jag alltså se att jag har bromsat patienten när han ville gå upp i tid från 75 till 100% arbete. Jag tyckte vid det laget att jag kände honom ganska väl, och att deltidssjukskrivningen gav honom ”alibi” inför andra och för honom själv.

När det var dags för tvåårsuppföljning efter hjärtinfarkten ”sliter han med sin problematik med avgränsning och ambition i en organisation som inte alltid fungerar så strömlinjeformat”. Brev till försäkringskassan. Brev från försäkringskassan med preciserade frågor som besvaras – i den mån de går att besvara.

Ny översyn, nya direktiv

Efter ytterligare två månader pågår en ny översyn av organisationen av extern konsult. ”Stress medför sömnsvårigheter och muskelvärk.” Försäkringskassan har inkommit med krav om ny rehab-plan. Det hela börjar kännas monotont som ett ekorrhjul, men nu satte vi delvis vårt hopp till konsulternas utredande av organisationen. När detta var klart skulle man väl ändå kunna bedöma hur den nya organisationen fungerade.

Drygt tre månader senare pågick den nya utredningen fortfarande, och man hade kommit till slutsatsen att inget annat för närvarande är att göra än avvakta pågående politiskt beslutade organisationsförändringar – igen. Detta var för mig inte helt begripligt. Arbetslivscentrum såg över patientens situation. Tre veckor senare hade försäkringskassan tagit del av arbetslivscentrums utredning och tyckte att han antingen borde sjukpensioneras, eller att ”annan åtgärd” borde vidtagas. Vad annan åtgärd innebar var höljt i dunkel.

Vid ny uppföljning något senare hade han, under fortsatt utredningsarbete, fått nya direktiv nämligen att ytterligare skära ned verksamheten. Dessutom hade man konstaterat underskott i budget, gjort en totalöversyn av hela den kommunala organisationen och beslutat att man måste effektivisera. Dessa åtgärder berörde direkt hans arbetssituation.

Ifrågasatt sjukskrivning

”Förra helgen, när han var ute i naturen, med kroppsansträngning i ganska lugnt tempo, fick han ont i höger ben och tryckkänsla över bröstet, som höll i sig under några dagar. Han hade också känt sig mycket trött.” Det hade varit påfrestande med det ständiga utredandet och omorganiserandet men även på grund av att försäkringskassan började ifrågasätta hans sjukskrivning.

Kroppsundersökning och EKG visade inget allvarligt. Jag skrev brev till försäkringskassan och föreslog att deltids sjukskrivning skulle accepteras till dess kommunens utredning var färdig. Patienten däremot beslutade nu att gå tillbaka till heltidsarbete. Han hade tröttnat på diskussionerna om sjukskrivningsgrad med mera, och något hade han väl lärt sig om coping-strategier. Det hade nu gått två och ett halvt år sedan hjärtinfarkten.

Övervägde omskolning

Vid uppföljning hade han kraftig muskelvärk och morgonstelhet. Senare röntgenundersökning visade att han hade artros, alltså att ledbrosket var reducerat i höftlederna. Gick hos sjukgymnast

Efter att han arbetat heltid ett halvår, och under tiden fått behandling för sin höftartros, hade han värk i kroppen, tryck över bröstet och sömnsvårigheter. Sjukskrevs då åter 50%. Arbetssituationen var fortfarande efter tre år kaotisk. Han hade sedan länge sökt andra arbeten, varit på ett par intervjuer, men inte blivit erbjuden något arbete. Han hade inte tvekat att gå ned i lön. Han övervägde att omskola sig till skomakare, men marknaden verkade inte lovande.

Resignation

Jag summerade: Tidigare rehab-plan gick ut på att han skulle avgränsa sina arbetsuppgifter, men detta hann inte verkställas förrän den ekonomiska krisen drabbade kommunen. Tidigare ledde han en bärkraftig och expanderande verksamhet. Detta passade honom och hans temperament bra, och han var rätt man på rätt plats. När förutsättningarna för verksamheten ändrades så radikalt, blev hans tidigare tillgångar ett hinder för honom själv, och arbetet kompliceras oförutsebart.

Han har ”... gått hos sjukgymnast, fått hjälp med töjningar. Generell värk. Senaste dagarna värk i bröstkorgen. Fortsätter halvtidssjukskrivning vilket i alla fall gör situationen hanterbar.”

Slutligen, 3½ år efter att han drabbades av hjärtinfarkt har både patienten och jag resignerat. Kommunen kommer nog inte ur sina organisatoriska och ekonomiska problem under överskådlig tid. Något annat arbete går inte att uppbringa. Jag skriver ett läkarutlåtande om hälsotillstånd efter patientens diktamen. Han beviljas halvtids sjukersättning. Han har trots allt klarat sig förhållandevis bra, men hans arbetskapacitet skulle säkert varit större någon annanstans och under andra förhållanden. Han var en av symtombärarna för en sjuk organisation.

Björn Nilsson, Västerås
bjorn.nilsson@ptj.se

Kommunen hade skurit ned ekonomin med motorsåg. Alltid gynnar det någon, i kommunens fall konsulterna. På bilden författaren med motorsåg och grannens får, som gynnades av denna nedskärning. All ev likhet med konsulter är en ren tillfällighet.”

Studierektorer träffades i Varberg

Foto: Anders Lunqvist

I Varberg samlades knappt hälften av landets studierektorer i allmänmedicin till den årliga konferensen på Stadshotellet 11–12 maj. Arrangörer var Per Högfeldt, Ulf Peber, Anna Rosengren, Mats Rydberg och Line Sjöström.

Studierektorerna i Halland har antingen hand om AT eller om ST. Andreas Kasemo, ST-läkare i Halland, berättade om sitt vägval till allmänmedicin som inte var självklart. Under sin ST har han erfarit att sjukhusens inställning till ST i allmänmedicin är att de ska ingå i det ordinarie schemat. Andreas har därför valt att göra sin medicin-sidotjänstgöring i Ängelholm, vilket har är mycket nöjd med. Han har redan gått handledarutbildning och handleder nu en AT-läkare.

Kompetensvärdering, ledarskap och handledning

Robert Svartholm, Norrbotten, diskuterade kompetensvärdering med oss. Han berättade hur ASK (Allmänläkarens Självvärdering i Kollegial dialog) kom till och hur Mitt-i-ST sjösattes av Fammi. Fördelen med kompetensvärdering är att ST-läkaren blir sedd och uppmärksammad på både sin personliga och sin professionella utveckling. De får en bekräftelse på att de duger och de som gjort Mitt-i-ST tycker oftast att det var positivt efteråt, vilket sprider sig till andra ST. I vissa delar av landet är Mitt-i-ST obligatoriskt.

Efter en gruppdiskussion framkom att kompetensen måste värderas med målbeskrivningen som grund. Handledarna behöver träning i att utnyttja pedagogiska verktyg. Nya kurser i kompetensvärdering (tidigare s.k. vecka 3-kurs) planeras till 18–20/9 samt 9–11/10 och 23–25/10, platser ännu inte bestämda men troligtvis i Stockholm/Arlanda-området.

Mats Rydberg berättade om projektet LIV-utveckling (Läkare i Vården), en ledarskapsutbildning för ST-läkare som pågått under flera år i Halland. Per Gustavsson, studierektor på länssjukhuset i Halmstad, berättade om kursen där själva grupp-processen är den bärande tanken. Två UGL-handledare leder gruppen.

Josef Frischer, verksam vid Aalborgs universitet och Chalmers tekniska högskola, berättade om den handledarkurs man arrangerar sedan fem år för handledare från olika specialiteter i Halland. Kursen är relationsbaserad och inleds med ett tvådagars internat för de 16 del-

> Under den utsökta middagen blev vi också introducerade i den nya GDS-lådan, som är lösningen på sjukvårdens kris.

tagarna. Därpå följer fyra gruppträffar med hemuppgifter dessemellan. Kursen har som syfte att klargöra vad handledaren har i bagaget, vad handledare vill åstadkomma, att genomföra detta samt att följa upp. Relationen handledare – handledd tydliggörs under kursen.

Målbeskrivningen, policydokument och AT-chef

Annika Eklund-Grönberg, från SFAMs målbeskrivningsgrupp, uppdaterade deltagarna på hur det går med den nya målbeskrivningen.

Övriga i gruppen är Karin Lindhagen, Meta Wiborgh och Eva Jaktlund. Läkare som blir legitimerade efter 2006–06–30 ska gå efter den nya målbeskrivningen (fast den inte är klar ännu). De som är legitimerade före detta datum kan gå enligt den gamla målbeskrivningen fram till 2013–12–31. Det nuvarande förslaget, som finns på SFAMs hemsida, ska genomgå smärre justeringar så att det blir författningstext. Komplementet kommer att skrivas i samma struktur som målbeskrivningen. Helhetssyn och kontinuitet är tydliggjort i skrivningen.

Det bestämdes på mötet att informationsmaterial från ST-rådet kan skickas till respektive studierektor för vidarebefordran till ST-läkarna. SFAM jobbar vidare med rekrytering av AT till ST i allmänmedicin och för att studierektorerna ska följa AT under hela AT-perioden. Läkarförbundets och Läkaresällskapets arbete med policydokumentet studierektorsfunktionen presenterades och diskuterades. Framförallt stöttes och blöttes frågan om AT-chef, som är ett nytt begrepp. AT-chef föreslås eftersom AT-läkarna inte har någon läkare att diskutera sina löne- och anställningsfrågor med. Ett problem är att det inte finns någon naturlig person att utse på denna post.

Euract, ST-råd och Globalmedicin

Monica Lind, Hofors, berättade om Euract, som är ett nätverk inom WONCA för utbildningsfrågor inom grundutbildning, AT, ST och fortbildningen.

Foto: Anders Lunqvist

Robert Svartholm

Foto: Anders Lunqvist

Per Gustavsson

Pontus Stange, ordförande i SFAMs ST-råd, berättade att en ST-nätverksgrupp har bildats med 30 ST-läkare. Det finns en mailinglista för ST, på samma sätt som SFAMs ordbyte. Nästa års ST-dagar äger rum i Jönköping 7–9 februari 2007. Helena Schildt-Tossman presenterade CeFAM, Centrum för Allmänmedicin i Stockholm, som har blivit en stor institution där alla studierektorer i Stockholm ingår. Ett av målen för CeFAM är att inkorporera all utbildning som berör primärvård. I samband med att det skett neddragningar för studierektorerna har sju ST-forum bildats, som delvis tagit över studierektorns roll.

Anna-Karin Karlsson berättade om projektet Globalmedicin i CeFAMs regi. Globalmedicin innebär bland annat förtrogenhet med sjukdomar som aids, mässling, tbc och malaria. Det kan också bibringa multikulturell kompetens. Projektet är ett samarbete med SIDA som bidrar ekonomiskt. Projektet innebär att ST-läkare under 3–4 månader får tjänstgöra utomlands. Etiopien och Indien har varit de första destinationerna. Lönen betalas från den ordinarie verksamheten. Tjänstgöringen innehåller bland annat mycket barnmedicin, internmedicin och gynekologi. Arbetet är inte helt självständigt. ST-läkarna skriver rapporter varje månad, vilket de också borde skriva på sin sidotjänstgöring i Sverige. För att komma med i projektet behövs ett cv och kopia på leg som skickas till mottagande klinik för godkännande. Anna-Karin har sedan en personlig intervju med de sökande.

Vi hade kul också!

Under guidningen av Varbergs fästning dök Trine Kokekone från Christian den IV:s tid upp och blev mäkta förvånad och indignerad över vårt sällskaps klädsel. Trine visade stolt upp sina pomeranser som var nyckeln in till besök i fängelsehålorna. Under den utsökta middagen blev vi också introducerade i den nya GDS-lådan, som är lösningen på sjukvårdens kris. GDS står för Gör Det Själv och en företrädare för Hallandsteatern visade instruktivt hur man som patient själv gör en appendektomi.

Ett stort tack till arrangörerna för ett väl genomfört program!

Rikard Viberg, Stockholm
rikard.viberg@telia.com

ANNONS

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

2006-08-08

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2006

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Umeå den 8–10 november 2006.

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

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

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

Plats: Umeå Folkets Hus, Vasaplan i Umeå.
Tid: Kl 16.00-18.00, onsdagen den 8 november 2006.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (*www.sfam.se*) från den 8 oktober.

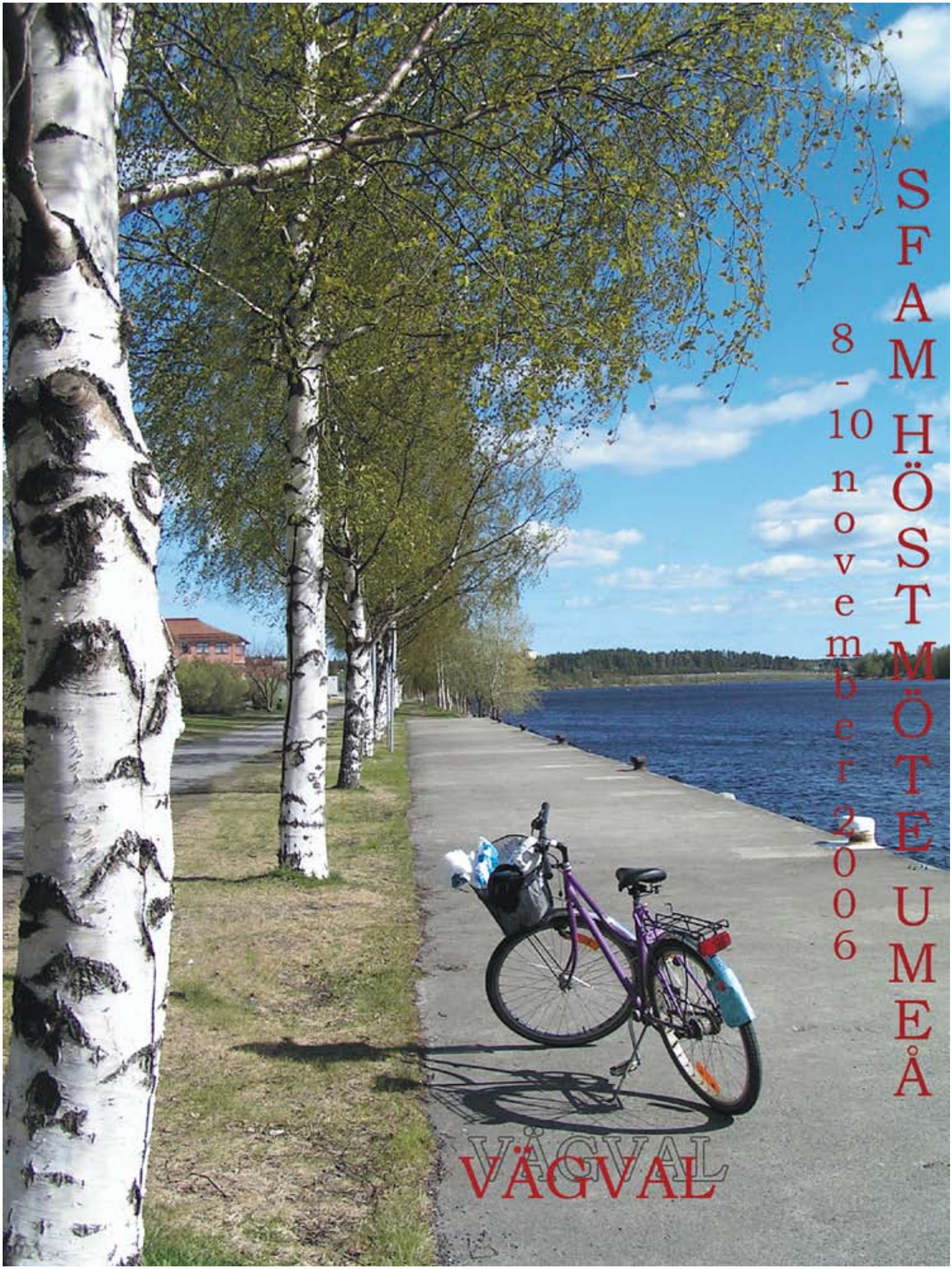
Välkommen!

Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

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

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

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


SFAM HÖSTMÖTE UMEÅ
8 - 10 november 2006
VÄGVAL

SFAMS HÖSTMÖTE 8–10 NOVEMBER 2006
På Folkets Hus, Idun, Umeå

Onsdagen den 8 november

10.30–12.00 **Studierektorsmöte**
Ordförandemöte
Rådsmöten (SFAM)
Examinandmöte

LUNCH

13.00–14.30 **Institutionsmöte**
Examinatorsmöte
Skrivningsgenomgång

13.00–15.30
Med patientens bästa för ögonen. Hur ser vi det bästa?
N Lynöe. (Ytterligare föreläsare annonseras senare via SFAMs hemsida.)
Vägvalen vi gör i verksamheten är ofta etiska val. Minskade resurser och experimentartade organisationsförändringar har ökat betydelsen av frågorna om prioriteringar och värdekonflikter. Andelen äldre vårdbehövande blir fler och den biomedicinska forskningens utveckling av nya behandlingsmetoder ökar kraven på oss inom vården att ta ställning.

KAFFE

16.00–18.00 **SFAMs årsmöte**

19.00 Buffé och musik på REX

Torsdagen den 9 november

08.00–09.00 **Registrering**
09.00–10.15 **Invigning**
Lars-Erik Edlund, professor i nordiska språk,
Levi Bergström, landstingsråd.

KAFFE

10.45–12.15
På jakt efter en bärkraftig allmänmedicin.
Linn Getz, norsk allmänläkare och företagsläkare på Island som under 2006 ska doktorera med avhandlingen ”Bærekraftig og ansvarlig forebyggende medisin”. Avhandlingen inneholder en original blanding av empirisk forskning og diskusjon av allmennmedisinens teori- og verdigrunnlag. Foredraget bygger på denne avhandlingen. Det vil spenne fra en kritisk analyse av EBM innenfor preventiv cardiologi til en diskusjon av filosofen Heideggers bekymring over hvordan moderne teknologi kan komme til å sette så sterkt fokus på ”det korrekte” at ”det sanne” havner i skyggen. Begynner det å bli slik i medisinen? Er vi i ferd med å fremmedgjöre våre pasienter, og dermed også oss selv som leger, fra hva det betyr å være et menneske?

LUNCH
13.15–13.45 POSTERVISNING

13.45–15.15 (Sal 1–6)
① och ② **Redovisning av examensuppsatser i två parallella salar.**
Annonseras eftersom.

③ **Personligt möte eller doktor på nätet? IT i vården**
Fråga doktorn på nätet – erfarenheter, G Umefjord.
www.sjukvårdsrådgivningen.se LO Hensjö.
Klamydia, se D Novak.

④ **Har psykiatrin något att erbjuda primärvården?**
Frågan som är vårt huvudtema är provokativt ställd och vi hoppas den leder till en intensiv diskussion. Samarbete mellan SFAM och Föreningen för Konsultationspsykiatri, FKP.
Somatiseringstillstånd i primärvården, Marianne Rosendal, allmänläkare från Danmark.
Konsult på vårdcentral eller bara remisser? Ove Bodlund, psykiatriker med 10 års erfarenhet av psykiatri inom primärvården.

⑤ **Affektskola och mindfulness – två perspektiv att förstå sig själv och andra.**
Introduktion i affektteori, SO Andersson.
Fyra års erfarenheter av affektskola på vårdcentral, G Byström.
Pröva på affektskola, deltagarantalet begränsat till 30 deltagare.

⑥ **Att hitta sin egen väg – Hälsoundersökningar i Västerbotten.**
Forskningen har vuxit fram på egna villkor utan sponsring av annat än landstinget och är idag en stor forskningsbas i allmänmedicin.
Hur började det? L Weinehall.
Varför slutar inte kvinnor i medelåldern att röka?
G Lundqvist, M Norberg.
Metabola syndromet, B Lindahl, O Rolandsson, M Norberg.
En tungt vägande befolkning – forskning kring viktutveckling, föreläsare annonseras senare.
Teorin i praktiken – guideline – implementering,
E Fhärm, L Weinehall.
Nya riskmodeller, H Stenlund.

KAFFE

15.45–17.15 (Sal 1–6)
① och ② **Årets avhandlingar i två parallella salar**, annonseras eftersom.

③ **Personligt möte eller doktor på nätet? IT i vården, forts.**
Snabba beslut med hjälp av nätet – beslutsstöd hjärta-kärl, M Persson.
Avståndet inget hinder för bedömning av en diabetesfot – telemedicin ett stöd, H Sandström.
Lär man sig något via nätet? Utbildning/handledning via telemedicin, A Lethi, G Westman.

④ **Har psykiatrin något att erbjuda primärvården?, forts.**
Posterutställning med rundvandring till utställarna som kortfattat berättar om sitt arbete.
Exempel från Vaxholm, Gagnef, Karlstad. Ungdomshälsan, Balintgrupp, FQ-gruppen Uggleörnen om hur vi handlägger de patienter som söker oss för psykiska och psykosociala problem.

⑤ **Affektskola och mindfulness – två perspektiv att förstå sig själv och andra, forts.**
Mindfulness, begrepp och praktik, O Schenström.
Hur kan vi använda mindfulness och affekter i arbetet som allmänläkare? Ett samtal mellan O Schenström och SO Andersson.

⑥ Här finns ett utrymme med **hemligt innehåll** – annonseras i oktober!

⑦ och ⑧ **Årets avhandlingar i två parallella salar**, annonseras eftersom.

18.30–19.30
Diplomering av examinander

19.30
Bankett med musik och god mat, överraskningar!
ÄPPLET, IDUN FH

Fredagen den 10 november

8.30–9.30
Läkemedel – Patientens, doktorns eller medias val?
Om lobbyism bakom lanseringen av läkemedel.
A Larsson, medicinjournalist på SR, Ekoredaktionen.

9.40–11.10 (Sal 1–4)
① **A fair share of health care – är tidsbanker något för oss i Sverige?** G Martin.
Runt millennieskiftet startades de första tidsbankerna i Storbritannien. En av pionjärerna i London var Rushey Green Time Bank, belägen i en vårdcentral i den sydöstra stadsdelen Lewisham. Den startades i mars år 2000 av några distriktsläkare i samarbete med The New Economics Foundation (NEF). Drivkraften bakom projektet var läkarnas frustration över att inte kunna göra annat än att skriva ut mediciner åt människor vars sjukdomar så uppenbart hade sociala orsaker.(Citat från Ordfront magasin 20040928) Nu har vi dom här!

② **Beredd på vad som helst när som helst!**
Reflexioner och erfarenheter kring glesbygdmedicin från en gammal uv, en ung och entusiastisk doktor och en doktor med erfarenhet från en annan kultur. C Andersson, M Kampitsch, M Beland C Made om Svensk förening för Glesbygdsmedicin.

③ RÅDSPLATS, SFAM. Innehåll annonseras eftersom.

④ ORDBYTE **i verkliga livet**
Ta chansen att se varandra i ögonen och debattera med de som syns på nätet! Regelverk kommer att upprättas. Ev.ordningsman!

⑤ **Osteoporos – en folksjukdom,** Å Bläckberg.

KAFFE och POSTERVISNING samtidigt med fikapausen.

11.30–13.00 (Sal 1–4)
① **Allmänläkaren – offer för omständigheterna eller ledare för en utveckling?** G Engberg, L Nordh.

② **Beredd på vad som helst när som helst!**
Glesbygdmedicin, forts.
Behövs hjälmen vid skidåkning? Uppföljning av skadade i Tärnaby/Hemavan under 16 år, C Made.
Porfyri och levercancer – för och emot screening, C Andersson.
Nocturi och vasopressin hos äldre, R Asplund.
Hälsobegrepp och sjukdomssyn bland samer, V Stenman.

③ RÅDSPLATS, SFAM. Innehåll annonseras eftersom.

④ **Levande läkare,** U Lindström.
En workshop där vi målar tillsammans – behovet av att känna sig levande kan uttryckas med att måla tankar och känslor runt sin arbetssituation. Begränsat antal deltagare.

LUNCH

14.10–ca 15.30
Kan man inte se bakåt, ja då får man se upp!
Ett samtal kring allmänmedicinens villkor och möjliga framtid.
Per G Swartling, Meta Wiborgh, Margareta Troein, Jonas Sjögren, Göran Westman.

15.45
Avslutning, överlämnande av stafettklocka

ANNONS

www.slf.se

Besök Läkarförbundets hemsida!
Där kan du del av aktuell facklig information, avtals-, utbildnings- och arbetsmiljöfrågor m.m.

Iakttagelser om landsting

Vår åldersstigna allmänläkarkår har mångårig erfarenhet av landstingen. En och annan iakttagelse har vi gjort och även redovisat, om än för halvdöva öron? Också riksdagen har visat intresse för landstingens verksamhet, i samband med husläkarreformen 1993 och nu senast inför den nationella handlingsplanen.

På grund av den stora obalansen i landstingens ekonomi inrättade Finansdepartementet 2003 en arbetsgrupp ”Kansliet för samverkan med kommuner och landsting” bestående av två personer. Efter omfattande arbete har de under ledning av den gamla simstjärnan Jane Cederqvist presenterat sin slutrapport ”Iakttagelser om landsting”. Rapporten är kort och lättläst och uppdelad i fem kapitel, vart och ett sammanfattat i ett antal reflexioner.

I det inledande kapitlet om ekonomin finns flera intressanta redovisningar som inte lyfts fram tidigare. En nyckelkommentar är att ”Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet som kräver långsiktighet och stabila förutsättningar”. Kapitlet om kvalitet och produktivitet inleds med en intressant reflexion att ”enbart den mängd försök att definiera och mäta som vi lyckats identifiera vittnar om att man inom hälso- och sjukvården fortfarande är i ett slags trevande skede när det gäller att få grepp om verksamheten”. Kapitlet lyfter fram en mängd utredningar och rapporter. Vårdgaranti, tillgänglighet, patientsäkerhet, QUL, BSC, Bra mottagning, Vårdbarometer, allt tas upp och landstingens splittrade byråkrati framträder tydligt. Hur länge har det varit så? Man tror ju nästan att landstingsvärlden är nystartad! En av de avslutande reflexionerna blir att ”enligt vår uppfattning utgår inte de centrala normerna och diskussionerna från patientens perspektiv”.

Kapitlet därefter handlar om intern kultur och ledarskap. Man fann en tudelad kultur, som dock präglas av ”engagemang och konstruktiv självkritik”. Förtroendevalda och administratörer klagar på att läkarna inte är engagerade i förändringsarbetet och att deras makt gör att förändringar inte går att genomföra utan deras stöd. Läkare och ”i viss mån sköterskor” å sin sida noterar att påfund uppifrån vittnar om att ledningen inte begriper verkligheten, samt att bristen på arbetsro på grund av ständiga sparprogram och omorganisationer negativt påverkar viljan till förändring. Författarna skriver att ”professionen” kanske har ”svårt att se verksamheten med utgångspunkt från patienten” och att ”ledarskapet behöver fokusera på lärande och dialog”.

Kapitlet om styrning beskriver mängder av olika modeller. Beställar-utförarmodellen är varken rikstäckande eller utvärderad. Uppföljningar och mål är förutsättningar för att styra men saknas. Balanced Score Card anses vara ett lämpligt system, men risken är att ”man mäter alltför mycket eller mer än man har nytta av”. I en bisats nämns att ”därmed gäller inte lika villkor i landet … om indikatorer för vård och behandling”. Ett ganska uppseendeväckande påstående i ett land med vår Hälso- och sjukvårdslag kan man tycka!

Landstingsledningarna anser att effektiviseringar sker genom omstruktureringar och om detta handlar ett kapitel. Att vårdens förutsättningar ändras genom läkemedel, nya behandlingsmetoder osv. känner vi till sedan länge. Mer förvånad blir man när ”Dalarnas läns landsting menar att närsjukvården ska omhänderta 80% av sjukvårdsbehoven”! Är inte det en siffra som den gamla hederliga ”primärvården” klarade av? Vad händer i Dalarna egentligen?

Västmanland nämns som ett positivt exempel på effektivisering, liksom Jönköping, och bra dokument finns i Västernorrland. Vid det laget börjar man bli lite trött. Allt detta har vi sett många gånger och ojämlikheten och lusten att uppfinna egna hjul på skattebetalarnas bekostnad blir lite tröttande.

Man kan trösta sig med följande citat:

- ”Vi tror att kontinuitet och förändringsbenägenhet skulle öka om landstingen satsade mer på arbete med inre effektivitet och genomförde strukturella förändringar i små steg över längre tid.”
- ”… väntetiderna har minskat … genom att läkaren fått personligt ansvar för sin egen väntelista, vilket gett motivation att effektivisera”.
- ”Som vi uppfattat det är effektiviseringsarbetet mycket beroende av ”eldsjälar”, vilka inte sällan är läkare.”

Det är spännande att läsa en lite ”oberoende” granskning av vår verksamhet och det är nyttigt att få se reflexioner bland annat om det egna landstinget. Uppenbart är att landstingsledningarna bör närma sig SFAM och DLF för att finna vägar att minimera komplexiteten och öka effektiviteten i vården. Det är väl ledningen som har ansvaret?

Kanske skulle ett statligt ingripande förenkla vissa delar? En enhetlig modell skulle för en gångs skull förenkla och förbilliga vården. Det skulle leda till en säkrare vård och mer nöjda patienter. Att landstingsvärlden inte vill släppa sin makt är inte förvånande, men borde man inte kunna ge även dem ett visst inflytande med ansvar för uppföljning och utveckling i en Protosmodell? Det är ju ditåt allt pekar! Rapportens sista mening lyder: ”Hälso- och sjukvårdsverksamheten kräver stabila och långsiktiga förutsättningar”. När får Sveriges patienter det? Ska vi inte börja inom primärvården?

Robert Svartholm
Boden
polarull.svartholm@telia.com

ANNONS

Allmänmedicin och prioriteringar

I debatten om prioriteringar inom sjukvården har inte prioriteringsproblemen inom allmänmedicin uppmärksammats särskilt mycket. Inte heller har allmänmedicinska företrädare varit särskilt flitiga i debatten. Vi vill med den här artikeln försöka aktivera debatten om prioriteringar inom allmänmedicinen.

I sitt praktiska arbete måste allmänläkare dagligen göra prioriteringar. Dessa styr läkarens eget och medarbetarnas arbete men har också stor betydelse för andra delar av sjukvården. Likaså påverkar andra specialiteters prioriteringar direkt allmänläkarnas arbete.

Allmänläkarnas och allmänmedicinens förutsättningar skiljer sig från övriga kliniska specialiteters. Dels gäller det bredden av arbetsuppgifter som gör en översiktlig prioritering av olika arbetsuppgifter till ett nödvändigt första steg av en medveten prioritering. Det gäller också principen att prioritering inte kan göras förrän en medicinsk bedömning gjorts. I de flesta fall är det allmänläkarens och hans/hennes medarbetare som gör den första medicinska bedömningen.

Begrepp och principer

Prioriteringsfrågorna innefattar ett antal begrepp som är av stor betydelse inom allmänmedicinen. Dit hör uttryck som hälsa, sjukdom, vårdbehov, effekt, nytta, rättvisa. De här begreppen är alla omtvistade och svåra att definiera och definitionerna är beroende av värderingar av etisk och politisk karaktär. Ändå utgör de basen i prioriteringsarbetet. I en prioriteringssituation blir de storheter som ska jämföras mellan patienter, patientgrupper eller diagnoser. Det säger sig självt att sådana jämförelserna inte låter sig räknas ut med någon enkel matematik.

Behov

Behov kan ha olika betydelse. Filosofen Henrik von Wright menade att ”behov är något man far illa av att vara utan” och att det därmed inte är särskilt entydigt. En sjuk person har behov att få behandling och bli frisk men också av att få lindring och att bli förstådd. Andra behov är mer uttryck för attityder inom och för förväntan på samhället, och allmänläkare vet att den typen av behov kan bli starka. Teoretiskt sett utgör behovet till sin natur skillnaden mellan en individs aktuella tillstånd och hans/hennes önskvärda tillstånd. Inom skolmedicinen antar vi att en patient har behov endast av åtgärder som gör nytta, dvs. minskar skillnaden mellan aktuellt och önskvärt tillstånd [1]. Behovsprincipen har en viktig betydelse både i HSL och i riksdagens prioriteringsbeslut. HSL säger att ”den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”.

Nytta

Nyttoaspekten finns inbyggd i behovsbegreppet. Prioriteringsutredningen betonade att nytta ses från individens perspektiv, inte samhällets. Med *nytta* menar vi det positiva en patient får ut av en medicinsk åtgärd, vilket inte är detsamma som den avläsbara medicinska effekten. Ibland är nyttan självklar, exempelvis då en ung människa räddas till fortsatt liv eller då en svårt deprimerad person botas från sin depression. Men nyttan är beroende av individens situation, livsföring och värderingar. I många fall kan nyttan för en person vara helt olik nyttan för en annan.

Gradering av behov

En rangordning av ett medicinskt behov förutsätter att behovet först *graderas*. Där är graden av lidande, funktionsnedsättningen och prognosen för sjukdomen samt de förväntade effekterna av den planerade åtgärden de viktigaste faktorerna, och någon form av sammanvägning måste göras. Vid sådana bedömningar bör patientens egen värdering ha stor tyngd. Alla inser att det här är en ytterst komplicerad fråga. Prioriteringsutredningen och Riksdagen ansåg att autonomiförlust, dvs. en höggradig funktionsnedsättning, skall väga tungt. Patienter med demens placerades därför i första prioriteringsgruppen. Men det är ogörligt att jämföra autonomiförlust av det slaget med ett svårt lidande i form av smärta och/eller ångest.

Rättvisa

Rättvisa är viktigt för de flesta människor, men det är ett begrepp som tolkas på många olika sätt. Det kan sägas vara ett i ”grunden omstritt begrepp”. Vi kan därför inte räkna med att nå en samsyn kring begreppet rättvisa. Diskussioner om prioriteringar hamnar ofta i rättviseresonemang. När prioriteringsutredningen anger *behovs- eller solidaritetsprincipen* som en grundläggande etisk princip kan det ses som en tolkning av rättvisa: Resurserna bör i första hand satsas på de patienter som har de största behoven. Men denna tolkning av rättvisa kommer lätt i konflikt med *autonomiprincipen*. Den är central i läkaretiken och förstärktes av ett riksdagsbeslut 1998, dvs. efter det att prioriteringsbeslutet fattats. Den ▸▸

innebär att vården har skyldighet att ge patienten möjlighet att påverka valet av behandlingsmetod och möjlighet till förnyad medicinsk bedömning (”second opinion”).

Kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitetsprincipen är också ur en viss synvinkel grundad på rättvisa. Den syftar till att maximera vårdens samlade behandlingseffekter inom ramen för begränsade resurser. Kostnadseffektivitet mäts i ”kostnad per hälsovinst”, vilket inte så enkelt låter sig göras. Att hushålla med vårdens resurser hör till varje befattningshavares ansvar, men resonemang om totalmängden nytta blir lätt en abstraktion. Ett problem är svårigheten att mäta nyttan av en åtgärd för patienten, ett annat tolkningen av rättvisa. I propositionen om prioriteringar står det att kostnadseffektivitet är underordnad övriga etiska principer samt att värdering av kostnadseffektivitet endast ska tillämpas vid jämförelse av olika metoder för behandling av samma sjukdom. Denna tolkning gör en praktisk tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen omöjlig, anser många kritiker, bland annat Svenska Läkaresällskapet.

Behövs prioriteringsbegreppen?

Man kan diskutera innebörden i prioriteringsbegreppen länge och på olika sätt. Men även om begreppen är omtvistade, är de oundgängliga och viktiga för allmänmedicinens praktiker. De kan, som ofta påpekats, utgöra en utgångspunkt för reflektion och samtal kring grunden för faktiska prioriteringar. Prioriteringsarbetet har att göra med målen för vår verksamhet, med vårt ”uppdrag” och det anknyter till kvalitet, kompetens och avgränsning. Genom att medvetandegöra, tydliggöra och förbättra sitt sätt att prioritera ökar läkaren sina möjligheter att leva upp till en god professionell etik.

Prioriteringsutredningens etiska grundprinciper

1. **Människovärdesprincipen**. Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
2. **Behovs- eller solidaritetsprincipen**. Resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.
3. **Kostnadseffektivitetsprincipen**. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet, eftersträvas.

Först en medicinsk bedömning

Prioriteringsutredningens slutbetänkande [2] ger en god genomgång av prioriteringsfrågorna i olika avseenden.

Betänkandet redovisar tre etiska grundprinciper som etisk plattform och lämnar riktlinjer för prioriteringar i politisk/administrativt arbete och i klinisk verksamhet i form av rangordnad gruppindelning. Riksdagen beslutade 1997 om regeringens proposition om prioriteringar, vilken anslöt till slutbetänkandet [3]. Riktlinjerna med prioriteringsgrupper fick dock en något annorlunda utformning (se tabell 1).

Tabell 1. *Riktlinjer för prioriteringar enligt riksdagsbeslutet.*

Prioritetsgrupp	Vårdinnehåll
I A	Vård av livshotande akuta sjukdomar.
I B	Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.
II	Prevention. Habilitering/rehabilitering.
III	Vård av mindre svåra akuta sjukdomar och kroniska sjukdomar.
IV	Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Riksdagsbeslutet underströk att prioritering ska föregås av en medicinsk bedömning. I vissa akuta fall är tillståndets allvar snabbt uppenbart. Många gånger är en omsorgsfull undersökning och bedömning nödvändig som underlag för prioritering.

Prioriteringsutredningen och riksdagsbeslutet är inte en tillräckliga för att ge vägledning i den kliniska vardagen men bildar en grund för fortsatt arbete. I det avseendet spelade Läkaresällskapets slutrapport *Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård* [1] en viktig roll. Där redovisas en modell för prioriteringar som har utarbetats med stöd av åtta av sällskapets specialistsektioner. Den har haft stor betydelse för flera specialistföreningar och landsting.

I Svenska Läkaresällskapets modell är grunden för all prioritering att alla som söker vård har rätt att först få en medicinsk bedömning. Därefter kan en rangordning av angelägenhetsgraden göras. ”Medicinsk bedömning” måste i detta sammanhang ges en bred tolkning.

Enligt modellen har specialiteterna rangordnat sjukdomar och åtgärder med hänsyn till angelägenhetsgrad, hälsovinst/nytta, medicinska resultat, risk, livskvalitet samt kostnad/resurs.

Prioritering inom allmänmedicin

SFAM ansåg att rangordning utifrån sjukdomsgrupper inte var tillämplig. Den utgick i stället från arbetsuppgifter inom sin verksamhet.

Allmänläkarens första uppgift är att göra den medicinska bedömning som bildar underlag för diagnostik och prioritering och som således ligger utanför prioriteringen i sig. Dessa förstabe-

dömningar görs ofta i samarbete med sjuksköterskor. SFAMs arbetsgrupp kom fram till följande rangordning av arbetsuppgifterna:

A. Förstabedömningar av patienter som söker med akuta och/eller nytillkomna besvär eller av oväntade försämringar av kronisk sjukdom. Bedömningarnas syfte är att hitta de som är allvarligt sjuka bland alla sökande samt att lindra oro för upplev sjukdom. En studie i Härnösand visade att de flesta patienter tillhörde prioriteringsgrupp III, 10–13 procent hörde till prioriteringsgrupp I.

B. Bedömning, behandling och kontroll av patienter i kommunens särskilda boenden (vårdhem) samt palliativ vård i hemmet. I dessa vårdformer finns ett urval av de svårast kronisk sjuka i befolkningen. Nästa alla tillhör prioriteringsgrupp I och en stor andel har nedsatt autonomi. Dit hör också uppföljning av förstabedömningar av patienter med t.ex. svår depression eller vid utredning av allvarlig sjukdom.

C. Redan tidigare bedömda patienter som tillhör prioriteringsgrupp I. Dit hör till exempel patienter med diabetes, kronisk hjärtsvikt, kroniskt nedsatt lungfunktion, demens, kronisk psykotisk sjukdom, resttillstånd efter stroke. Det är patientens tillstånd som avgör prioriteringsgraden, inte diagnosen. Patienter med nedsatt autonomi har företräde.

D. Patienter tillhörande riksdagsbeslutets prioriteringsgrupp II: BVC, MVC, individprevention, rehabilitering.

E. Redan bedömda patienter som tillhör prioriteringsgrupp III. I gruppen ingår mindre allvarliga akuta sjukdom samt kroniska sjukdomar som är välreglerade. Här kan patienter med diabetes, astma, depression ingå.

F. Redan bedömda patienter som tillhör prioriteringsgrupp IV. Enligt HSL innefattar den gruppen undersökning och åtgärd av andra skäl än sjukdom. Hit hör olika slags intyg och hälsoundersökningar.

Diskussion

Den här gruppindelningen kan diskuteras och den är bara en inledande del av prioriteringsarbetet inom allmänmedicinen. Det kan illustreras av grupp F som innehåller tillstånd och åtgärder som inte automatiskt har låg prioriteringsgrad. Vissa av dessa uppgifter har hög angelägenhetsgrad, t.ex. dödsbevis och dödsorsaksintyg, intyg på begäran av polis och försäkringskassan.

Inom dessa grupper prioriterar varje läkare sina insatser mer eller mindre medvetet och systematiskt. Här kommer angelägenhetsgrad, förväntad effekt, nytta, risk m.m. ifråga, både utifrån det typiska för patientgrupper och det unika i det enskilda fallet. Prioritering mellan patienter krävs också för läkarens arbetsschema och mottagningslista. Ofta görs den prioriteringen av andra än läkaren. Då blir prioriteringarnas kvalitet beroende av samarbetet på mottagningen och av den sammantagna kunskapen bakom besluten.

Andra specialiteters prioriteringar påverkar allmänläkarnas arbete. De patienter en specialistmottagning inte prioriterar hamnar hos allmänläkaren. De allmänmedicinska enheterna har stor anledning att noggrant diskutera remisser och gränsdragningar med olika delar av länssjukvården. Svensk allmänmedicin har i internationell jämförelse åtagit sig ett ovanligt brett arbetsfält. Även om allmänläkare kan lära sig att handlägga ett brett spektrum av problem kan det vara mer effektivt, både för allmänmedicinen och för den samlade sjukvården, att göra avgränsningar i samarbete med länsspecialiteterna – och sådana görs ofta. Detta diskuteras på ett förtjänstfullt sätt av sektorsrådet för allmänmedicin i Västra Götaland [4].

Vi är övertygade om att allmänmedicinen inte ska tävla med övriga specialiteter i detaljkunskaper. När det gäller kompetensutveckling bör allmänläkarna prioritera det som hör till allmänmedicinens kärna: konsultationen, som är avgörande vid förstabedömningen och vidare handläggning; kontinuiteten, som är viktig inte minst för de kroniskt multisjuka patienterna; kunskap om människan och samhället, som ger allmänläkaren den breda överblicken av en individs situation. Det är denna inriktning som ger allmänmedicinens dess nyckelroll i sjukvårdens prioriteringsarbete.

Vi förordar således en aktivering av prioriteringsdebatten inom allmänmedicinen. Det kan gärna ske inom ramen för SFAMs nätverk för etik.

Stig Andersson
f.d. distriktsläkare, Med.dr
ordf. i Etikgruppen, Landstinget i Värmland

Rolf Ahlzén
Allmänläkare, universitetslektor
vice ordf. i Etikgruppen, Landstinget i Värmland

Referenser

1. Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté. 2004.
2. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
3. Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
4. www.vgregion.se/vgrtemplates/Page_36455.aspx

SFAMs arbetsgrupp i Läkaresällskapets proriteringsprojekt

Meta Wiborg, Luleå
Ingvar Krakau, Solna
Kjell Sundin, Härnösand
Mats Weström, Luleå
Monika Ericson-Sjöström, Västra Götaland

ANNONS

Antonovskys salutogenes når längre än Maslows behovstrappa

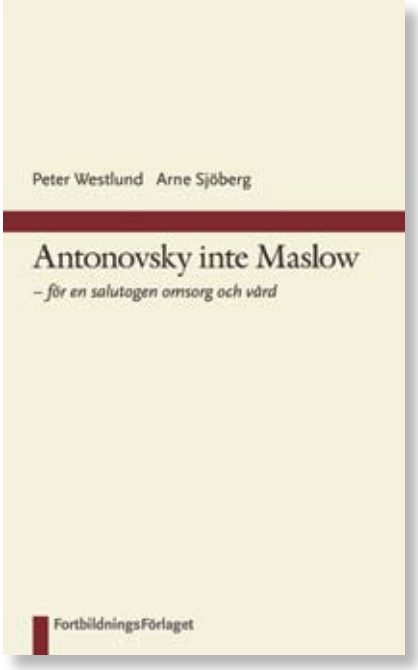
Författarna är samhällsvetare och geriatriker som förenas i en intressant dialog. Inledningsvis görs en historisk periodisering av äldrevården. Man ser hela tiden en eftersläpning och åtgärder kommer för sent. För närvarande är det brist på demensboende. Hur kommer nästa epok att karakteriseras? Ofta upprepas citatet: ”Hur ett folk förhåller sig till sina äldre är en prövning av detta folk.”

Mot dagens användande av Maslows behovstrappa, som har sin motsvarighet i biståndsbedömningens ADL-stege, ställs Antonovskys teori om meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Författarna hävdar att med samma resurser skulle man kunna ge en helt annorlunda inriktning på verksamheten och få ut en annorlunda kvalitet. Ledningen har stort ansvar. Resonemanget utvecklas och exemplifieras i texten. Jag tror att det är fruktbart även utanför geriatriken. Det har sin tillämpning även inom allmänmedicinen och kanske även andra delar av sjukvården.

Den sjukdomsorienterade praktiken, inriktad på patogena diagnoser och riskfaktorer, är sluten och mäter sin framgång i livslängd. Mot denna presenteras en situationsorienterad, salutogen, öppen attityd med lindrande snarare än bot och ökad livskvalitet som mål.

Vad är skillnaden mellan att ha stora behov av omsorg och att vara vårdtung? Det ena synsättet utgår från patienten, det andra från personalen.

Två olika experiment kritiseras. För det första läkemedelsexperimentet. Det visas med en biverkningsprofil från läkemedelsgenomgång på äldreboenden. Statistiken om läkemedelsanvändning bland äldre är skrämmande. Själv har jag mött en märklig föreställning att varje symtom motsvaras av en behandling med ett piller. Vid biverkan krävs ytterligare ett piller, o.s.v. i en kaskad. Föreställningen finns både bland kolleger, sköterskor, anhöriga och personal.



Antonovsky inte Maslov.
För en salutogen omsorg och vård.
Peter Westlund och Arne Sjöberg
Fortbildningsförlaget 2005
Pris: 245 kr
ISBN 91 7091 165 7

Det andra kritiserade experimentet är akutsomatiska avdelningar som inte alls är tänkta för multisjuka äldre. Felaktigt använda resurser kan till och med vara skadliga.

Med referens till J P Carse (religionshistoriker) förs tankarna i boken mot teorin om ändliga och oändliga spel. Enligt Carse finns minst två grundläggande sätt att se på livet. För finita spelare rinner tiden ut, den infinite spelaren däremot förbrukar inte utan alstrar tid, lever i tiden. Han införlivar gränsen och inskränkningen i spelet. Det ändliga spelets regler är fastställda och rigida. Döden blir då ett nederlag, en förlust. Även vårdpersonal kan ses i dessa dimensioner. Den finite läkaren ser sjukdom som en motståndare vilken kan övervinnas med bot.

För den infinite läkaren ställer den allvarliga kroniska sjukdomen särskilda krav på spelet. Endast i den mån vi är öppna och medvetna om vår sårbarhet kan vi komma varandra nära. (Formuleringen påminner starkt om den psalmvers som jag valde för att kommentera min kollegas uppsats om Kultursjukdomar: ”Blott i det öppna har du en möjlighet”.)

När det gäller presentationen av Carse anar jag hos författarna en vilja att vara infinit i synsättet, nästan som en religiös besvärjelse med en del vackra poetiska livsinsikter som individen verkligen strävar efter men kanske inte alltid når fram till? Författarna har velat skriva en ”horisontisk” bok som påverkar seendet, inte det vi ser. Läs den och vidga dina vyer!

Peter Olsson, Jokkmokk
peter_olsson@hotmail.com

ANNONS

Allmänmedicinska spår i Norge – en läsvärd essäsamling

Per Hjortdahl är professor i allmänmedicin vid Oslo Universitet. För sitt kraftfulla engagemang för allmänmedicinen och sin forskningsgärning har han länge varit en kändis bland allmänläkare, inte bara i Norge, utan i hela Europa. Han har bland annat ägnat sig åt att vetenskapligt studera kontinuitet och den personliga patient-läkarkontakten. Nu har han fyllt sextio, och det har föranlett några kollegor att ge ut en liten bok om olika ”spår” i norsk allmänmedicin.

Boken bjuder på mycket intressant läsning där många kända figurer inom allmänmedicinen bidrar. *Iona Heath*, GP i London, inleder som ”outsider” med sina intryck av norsk allmänmedicin. Hon tycker sig ha funnit att norska allmänläkare, mer än de engelska, lyckats smälta samman humaniora och medicin och kallar dem ”filosofiska”. Är det den norska naturen som givit dem denna gåva?

George Freeman, professor i allmänmedicin vid St George's University of London, sammanfattar galant forskningen om kontinuitet under de senaste tjugo åren och ger sedan en insiktsfull och nyanserad bild av nuläget. Han ser både dåliga, ”fula” och bra exempel på hur dagens patienter erbjuds sjukvård. Dåligt är det t.ex. när läkare använder paternalism och när uttrycket ”min patient” används för att tillfredställa egna behov och inte innebär ”jag känner ansvar därför att jag fått ett förtroende”. Riktigt fult tycker George Freeman det är när t.ex. den engelska regeringen tar till enkla lösningar av typ ”accessakuter” i stället för att satsa på den kontinuitet som en GP kan ge. Det goda, ja det menar han ligger i det faktum att patienterna börjat kräva att själva få välja sin doktor utefter egna

Allmenmedicinske spor. Fra Utrøst till Soria Moria. Festskrift til Per O Hjortdahl 60 år.
Linbeck M, Straand J.
Oslo: Unipub AS, 2006.
166 sidor

preferenser och att få träffa denne när de vill. Därmed skapar de själva kontinuitet. Kontinuitet bygger på ömsesidighet och är inte något som sjukvården ensidigt ska tillhandahålla, menar han.

Ett kapitel handlar om ”preventionens förfall och jakten på syndabockar” och är skrivet av *Steinar Westin*, professor i socialmedicin och fastläkare i Trondheim. Han är tillsammans med Linn Getz pappa till en bok som alla blivande allmänläkare använder i sin vidareutbildning.

En riktig höjdare att läsa är socialmedicinaren och författaren *Per Fugellis* fascinerande betraktelse över skarvarna på Røst och Værøy och befolkningen där. Här framförs de eviga allmänmedicinska grundtankarna med hjälp av ett frodigt, skönlitterärt språk.

Hans Asbjørn Holm och *Magne Nylenna* skriver om den norska läkarföreningens betydelse för framväxten av norsk allmänmedicin och *Kjell Maartmann-Moe* och *Irene Hetlevik* om forskningen i allmänmedicin och hur den växt fram.

Bäst av alla dessa essäer är dock *Per Hjortdahls* eget bidrag, sist i boken. Per råkade för några år sedan ut för en allvarlig komplikation till en helt vanlig galloperation och höll på att dö. Han beskriver sitt insjuknande och sin oro –”jeg var i ferd med att bli gul. Da ble jeg redd. Differensialdiagnoser for gjennem hodet. Gallesten –nei. Da var det bare kreft i bukspyttkjertlen igen”. Men det var en vanlig gallsten, tack och lov. Han opererades, men något gick fel under operationen och han fick galläckage med peritonit och chockade ner postoperativt. Blev reopererad urakut och respiratorbehandlad under fyra veckor –”hver celle i kroppen var i ferd med att gi opp”. Han tillfrisknar långsamt och har efteråt skrivit ner denna högst personliga berättelse som fångar mycket av det som händer inom en sjuk människa, men som vi läkare inte alltid ser. Att bli behandlad som ett ting. Att inte bli tagen på allvar. Att hysa agg till den läkare som bar sig slarvigt åt och som åsamkade allt lidande –och att till slut kunna förlåta honom.

Boken kan inte undvaras! Beställ den på *www.unipub.no*

Gösta Eliasson
Familjemedicinska institutet, Stockholm.
gosta.eliasson@fammi.se

ANNONS

Merete Mazzarella: Den goda beröringen

”Vad jag efterlyser är en vård som visserligen också ser mig som något mer än en kropp men som först och främst bekräftar kroppen – inte den kropp som är kroppsfixeringen, utan den kropp som är oförutsägbar, okontrollerad, sårbar och förgänglig”.

Jag minns mycket väl första gången jag hörde Merete Mazzarella tala. Jag hade lämnat mitt jobb och var mitt uppe i en kris om hur eller om jag ville fortsätta allmänläkeriet eller byta till något annat. När denna min kris var som störst åkte jag iväg på SFAMs höstmöte Växjö 2000 som hade ”Samspel” som tema. Mötets öppning med bland annat Merete Mazzarella träffade mig mitt i hjärtat.

Meretes föreläsning hade den utmanande titeln *”Blir man en bättre doktor av att läsa skönlitteratur.”* Som varande en aktiv och kunskapstörstande doktor tyckte jag att detta kanske var en möjlighet till förkovring. Fram trädde en lågmäld kvinna med finlandssvensk brytning med en kraft och briljans och visdom, och jag blev mycket berörd.

Hon kritiserade formuleringen av föreläsningens titel.

– Nej, sa hon, man blir inte en bättre doktor. Frågan är fel ställd.

Ett av de grundläggande problemen som hon upplevde hos läkarkåren var prestationsinriktningen, att till varje pris se nyttoaspekter.

– Nej, sa hon, läs inte litteratur för att det är nyttigt utan för att det kan vara lustfyllt och alls inte till någon nytta.

Växjömötet och särskilt Meretes föreläsning blev en vändpunkt och gav mig lusten tillbaka till allmänmedicinen.

Boken tar delvis upp samma tema: ”Men skönlitteratur lär oss att språk, språkglädje, faktiskt kan vara ett självändamål. Att läsa kan vara som att dansa: de som dansar är inte på väg någonstans.” Hon

Den goda beröringen
Merete Mazzarella
Forum Bokförlag
ISBN: 9137128981
Sidor: 189
Cirkapris: 244:-

menar också att genom språket och litteraturen kan vi få ett perspektivbyte. Vi kan skapa en språklig bild, en metafor som förnyar vår varseblivning.

Trots att Merete Mazzarella är professor i litteratur menar hon att det är viktigt att anspråken på skönlitteraturen inte växer sig för stora. Hon skriver provocerande att hon inte för ett ögonblick tror att man blir en mera empatisk människa av att läsa skönlitteratur. Hon misstror för övrigt begreppet empati, som hon hon tycker känns som en alltför stor potatis i munnen. Ett av de mer tänkvärda avsnitten i boken tycker jag är just hennes funderingar kring empatibegreppet. Hon hävdar att vi aldrig kan förstå en annan människa, och speciellt inte någon som befinner sig i ett helt annat livsskede än man själv och som upplevt något man själv inte upplevt. Att säga att man förstår, menar hon till och med, inte är något annat än erfarenhetsimperialism! Merete vill istället för empati använda ordet respekt. *Re-spekt* betyder att se på nytt, det vill säga att se och sedan se en gång till. Tankeväckande menar hon att det är särskilt viktigt för oss läkare att se en gång till, eftersom vi efter en tid i yrket har lärt oss att placera in patienterna i färdiga mönster.

Respekt, menar hon, innebär att man accepterar att det finns något hos den andre som man inte förstår. Och att acceptera att det finns något hos den andra som man inte förstår ger parterna jämlikhet i relationen. Hon argumenterar mot den gyllene regeln att man skall göra mot den andre som vi skulle önska att andra gjorde mot oss. Hon menar att den gyllene regeln inte ger utrymme för insikten att andra människor kan ha helt andra önskningar än vi, och är därför långt sämre än respektens regel som går ut på att försöka komma underfund med hur andra själva vill ha det. Slutligen skriver hon om att respektera en annan människa innebär att erkänna hennes förmåga att samtycka eller vägra, att ta hennes egen uppfattning om sig själv, sina handlingar och sina relationer till andra på allvar.

En stor del av boken behandlar omsorgen, att vi måste uppprioritera omsorgsarbetet. Hon kritiserar de rådande tankarna om autonomi och självständighet, och menar att vi måste bejaka beroendet och den skröpliga kroppen. Hon följer därmed de tankar som Göran Rosenberg för fram i sin bok *Plikten, profiten och konsten att vara människa.*

Jag har senare lyssnat på Merete Mazzarella ett flertal gånger. Hon är en återkommande föreläsare för läkarstudenterna i Göteborg. Hon lyckas få grupper på 80 personer eller fler under några timmar att andäktigt lyssna och skapar en förtrollande stämning med sitt reflekterande. Och hon lyckas få denna ▶▶

ANNONS

Merete Mazzarella dedicerar för övrigt boken till alla sina allmänläkarvänner. Allmänläkare, skriver hon, "är människor som ofta är trötta, överarbetade, en smula slitna men i grunden ändå glada, livsbejakande, mångsidigt intresserade – inte minst av humaniora och samtal."

stora publik att under några minuter fånga in och skriva ned ett minne, en episod under fullständig tystnad. Hon har formulerat ”Jag vet inte vad jag tänker förrän jag skriver. Jag vet inte vad jag tänker förrän jag ser vad jag skrivit”.

Merete Mazzarella är en flitig krönikör och essäist. Hon är ju mycket beläst och det som gör henne så unik är hennes förmåga att syntetisera olika författares texter och forma dessa till nya idéer. Hon är en flitig gäst med kurser och seminarier för läkare och har nog har en särskild förkärlek till oss allmänläkare. Merete Mazzarella dedicerar för övrigt boken till alla sina allmänläkarvänner. Allmänläkare, skriver hon, ”är människor som ofta är trötta, överarbetade, en smula slitna men i grunden ändå glada, livsbejakande, mångsidigt intresserade – inte minst av humaniora och samtal.” Hon önskar också att allmänläkare hade ett långt större inflytande både på medicinen och samhället än de har idag.

Boken är på endast 189 sidor, inte särskilt tätt skrivna. Jag är ingen snabbläsare men inte heller läser jag långsamt, men det tog tid att läsa boken. Den blev en trög och faktiskt seg läsning. Jag funderar på varför det kändes så trögt? Boken har ju ett så rikt innehåll som berör litteratur och medicin, om kropp, hälsa och sjukdom, om vård och omsorg, om samtal och beröring. Beror det på att boken omfattar för många av de stora livsfrågorna, att den kryssar fram och det blir ständiga kringelkrokar och associationer?

Nej, jag tror inte det är själva innehållet som gör läsningen seg. Det är snarare det litterära greppet som gör mig kluven. När Merete Mazzarella skriver fritt – exempelvis om egna eller vänners erfarenheter, om sin mors liv och sjukdom – fungerar det riktigt bra. Men när hon förhåller sig till andra tänkare – det finns många i den här boken – blir hon ofta alltför noggrann med att redogöra för sina källors resonemang på bekostnad av sin egen tankelinje. De många citaten tycker jag är störande och förvillar mig. Jag vet ofta inte om det är hennes egna tankar eller de citerades tankar. Är det inte det vi gör hela tiden genom våra samtal och vår läsning? Vi tar och ger idéer, snappar upp tankar, vi tar in andras tankar och föreställningar. Jag kan förstå att det i vetenskapliga sammanhang är viktigt att visa källorna. Men detta är inte en vetenskaplig bok.

Jag hade därför föredragit om hon skrivit mer i sin egen litterära stil. Om hon känner sig besvärad av att hon använder andras tankar och idéer (vilket jag inte tror hon gör) kunde hon i slutet av boken skriva vilka författare som inspirerat henne. Hon gör också delvis detta i det inledande kapitlet, där hon exempelvis nämner Karin Johannisson böcker som stor inspirationskälla.

Jag känner igen delar av bokens innehåll från många av hennes seminarier. Också vid dessa citerar hon författare och skribenter med ibland riktigt långa texter. Detta har för mig inte alls känt störande utan snarare berikande. Vad är skillnaden? En text är en text. Men det är skillnad att lyssna på någon som läser en text jämfört med att själv läsa texten. Merete skriver i boken om ambivalens och att vara finlandssvensk och kanske det just är denna ambivalens hon så tydligt gestaltar i sitt språk när hon talar, men är svårare att fånga i skrift. Möjligen. Jag tror snarare att hon när hon talar har hon förmåga att skapa dialog, ett möte och ett gensvar, och det kanske är detta jag saknar i boken. Det blir för mycket en envägskommunikation.

Så trots titeln blev jag tyvärr själv inte så berörd som jag hoppats av att läsa denna bok. Men våra sinnen är olika och jag hoppas ni andra läsare blir berörda av bokens innehåll. Själv hoppas jag att jag som vid alla tidigare tillfällen fortfarande kommer att beröras av att höra henne berätta och reflektera.

Erland Svensson, Fjällbacka
erland.svensson@home.se

ANNONS

Språkets roll i vården

Med skilda utgångspunkter och olika röster möts en allmänläkare med lång erfarenhet och en tandläkare som undervisar i hypnos. Ambitionen är att på drygt hundra sidor ge insikter, kunskaper och praktiska tips om språket i vården.

Läsaren presenteras för begrepp som medveten närvaro, omformulering, överföring och motöverföring, kognitiva förvrängningar, sokratiskt frågande med mera. Vi får stifta bekantskap med Milton Erickson som såg det undermedvetna som en skattkammare full av möjligheter som gör det möjligt att skifta perspektiv från problem till lösningar. Hypnos betraktas som ett samlingsbegrepp för skilda tillstånd metoder och fenomen som visar sig vara vanliga i vården, eftersom patienter är ofta sårbara och därmed öppna för påverkan. Healing tas upp som en möjlig ingrediens i vården. Förväntanseffekter hos vårdpersonal kan vara en möjlig förklaring till att resultatet från vissa vetenskapliga undersökningar är svåra att upprepa.

Bokens grundtema kan sammanfattas i kedjan ”lyssna-bekräfta-respektera-göra delaktig”.

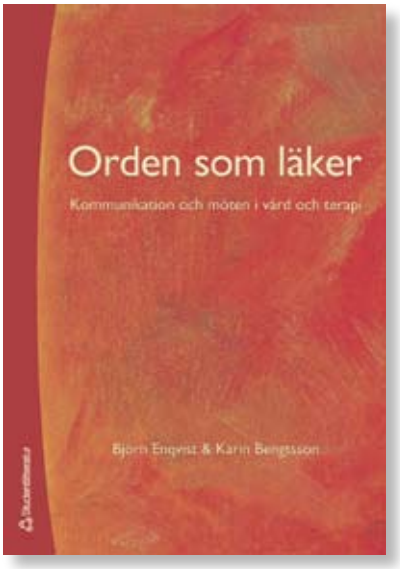
Styrkan ligger i att presentera ett smörgåsbord på temat språk och kommunikation. Det kan fungera som inkörsport att leta sig vidare men gör också att utrymmet för varje ämne blir så begränsat att beskrivningen riskerar att bli ytlig.

Att författarna valt att arbeta huvudsakligen var för sig gör att boken strävar åt olika håll. Det kan vara charmigt men ger känslan att den inte är riktigt färdig. Den höga ambitionsnivån stämmer inte med omfånget och en sammansmält författarröst hade gjort texten lättare att ta till sig.

Ändå är den värd att rekommendera för den som börjat fundera över språkets roll för kommunikationen i vården. En omfångsrik litteraturlista för vidare när den här texten inte räcker till.

I boken finns många uppslag till reflektioner över hur möten mellan patient och läkare ser ut i vardagen. Min rekommendation är därför att läsa tillsammans med kollegor och ta tiden att diskutera och exemplifiera de delar som känns mest väsentliga.

Karin Ranstad

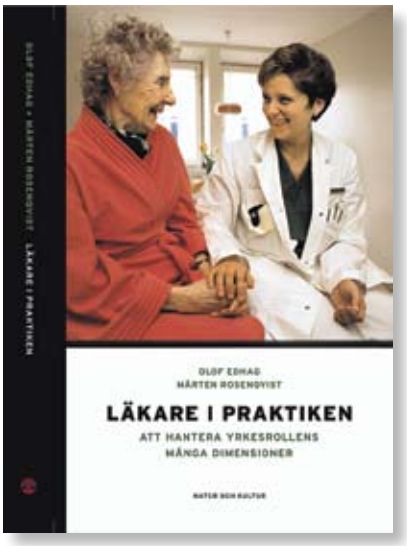


Orden som läker
Kommunikation och möten i vård och terapi
Björn Enqvist, Karin Bengtsson
Studentlitteratur 2005
ISBN 91-44-03513-6

Läkare i praktiken – handbok för nya läkare

När nu Karolinska Institutet och andra lärosäten göra om sina program för läkarutbildning, så ske det bland annat utifrån insikt om att för att bli en bra läkare, så räcker det inte att ha lärt sig fakta om olika sjukdomar, utan man måste tillägna sig förmågor och förhållningssätt som gör att man på ett bra sätt kan tillämpa kunskaperna i samspel med patienter, anhöriga och vårdpersonal. Detta är en relativt kort (168 sidor) bok som väl kan fylla sitt syfte att ge studenter och unga läkare en strukturerad beskrivning av olika aspekter av att arbeta med patienter i verkligheten. Därmed också sagt att man även som handledare kan ha användning för boken. Exempel på kapitel är Professionellt beteende, När patienten inte gör som doktorn säger, Den ”besvärliga” patienten och Att förebygga och hantera anmälningar. Avslutningsvis lämnas tips till fortsatt läsning, både faktaböcker och skönlitteratur.

Roland Morgell



Läkare i praktiken – att hantera yrkesrollens många dimensioner
Olof Edhag och Mårten Rosenqvist
Natur och Kultur 2005
ISBN 91-27-10852-X

MANDOM, MOD OCH MORSKE MÄN

Anabola androgena steroider – medicinskt, rättsligt och socialt

En bok av
Tommy Moberg & Gunnar Hermansson

384 sidor. ISBN 91-87514-25-7
Pris: **282** kr exkl. frakt och moms.

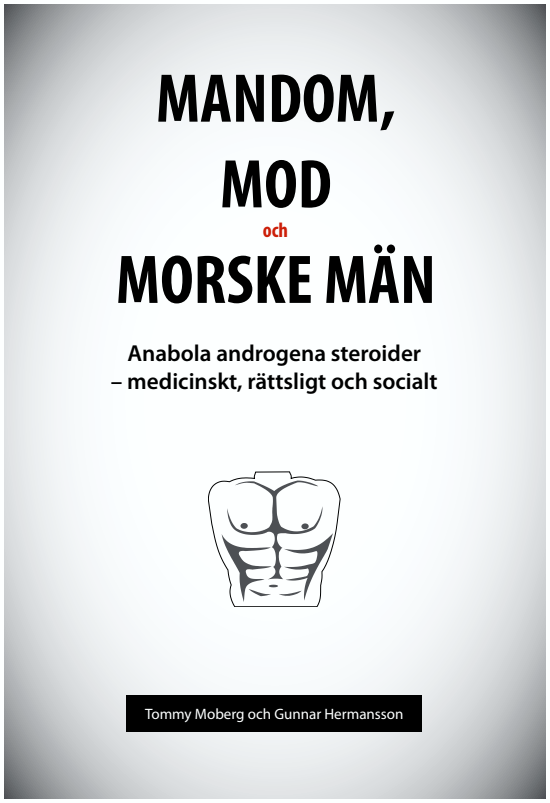
Missbruk av anabola androgena steroider, AAS, är idag mer utbrett än någonsin i det svenska samhället och AAS-preparaten säljs på en ständigt växande illegal marknad. Att tala om ett samhällsproblem är ingen överdrift i sammanhanget, men våra styrande politiker har under många år undvikit AAS-frågan. Vi saknar sedan länge en samhällsdebatt om detta dolda missbruk som direkt och indirekt är mycket resurskrävande bl.a. inom sjukvården och rättsväsendet.

Allt fler män, och numera också kvinnor, söker sig idag till sjukvården för att få hjälp och behandling för fysiska och psykiska besvär relaterade till missbruk av anabola steroider. För att kunna förstå dessa patienter och ge adekvat vård krävs god kunskap och insikt om problemet.

Boken belyser ingående AAS-problematiken ur olika samhällsperspektiv. I den medicinska delen behandlas frågor som

- *testosteronets fysiologi och kvardröjande effekter*
- *bieffekter, fysiska och psykiska hälsorisker*
- *AAS-missbrukets effekter på hjärnan, skrivet av professor Fred Nyberg , Uppsala universitet*
- *AAS och beroende, fysiskt och psykiskt*
- *AAS som psykoaktiv drog, djupintervjuer*
- *behandling av steroidmissbrukare med bl.a. särskilda medicinska behandlingshänsyn och råd till kliniska behandlare*

Vidare redogörs ingående för rättsliga och sociala frågor såsom missbrukssituationen och den illegala marknaden, preparatkännedom, våldsbrottslighet, vem som blir steroidmissbrukare, preventivt arbete m.m. Några nationellt och internationellt genomförda och pågående forskningsprojekt presenteras också närmare. Vår avsikt med denna bok är att den skall tjäna som en kunskapskälla om ett samhälls- och folkhälsoproblem som berör alltfler människor, såväl privat som i arbetslivet.



Tommy Moberg
Socionom och doktorand på Göteborgs Universitet – institutionen för socialt arbete, expert i frågor kring ungdom, dopning, och missbruk. Tommy har lång erfarenhet av samtalsbehandling för barn och ungdomar inom bl.a. narkomanvård. Därutöver handleder och utbildar Tommy på högskola, inom skola, socialtjänst, sjukvård m.m.
Kontakt: tommymoberg@mac.com

Gunnar Hermansson
Kriminalinspektör vid Rikskriminalpolisen
Gunnar ansvarar sedan 1994 för Rikskriminalpolisens kartläggning av missbruk och illegal handel rörande anabola steroider och andra läkemedelsdroger både nationellt och internationellt.
Kontakt: gu.he@telia.com

För beställning och mer info.
besök hemsidorna:
www.mediahuset.se
eller
www.snpf.org

SACO Vård föreslår ny primärvårdsmodell

Primärvård genom samverkan – SACO Vård har lämnat ett förslag, en idéskiss om en ny primärvårdsmodell. I framtagandet av förslaget har alla förbund utom Vårdförbundet deltagit.

Idéskissen är tillkommen som en reaktion på och ett svar på Protosförslaget. Protos har anklagats för att vara alltför läkarfixerat. Argumentet mot detta har varit att läkarförbunden som står bakom Protosförslaget knappast kan utforma ett förslag rörande övriga yrkeskategoriers arbete. Inför läsandet av SACOs förslag, kan det vara på sin plats med en historisk tillbakablick och att påminna sig vissa fakta.

Protosförslaget föddes ur ett samhällets misslyckande att förse befolkningen med familjeläkare i tillräcklig omfattning. Ända sedan allmänmedicin blev en egen specialitet har bristen på fungerande distriktsläkare/familjeläkare varit primärvårdens största problem. Utbildningen, både grundutbildning och AT/ST, har varit utformad så att goda läkarkrafter fångats upp inom sjukhusspecialiteter innan de hunnit få erfarenhet av allmänmedicinens utmaningar och källor till arbetsglädje. Specialiteten har inte haft någon hög status, och löneläget har ofta varit lägre än andra specialiteters. Det har politiskt funnits åtminstone en läpparnas bekännelse till primärvårdens betydelse. Denna har inneburit att primärvården och i synnerhet allmänläkaren alltmer givits ansvar för människor med sjukdomar som tidigare skötts inom sjukhusen. Det har möjligen som en följd av detta också inneburit, att man i Nationella handlingsplanen tog målet 6 000 specialister i allmänmedicin. Men det har aldrig inneburit någon reell satsning för att åtgärda det avgörande problemet, familjeläkarbristen. Med den bakgrunden, samt utifrån goda erfarenheter i våra grannländer, har berörda läkarföreningar utformat Protos.

Samarbete mellan yrkeskategorier är välkommet, eftersträvansvärt och nödvändigt. Familjeläkaren har inte all kompetens som krävs i en fungerande primärvård. Detta har i tidigare försök att lösa primärvårdens läkarbrist, lett till tanken att andra yrkeskategorier kan ”avlasta” läkaren med att utföra de vårduppgifter som ligger inom deras kompetens. Antalet medarbetare i primärvården har stadigt ökat, men den önskade effekten har uteblivit. Mängden olika samarbetspartners har istället lett till att familjeläkarens tid i mindre grad kunnats ägnas åt patientmöten.

SACO vårds förslag bygger på ett listningssystem till en primärvårdsenhet och i denna en fast familjeläkare. Sedan ska patienten fritt kunna välja vilken yrkeskategori inom vårdenheten man vill vända sig till. Till en början räknar man med att det kommer att krävas betydande resursförstärkningar. Eftersom Vårdförbundet inte deltagit, finns inget nämnt om sköterskornas roll.

Allmänmedicinen utgår med större tydlighet och nödvändighet än andra specialiteter från patientens perspektiv. Det är patientens osorterade och oanalyserade symtom och sjukdomsupplevelse som är familjeläkarens arbetsmaterial. Detta gäller i samma eller ännu högre grad rådgivningssköterskor och i viss mån i distriktssköterskearbetet. Allmänmedicinens berättigande ligger inte i att göra det lätta, basala arbetet, så att andra får tid att göra det kvalificerade, utan i att ge patienten rätt och möjlighet till en kvalificerad bedömning av osorterade hälsoproblem. Det är därför familjeläkarbristen inte kunnat reduceras genom att andra yrkeskategorier tagit över arbetsuppgifter. Det behövs helt enkelt fler familjeläkare.

Vi uppmanar alla att själva läsa förslaget och bilda sig en uppfattning. Det finns att hämta på läkarförbundets hemsida *www.lakarforbundet.se/upload/19966/SACOvard_primarvard.pdf*

Läs då också återigen Protosförslaget – *www.protos.se*

Inför stundande riksdagsval är den kommande utvecklingen osäker, men professionens aktiva deltagande i debatten är nödvändig.

Anna-Karin Svensson
Styrelseledamot, SFAM
anna-karin.svensson@lg.se

Notis

Ny hemsida för nordisk allmänmedicin

Vid förra årets nordiska kongress i allmänmedicin beslöt SFAM och de allmänmedicinska föreningarna i Danmark, Norge, Finland och Island att formalisera sitt samarbete genom bildande av The Nordic Federation of General Practice. NFGP ger ut the Scandinavian Journal of Primary Health Care och står bakom de nordiska kongresserna i allmänmedicin, som nästa gång ordnas 13–16 juni 2007 i Reykavik. NFGP har nu också en hemsida, som nås via länk från SFAM hemsida.

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

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

Vice ordförande
Vakant

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

Vetenskaplig sekr. och AU
Lars Borgquist, 070-882 74 01
larbo@ihs.liu.se

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

Övriga ledamöter
Christer Andersson, 0704-86 81 30
christer.c.andersson@vgregion.se

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@telia.com

Pär Säberg, 070-765 448
Par.saberg@curera.se

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

Arbetsutskott:
Lars Borgqvist, Gunnar Carlgren, Annika Eklund-Grönberg och Karin Lindhagen.

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Examenskansliet
Maria Wittrin Blomqvist
08-23 24 01
Maria.wittrin@sfam.a.se

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

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

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

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

ST-rådet
Pontus Stange
pontus.stange@sfam.a.se

Utbildningsrådet
Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.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 Ställberg, 0156-535 07
bjorn.stallberg@dll.se

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

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Anna-Karin Fahlén
anna-karin.fahlen@nll.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Mikael Lilja
mikael.lilja@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG
Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se

DALARNA
Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND
Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO
Roland Olofsson Dolk
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Jonas Sjögreen
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND
Christina Kallings Larsson
Christina.Kallings-Larsson@dll.se

STOCKHOLM
Åsa Colliander
asa.colliander@priv.sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND
Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK
Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING
Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE
Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE
Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Staffan Gyllerup
Staffan.gyllerup@skane.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Falck
lars.falck@skane.se
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.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@telia.com

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
anne-marie.gravgaard@skane.se
042-14 95 60

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.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.vsso.sll.se

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

STOR-GÖTEBORG
Agneta Hamilton
Agneta.hamilton@ptj.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBORG
Kerstin Holmberg
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Skeppsbron 34
111 30 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

Roland Morgell, redaktör
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
08-524 887 38
roland.morgell@ki.se

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

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle
gits.joel@tele2.se

Hans Händel,adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfällla
08-587 326 80

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
Dan Johansson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
dan@mediahuset.se

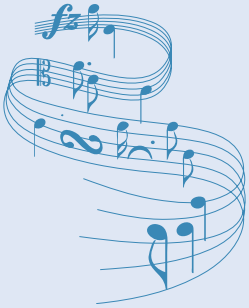
Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2006

Nr	Manusstopp	Utgivning
5	19/9	1/11
6	31/10	13/12

When I'm 64...



Det är år 2021.

Jag har just bestämt mig för att fortsätta i tre år till som familjeläkare med uppdrag som handledare och mentor. Det är ett privilegium att medverka i utbildningen av en ny generation familjeläkare.

År 2021 har kunskaps- och samhällsutvecklingen medfört förändringar av de människovårdande professionerna. Sjukvårdsbiträdena försvann tidigt, senare kom uppspaltningen av distriktssköterskeyrket. Vårdlotsarna blev knappast ens en dagslända. Ergonauter hjälper människor med funktionshinder att navigera rätt på arbetsmarknaden och biträder försäkringsverket med arbetsförmågebedömningar, en uppgift som jag inte saknar. Formella huvudmannaskapsgränser har mindre betydelse. Aktörer som arbetar evidensbaserat med prioriterade områden subventioneras med allmänna medel.

I sjukvården tillämpar vi år 2021 nationellt beslutade öppna prioriteringar. Ambitionsnivån för den offentligt finansierade verksamheten är samtidigt hög. Detta har stärkt sjukvårdens legitimitet och förtroendet hos befolkningen.

Jag är fortfarande diagnostiker och behandlare och när det behövs har jag snabb tillgång till resurser och kompetenser inom olika specialiteter, diagnostisk service, paramedicinare, rehabilitering och omvårdnad. Patienten äger sina journaler och som familjeläkare har jag full tillgång till dem.

Jag är också vägvisare och coach. Viktigt är att stärka patientens förmåga att hjälpa sig själv och hennes tilltro till denna förmåga. För att kunna fylla denna komplexa uppgift krävs både bredd och djup i det medicinska kunnandet *och* empati och personkännedom. Det finns ingen motsättning mellan personlig läkare och multidisciplinärt team. Den självskrivna huvudpersonen är patienten.

År 2021 är vi familjeläkare väl uppdaterade i evidensbaserad medicin och den familjemedicinska forskningen blomstrar. Många av oss medverkar själva i studier som tangerar gränslandet mellan naturvetenskap och humaniora. Det är en evidensbaserad medicin som tar hänsyn till verklighetens komplexitet. Det innebär att empati och etik är integrerade med det biomedicinska.

Att vi inte bara har överlevt som yrkesgrupp, utan upplevt en spännande utveckling har många skäl. De viktigaste faktorerna tror jag är vår centrering på patienterna med fokus på kontinuitet och personkännedom, vårt intresse att processa information och söka ny kunskap, och sist men inte minst vår vilja och förmåga att avläsa vår omvärld och ta del i utvecklingen.

År 2021 finns i Sverige en familjeläkare per 1 200 invånare. Idealt skulle vi behöva förtäta till en per 1 000. För att påskynda den utvecklingen vill jag uppmana andra att göra som jag – stanna tre år till!

Foto: Per Nordlund

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

2006

September

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly
Washington D.C. 27 sept.-1 okt.
www.aafp.org

Nationella termdagar om medicinsk informatik
28-29 sept. i Kalmar. "Att greppa och begripa begreppet, medborgarperspektiv och fackspråk" . Mer info kommer så småningom på www.sfmi.org. Kontaktperson: Olle Staf, olle.staf@ltkalmar.se

Kurs i konsultation och videosupervision på Kalymnos, Grekland
29 sept–6 okt.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Oktober

Fjärde årliga Ersta Colorectal Symposium – tema diveritkulos
5-6 okt. Se vidare
www.erstahospital.se/symp

Hur kompetensutveckling kan bli effektivare - nya strategier för kompetensutveckling inom primärvården
3 okt. Södra Berget i Sundsvall. Primärvården Västernorrland tillsammans med Fammi arrangerar nationell konferens.
Kontaktpersoner:
gosta.eliasson@fammi.se
anderslundqvist@lvn.se

Royal Australian College of General Practitioners' Annual Scientific Assembly
Brisbane 5-8 okt. www.racgp.org.au

Kurs i allmänmedicinsk kompetensvärdering på Sigtunastiftelsen
9-11 okt . Målgrupp i första hand studierektorer, men även för andra intresserade i mån av plats. Anmälan till Robert Svartholm.

Nationell kvalitetsdag
12 okt. Nürnberghuset i Stockholm. SFAM-Q arrangerar Nationell kvalitetsdag. Info: kjell.lindstrom@lj.se

November

Vägval, SFAMs höstmöte
8-10 nov. Umeå, se program.

Wonca Asia Pacific Regional Conference
4-9 nov. www.thaifammed.org

Lægedage Köpenhamn
13-17 nov. www.laegedage.dk

Riksstämman
Göteborg 29 nov-1 dec.
www.riksstammangoteborg.se

December

Kurs i ortopedisk medicin i Kerala, Indien
4-15 dec. www.langtbortlara.se
Kontakt: ulf@mawe.se

2007

Januari

Träning i allmänmedicinsk kompetensvärdering ("vecka-3-kursen")
15-17 jan. Med särskild inriktning på specialistexamen och Mitt-i-ST. Gullmarsstrand, Fiskebäckskil. Anmälan till Robert Svartholm.

Februari

SFAMs ST-dagar i Jönköping
7-9 februari. Program och anmälningsblankett kommer på SFAMs hemsida i oktober. Kontakt via SFAMs ST-råd.

Mars

Nationellt vårmöte i Jokkmokk
28-30 mars. Arrangör SFAM Norrbotten. Lär om tips och tricks för vardagen och diskutera allmänmedicin i Sverige. markus.beland@nll.se

Oktober

Wonca Europe 2007 Conference in Paris
17-20 okt. "Re-thinking Primary Care in the European Context: a new challenge for General Practice"
www.woncaeurope2007.org/-Welcome-

SFAM granskar

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

Senaste granskning genomfördes 060425. För närmare presentation av aktuella kurser var god se *www.kursdoktorn.nu*