

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2008 ÅRGÅNG 29



**Allmänmedicin som varumärke** /sid 22

Tillit – om att säga: Jag ska försöka hjälpa dig /sid 6

Årets ST-upsats: Fallbeskrivning med självreflexion /sid 15

## Skriv i AllmänMedicin!

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



## Bildtips!



Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn. Det går bra med papperskopior och digitala fotografier. Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning. Tekniska frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink [gunnar@mediahuset.se](mailto:gunnar@mediahuset.se) Tel 0525-323 52

## I nästa nummer av AllmänMedicin:

Intervju med  
 Sven-Erik Liedman  
 Christer Petersson  
 Doktor i Nordnorge  
 Kristian Svenberg  
 Gastrosofageal reflux  
 Lars Agréus

Omslagscollage: Gunnar Brink

### 3 Ledare

Konkreta mål och värdegemenskap  
*Anders Lundqvist*

### 5 Avhandling

Katastrofala behov och myter  
 – avhandling av Johan von Schreeb  
*Peter Olsson*

### 5 Notis

Lars Agréus – ny allmänmedicinsk professor på CeFAM

### 6 Praktik

Tillit – om att säga: Jag ska försöka hjälpa dig!  
*Jan-Helge Larsen, Charlotte Hedberg*  
 Från stadens brus till skogens sus  
*Lisa Månsson Rydén*

### 12 SFAM Q

På SFAMs hemsida finns mycket om utvecklingsarbete och kvalitet i allmänmedicin  
*Lennart Holmquist*

### 15 Årets ST-uppsats

Att vidga vyerna – fallbeskrivning med självreflexion  
*Helen Magnusson*

### 18 Debatt

Godtycke och rättsosäkerhet. Vad kan patienterna kräva av sin läkare?  
*Bengt Järhult*

Sagan om folket och gässen som trodde att allt skulle bli bättre  
*Tomas Havland*

Allmänmedicin som varumärke  
*Marcel Aponno, Lena Ekelius*

### 23 Konferens

Varför "smiler" våra danska kollegor?  
*Gösta Eliasson*  
 Riksstämman 2007  
*Hans Händel*

### 26 Recension

Vem styr vården?  
*Lars Bäcklund*  
 Primary Health Care: Theory and Practice  
*Peter Olsson*

### 29 SFAM informerar

Vårdval och allmänmedicinsk kompetens  
*Annika Eklund-Grönberg*  
 SFAMs råd och nätverk  
 Kontaktpersoner

### 32 Krönika, kalendarium

Afton på Parkgatan  
*Dorte Kjeldmand*



Vad har honungsburkar med konsultationsprocessen att göra? Sidan 6



Att vidga vyerna – fallbeskrivning med självreflexion av Helen Magnusson. Sidan 15

”Det viktiga idag är hur beslutsfattare och allmänhet ser på oss, vilket faktiskt varumärke vi besitter.”

Varför upplevs primärvårdens varumärke som svagt? frågar sig Marcel Aponno och Lena Ekelius på sidan 22



Varför smiler våra danska kollegor? Gösta Eliasson rapporterar från Läkardagarna på sidan 23

# ANNONS



Foto: Sonja Gjenaro

## Konkreta mål och värdegemenskap

**H**anden på hjärtat, vi känner bara till ett bra sätt att avgränsa det allmänmedicinska uppdraget.

Bemanningsmålet 1 på 1500 har varit en ledstjärna för svenska allmänmedicinare i ett drygt kvartssekel. Den bakomliggande tanken var att formulera en slags övre gräns där det allmänmedicinska uppdraget, i hela dess omfattning, fortfarande kunde bedrivas på ett kvalitativt bra sätt. Det tillkom ju också i en tid då läkarkåren expanderade ganska kraftigt, men där nytillskottet av läkararbetskraft i en orimligt hög utsträckning tillföll sjukhusen. Primärvården hade då som nu stora bemanningsproblem, och siffran 1 på 1500 var förvisso ett mål i fjärran, men icke desto mindre något att samlas fackligt kring. Nu kan vi konstatera att det på några håll i landet tjänstemässigt inte är så långt till målet, men vad hjälper det om vakansituationen är uppe i så höga siffror som 40 procent? Man kan ju också undra över hur pass relevant siffran 1 på 1500 är med dagens arbetsinnehåll?

Målet tillkom exempelvis långt innan ädelreformen, som innebar ett kraftigt ökat ansvar för äldreboendena. På nittioalet överfördes en mängd arbetsuppgifter från sjukhusmottagningarna, och begreppet multisjuka fick en högst påtaglig innebörd för vår yrkeskår. Den medicinsk-tekniska utvecklingen, informationssamhället, de andra professionernas framväxt inom vården med mera, har under tiden dessutom inneburit genomgripande förändringar av läkarrollen och skapat helt nya arbetsuppgifter. I Norge med sin fastlegeordning har siffran 1 på 1200 på senare tid upplevts alldeles för högt

satt, i takt med att nya arbetsuppgifter tillkommit. Sannolikt behöver vår siffra korrigeras nedåt ganska mycket, för att verkligen vara relevant.

Förutom att det känns bittert att konstatera att basen i sjukvårdssystemet aldrig har fått de rätta förutsättningarna, kan jag känna stor besvikelse över att många landsting, i sin iver över att haka på nya sjukvårdsmodeller, helt tycks ignorera den nationella handlingsplanens intentioner som ju bygger på siffran 1 på 1500. Då den nationella strategin för att trygga försörjningen av allmänmedicinska specialister tycks vara om inte tandlös så näst intill, är vi hänvisade till att försöka påverka sjukvårdshuvudmännen lokalt där vi verkar. Detta ställer stora krav på facklig organisation och sammanhållning, vilket med Protos i minne kanske inte är vår bästa gren om vi ska vara ärliga. Vi behöver konkreta mål att arbeta med, och för mig duger 1 på 1500 ett tag till eftersom det är en bra bit kvar till det målet. Siffror i all ära, men vi behöver också gemensamma visioner. Vi måste bygga upp vår allmänmedicinska värdegemenskap ordentligt, och vi behöver definitivt titta lite mer i kristallkulan framåt.

Allmänmedicinens varumärke behöver stärkas skriver Lena Ekelius och Marcel Aponno i en artikel i detta nummer, och manar krafterna i DLF och SFAM att samverka. Det är viktigt för att förbättra nyrekryteringen till specialiteten, men framför allt för att ge den svenska sjukvården en bättre grund att stå på. Behovet av marknadsföring är inte något unikt svenskt fenomen. Våra amerikanska kollegor har gjort en video som riktar sig till allmänheten och beslutsfattarna under devisen Strong

Medicine For America, och den finns att se i ett inlägg på Ordbyte från Ture Ålander [1]. Det var ett bra initiativ. I norska Aftenposten [2] skrev Steinar Hunsik, professor i Allmänmedicin i Bergen och författare till vår senaste lärobok Allmänmedicin, i slutet av föregående år en artikel som handlade om att fastlegene upplever att de inte värdesätts och används på ett förnuftigt sätt. I Norge skenar kostnaderna för sjukhusen iväg och nyrekryteringen till allmänmedicin är svagare än på länge. Jag skulle önska att våra akademiska företrädare på ett lika kraftfullt sätt i media påtalade betydelsen av allmänmedicinsk kompetens i den svenska sjukvården.

Nätverket för ST-läkare, NäSTa, inser vad som måste göras men de behöver stöd från sina äldre kollegor. Återuppliva era lokala SFAM-föreningar och se till att DLF bedriver aktivitet i det egna landstinget/regionen. ST-dagarna i Piteå uppmanade till Full Fart Framåt, men det gäller att hålla sig på vägen. Förhoppningsvis har erfarenheterna från Protos lärt oss att undvika dikeskörning.

1. <http://www.aafp.org/strongmedicine/>

2. <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article2170404.ece>



Foto: Helene Friberg

Anders Lundqvist

# ANNONS

# Katastrofala behov och myter

Inledningsvis beskriver författaren kort sin första erfarenhet av biståndsarbete i Afghanistan 1989. Han blev 1992 en av grundarna av "Läkare utan gränser" i Sverige. Sedan 2002 studerar han "behovsvärdering" vid KI, handledare är Hans Rosling, pappa till Gapminder. Först var fokus på de allra fattigaste länderna (Sudan, Sierra Leone och DRC Congo), men efterhand blev inriktningen plötsliga katastrofer i medelinkomstländer.

Avhandlingen tar upp olika begrepp om utvärdering av behov vid humanitär medicinsk bistånd vid katastrofer.

Fältarbetena använder en mängd olika metoder; litteraturstudier, observation, strukturerade intervjuer, fokusgrupper och systematisk intervju.

SIDAs katastrofbistånd år 2003 grundades sällan på behovsbedömning. Det berodde sannolikt på dåligt anpassade riktlinjer från givarna.

Palestina studerades under konflikten 2002. Någon nämnvärd hälsopåverkan kunde inte dokumenteras. De internationella hälsoinsatserna borde istället koncentreras på att minska sårbarheten hos den utsatta befolkningen.

Vid terrordådet i skolan i Beslan, Nord Ossetien, behövdes inte internationell medicinsk hjälp.

Internationella fältsjukhus studerades vid fyra naturkatastrofer; Bam, Iran 2003, Haiti 2004, Aceh, Indonesien 2004 och Kashmir, Pakistan 2005. Kostnaden var hög per sjukhussäng och inget anlände inom 48 timmar då liv anses kunna räddas.

Vid jordbävningen i Kashmir intervjuades 196 personer besökande en hälsoinrättning som representerade 1847 hushållsmedlemmar. Det dominerande behovet var tak över huvudet. Resultaten vad gällde antal döda och svårt skadade stämde väl med senare studier av hela befolkningen. Metoden var enkel för att anpassa hjälpen till de drabbades behov. Media upprepar myter som att främmande medicinska



Foto: Lasse Skog

Johan von Schreeb

**Johan von Schreeb**

*Needs assessments or international humanitarian health assistance in disasters*

Akademisk avhandling KI,  
ISBN 978-91-7357-375-7

<http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-375-7>

volontärer behövs omedelbart med alla typer av mediciner och utrustning. Att döda kroppar skulle vara en risk för spridning av infektionssjukdomar är inte heller visat och inte heller att epidemier inträffar efter alla sorters plötsligt inträffade katastrofer.

Allmänt måste man känna till det socioekonomiska sammanhanget i det drabbade området resp. landet.

Myter styr vår syn på katastrofer – och vår syn på oss själva som hjälpare och donatorer.

Avhandlingen tar upp ett outforskat område som är inpyrt av "militärmedicin" och "goda föresatser" som kan slå så fel.

Fem sidor populärvetenskaplig sammanfattning finns på svenska.

Peter Olsson, Jokkmokk  
[peter.olsson@nll.se](mailto:peter.olsson@nll.se)



**Lars Agréus**  
– ny allmänmedicinsk professor på CeFAM

Drömmen var att få jobba "på landet". Det har han också gjort. Via småländska Västervik hamnade han med tiden i uppländska Östhammar, där han fortfarande har sin kliniska hemvist, som husläkare i Öregrund. Forskningsområdet är mag- och tarmsjukdomar. Doktorsavhandlingen 1993 handlade om buksymptomens epidemiologi i Östhammars vuxna befolkning. De senaste åren har Lars Agréus främst ägnat åt det omfattande Kalixandaprojektet där 3 000 patienter från Norrbotten ingår i den största gastroskopi studien i sitt slag. Bland de resultat han känner sig extra nöjd med nämner han en kartläggning av riskfaktorerna för körtelcellscancer i matstrupen. Tillsammans med sin forskargrupp har han upptäckt att en förändring i matstrupen som kallas Barrets esofagus, ett förstadium till körtelcellscancer, är mycket vanligare än man tidigare trott! Drömresultatet för Lars Agréus vore att komma på orsaken till det som brukar kallas funktionell dyspepsi, det vill säga besvär i övre delen av magen, som man i dag sällan hittar någon bra förklaring till. Han brinner också för glesbygdsmedicin, och är en drivande kraft i Svensk Glesbygdsmedicinsk Förening sedan starten.

(Saxat från CeFAMs hemsida).

Redaktionen ber att få gratulera Lars hjärtligt till utnämningen!

# Tillit – om att säga: *Jag ska försöka hjälpa dig!*

”Hon hittade honom (läkaren) efter en lång period av valsande mellan olika läkare som inte gav henne vad hon vill ha: Medkänsla. Någon som lyssnar utan att avbryta eller skynda på, som är vänlig men inte klemmande, som då och då rör vid henne med omsorg och säger ”Jag ska hjälpa dig” på ett sätt som väcker hopp.” [1]

”Det er relationen som helbreder (läker).” [2]

”Att visa tillit betyder att utlämna sig själv... Yttrandet sker under förutsättning, att den andra personen uppfyller vår förväntan. Äger uppfyllelsen inte rum kommer yttrandet att bli förgäves. Men det är i och för sig inte det värsta. Nej, det värsta är att man har blottat sig.” [3]

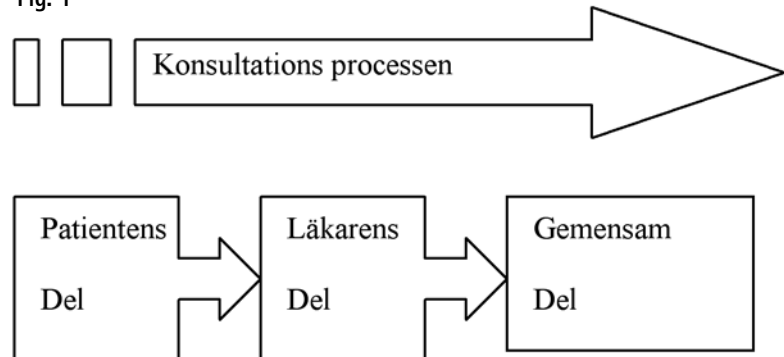
## ”Jag har så ont doktorn...”

Med denna inledning berättar patienten om sin smärta och ber med förhoppning, indirekt om läkarens hjälp. Han räcker fram handen med en blandning av ångest och tillit. Läkaren vill gärna hjälpa, det ligger självklart i läkarrollen, men det uttalas sällan. Redan patientens första mening aktiverar läkarens osäkerhet: Vad rör detta sig om? Kan jag hjälpa denna patient? Låt mig snarast möjligt slippa möta lidandet, det vill säga det obehag patientens berättelse om sina smärtor sätter i gång i mig själv? Och kanske: Kan jag hinna inom tidsramen?

När patienten känner något i sin kropp, som inte känns som det brukar vara tänker han: Kan det vara sjukdom, kanske en allvarlig sjukdom? Då konfronteras han med sin sårbarhet och livets grundvillkor: hotet om ensamhet, meningslöshet, död och nödvändigheten av att välja [3].

När han då går till läkaren med sitt hälsoproblem avslöjar han sig med all sin svaghet, maktlöshet, skam, oro och defekt, och han känner sig som det rädda barnet, som kanske eller kanske inte får den hjälp han söker. Därför är samtalets inledning så avgörande för relationen och det vidare förloppet: förstår läkaren

Fig. 1



vad jag säger, och vill – och kan – läkaren hjälpa eller inte, vad svarar han? Patienten är upptagen av relationen (vill läkaren hjälpa?), läkaren av saken (kan jag lösa detta problem?). Om patienten inte upplever sig bemött kommer han att sitta kvar både med skammen över sin sjukdom, och över att ha utlämnat sig i onödan. Och skammen är ofta ordlös. Detta inledande möte mellan patient och läkare är nog i verkligheten mycket mera krävande för läkaren än man tidigare har varit uppmärksam på. Sjukdomen har en meningsskapande potential för patienten med både destruktiva och positiva konsekvenser, där läkaren spelar en aktiv roll vare sig han är medveten om det eller inte [4]. Här står så mycket på spel: önskningsar, förhoppningar och känslor som inte uttrycks direkt, och som båda parter *antar* att de indirekt får uttryckt inför den andre. Syftet med denna artikel är att förtydliga några av dessa svårigheter med att etablera tillit i början av konsultationen.

## Konsultationslaboratoriet

Sedan 1992 har vi på kurserna i konsultationsprocess och videohandledning på Kalymnos arbetat med rollspel för att utveckla och testa de enskilda elementen i konsultationsprocessen i patientens del, läkarens del och gemensam del utifrån ”de nio F:en” (Fig. 1, 2) [5,6].

Vi arbetar i grupper med åtta deltagare och en handledare. Varje läkare spelar en

Fig. 2

Konsultationsprocessens faser – ”de nio F:en”

### Patientens del

1. **Före** – Vad har hänt innan detta besök?
2. **Förhållandet** (relationen) – Låt patienten tala och ge kvitton: ”Jag hör dig, jag tror dig och jag ska försöka hjälpa dig.” Gensvar, beröm, här-och-nu
3. **Föreställningar, farhågor och förväntningar**

### Läkarens del

4. **Förståelse** – Resumé av problemet
5. **Förklaring** – Anamnes, klinisk undersökning och förklaring

### Gemensam del

6. **Förhandling** – Hur kan problemet lösas – gemensam förståelse
7. **Förhindra/främja** – Insikt – avtal – handling
8. **Följa upp** – Kontroll och säkerhetsnät
9. **Farväl** – OK? & Housekeeping

av sina egna patienter och en kollega i gruppen får vara dennes doktor. Samtalet spelas in på video och handleds enligt schema, Fönstermodellen (fig. 3) [6]. I denna modell för videohandledning undersöker deltagarna i ruta 6 alternativa sätt att hantera konsultationen och testa dem gentemot den läkare, som har spelat sin patient [7]. Sedan kan ”patienten”

Fig. 3

Schema till grupphandledning, namn: \_\_\_\_\_  
 Vad vill jag ha kollegornas hjälp med?

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

2007. Enl. Colin Coles, J-H Larsen, O Risør, J Nystrup. Månedsskr Prakt Lægegern 1997; 75: 163-176.

berätta om sina upplevelser under konsultationen och hur de andra deltagarna bemötte honom.

Den patient som läkaren väljer att gestalta har oftast hos läkaren lämnat kvar en känsla av att patientens problematik kanske kunde ha hanterats annorlunda.

I detta konsultationslaboratorium tränar vi särskilt hur läkaren kan hantera patientens del av konsultationen, det vill säga den delen där patienten lägger fram sina problem. Här har vi blivit uppmärksamma på flera av de svårigheter läkaren möter, och hur man kanske kan klara dem. Det är speciellt erfarenheterna kring skapandet av tillit vi vill fokusera på här. Dessa skrivna dialoger kan dock inte återge läkarens nonverbala språk (mimik, röstläge med mera), som ofta bygger broar över brister i den verbala dialogen.

### Konsultationer där patienten visar tillit

En vanlig förkylning

**Patient (P) (en 30-årig kontorsassistent):**  
*Nu har jag varit förkyld i en månad. Jag har en kollega som haft något liknande. Jag hostar, är snorig och trött.*

**Läkare (L):** *Vad har du själv gjort dig för tankar om detta?* (föreställningar)

**P:** *Jag skulle gärna vilja ha antibiotika.* (förväntningar)

**L:** *Du funderar på om det är en infektion? Kan du berätta lite mera?* (utvidgande gensvar)

**P:** *Jag har rethosta på morgonen, snuva, ansiktet sväller upp och det gör ont i bihålorna, jag får huvudvärk och är trött.* (nutid)

**L:** *Har du haft detta tidigare?* (dåtid)

**P:** *Jag är nästan aldrig sjuk, och hostan är mycket besvärlig...*

I denna konsultation får läkaren utmärkt fram patientens föreställningar och förväntningar. Hon intresserar sig för saken förkylning, men patienten (spelad av en läkare) ger efteråt uttryck för att hon saknade att bli bemött (här-och-nu), till exempel att få ett kvitto från läkaren på sin upplevelse av att ha det dåligt och att läkaren vill hjälpa. Patienten sade senare, att det skulle ha känts lättare om läkaren istället inledningsvis hade sagt: *Det låter obehagligt* (kvitto). *Jag ska försöka hjälpa dig!* Detta skulle också underlättat indirekt för läkaren.

Ett eller flera av dessa tre element fattades i nästan alla dysfunktionella spel:

- att patienten fick ett kvitto från läkaren som visade att läkaren hade lyssnat,
- att läkaren mötte patienten här-och-nu,
- och att läkaren tidigt i förloppet med ord uttryckte sin vilja att hjälpa.

Om läkaren inte tidigt bekräftar patienten, så kommer de flesta patienter att vilja förstärka sina utsagor känslomässigt – *jag måste försöka få honom att lyssna på mig!*

Då kan det bli svårt för läkaren att hålla fast i ”här-och-nu” i förhållandet till patienten och de flesta läkare byter till dåtid: *Hur länge har du haft det, när började det?* Eller läkaren frågar kognitivt: *Var gör det ont?*

### Smärtpatienten

**P (40-årig kvinna):** *Jag kommer till dig igen i dag därför att jag har ont i ryggen.*

**L:** *Ja, det låter inte särskilt behagligt.* (affektivt gensvar) *Kan du berätta lite om, hur det började?* (dåtid)

**P:** *Det gör ont i hela ryggen.* (nutid) *Det finns inget som hjälper. Det fyller hela mitt liv. Jag kan bara ingenting. Jag kan inte fatta att jag ska ha så ont.* (meningslöshet) *Jag har blivit undersökt både kors och tvärs. Det började när jag föll i trappan på mitt arbete och nu kräver jag skadestånd.*

**L:** *Det låter alltsammans som problem, som har stor betydelse för ditt liv.* (nutid, affektivt, kvitto) *Ska vi försöka att ta reda ut det tillsammans?* (inbjudan till gemenskap)

**P:** *Det låter som en bra idé.*

Patienten visar tillit och läkaren kvitterar empatiskt. Läkarens strategi består i att vara nyfiken, intresserad och att visa att han tror på patienten – tills motsatsen eventuellt är bevisad – och att invitera till att se på problemet gemensamt. Genom att – bildligt talat – sätta sig bredvid patienten och tillsammans se på problemet befrias patienten från att se sig själv som ett problem för läkaren. Person och sak hålls isär för en tid.

Om jag som läkare ska undvika att bli infångad i patientens maktlöshet, måste jag ta på mig makten att hjälpa efter bästa förmåga, men inte nödvändigtvis lösa problemet. Det jag kan erbjuda är att ledsaga patienten och träffa honom igen.

### Ett rop på hjälp

**P (28-årig kvinna):** *Jag kommer till dig därför att du måste ta bort några fler fläck- ▶▶*



ar (naevus). Jag vill att du gör det i dag. Hudläkaren har tagit bort flera stycken, men jag kan inte gå dit igen. Du måste hjälpa mig! (nutid, förväntningar)

L: Hur länge har du haft detta problem? (dåtid)

P: Sedan jag var barn. Jag tror det är melanom i den här. (farhåga) Jag har läst om melanom och var på melanomdagarna på sjukhuset. De tog också bort ett par fläckar.

L: Fanns det något i dem?

P: Nej, men jag tror det är något i de här. (farhåga)

L: Vad får dig att tro det? (föreställningar)

P: Jag solar aldrig, men som barn lät min mamma mig gå ute så jag blev solbränd och fick stora blåsor på kroppen. (föreställning) Du skall ta bort fläckarna nu! (förväntning)

L: Jag förstår mycket väl att du är nervös. (kvitto) Men jag kan också se, att du är gravid.

P: Det gör inte saken bättre. Att jag ska dö från mina barn (farhåga), kan du inte fatta det?

L: Jo, jag kan förstå att du är orolig och du ska nog få hjälp med det.

Patienten säger: *Du måste hjälpa mig.* Men läkaren kvitterar inte till att börja med; hon frågar i stället hur länge det varat. Genom att byta till att tala om problemets varaktighet, undviker läkaren att svara på patientens rop om hjälp, alltså sak i stället för relation. När patienten ber om hjälp för andra gången, väljer läkaren att kommentera hennes graviditet. Först när patienten ber tredje gången blir hon bekräftad och erbjuden hjälp.

Patienten sade sedan att hon skulle ha känt sig mycket lättad om läkaren hade erbjudit hjälpen från början, då hade hon sluppit att förstärka sitt problem.

#### Ett tidigt erbjudande om hjälp

P (30-årig kvinna med barn): *Jag vet inte vad som händer med mig. Jag måste få hjälp. Det är någonting med min kropp, jag förstår det inte, men det blir värre och värre.*

L: *Det låter besvärligt. Jag vill gärna försöka hjälpa dig.* (kvitto, nutid)

P: *Det värker i benen, jag har ont i magen, jag har inte sovit på ett halvår, jag har ont i*

*nacken, jag vet inte vad som sker. Det måste vara något som är galet.* (föreställning)

L: *Det låter mycket besvärligt.* (kvitto) *Vad har du för tankar?* (föreställningar)

P: *Min faster har SLE. Tror du jag skall ha det så här resten av mitt liv? Vad ska det sluta med?* (farhåga)

L: *Du är bekymrad...* (affektivt, kvitto)

P: *Hur ska jag klara mina barn och mitt arbete, om jag kommer att sitta i en rullstol?* (farhåga)

L: *Vad är du mest rädd för?* (farhåga)

P: *Att min kropp helt ska sluta att fungera.*

L: *Det förstår jag mycket väl.* (kvitto) *Hur tror du att jag kan hjälpa dig?* (förväntning)

P: *Försök att ta reda på, vad som är på gång.* (förväntning) *Jag kan inte klara det längre.*

L: *Ja, det måste vara väldigt svårt för dig.* (kvitto)

Här fungerar det bra att läkaren tidigt erbjuder att vilja hjälpa. Han ger patienten tillfälle att ge uttryck för hur hon har det, så han först kan se situationen med hennes ögon för att sedan att erbjuda samarbete. Tilliten etableras tidigt – och de kan slå följe (fig. 4).

Kanske kunde läkaren också berömma patienten: Det är bra att du kom, du har ju stått ut med smärtorna under lång tid. Dessutom kan han motarbeta den hotande maktlösheten genom att tänka: Jag är så nyfiken och envis, så jag vill inte ge upp. Bara för att jag inte genast kan komma på en diagnos är det här inte hopplöst.

#### Om patienten signalerar bristande tillit till läkaren

När patienter går till sin läkare signalerar de vanligtvis tillit till läkaren. Men några patienter kan i början av samtalet signalera bristande tillit till läkaren. Här riskeras förhållandet mellan patient och läkare redan innan samtalet riktigt har kommit i gång.

Om patienten signalerar bristande tillit eller misstillit, är det en bra idé att undersöka relationen innan man går i gång med själva konsultationen. För hur skulle en patient kunna söka råd hos någon som patienten inte har tillit till?

Fig. 4



#### Den arga patienten

Den arga patienten demonstrerar (till synes) misstillit till läkaren:

P (50-årig man): *Jag har varit arg på dig sedan jag var här sist. Jag tycker inte du tar mig på allvar eller gör något. Nu måste det alltså hända någonting... Jag har ont i alla leder och muskler...*

Hur undviker läkaren att försvara sig? Först kan man undersöka om det kanske bakom patientens besök ändå finns en tillit, för annars skulle väl inte patienten kommit? Sedan kan man ta reda på vad som gömmer sig bakom vreden. Kanske är vreden en täckmantel, och bakom den ligger ensamhet, sorg, smärta, skam, maktlöshet och meningslöshet. Läkaren kan här välja mellan två positioner: antingen att förhålla sig **misstänksamt** eller **nyfiskt**, exempelvis: *Det låter obehagligt* (kvitto), *så det är bra att du kommer och berättar för mig.* (uppmuntran och relation före sak) *Jag vill gärna försöka att hjälpa dig i dag.* (relation och här-och-nu) *Vill du ge vårt samarbete en chans? Vad vill du helst att jag ska göra/hur tror du vi kan lösa det här problemet?* (metakommunikation, relation)

#### Den anklagande patienten

P (70-årig kvinna): *Min arm är helt oanvändbar. Jag blir tvungen att anmäla sjukgymnasten. Det var helt fel behandling. För jag var hos ortopederna och det var inte alls impingement, och det var fel att ge mig en kortisoninjektion. Så jag vill ha en ny undersökning så man kan jämföra och se hur mycket jag har blivit skadad.* (förväntningar) *Jag kan inte fatta hur jag kan stå ut med det. Jag kan inte klara min personliga hygien och jag har ont om natten.*

L: *Jag förstår...*

P: *Öch min KOL har det heller inte bra, så jag vill ha en remiss till KOL-specia-*

listen så jag kan bli ordentlig undersökt. (förväntningar)

L: Om vi nu börjar med din arm. När började det? (dåtid)

P: Jag kan aldrig komma ihåg datum...

När läkaren blir skakad av patientens anklagelser och sin egen maktlöshet byter han till dåtid och en kognitiv fråga. Patienten har inte särskilt mycket tillit till läkare, men läkaren måste inse att hennes besök är uttryck för ett rop om hjälp. Här kan läkaren besluta sig för om han törs ge uttryck för att han vill hjälpa till exempel: *Jag kan mycket väl förstå att du är otillfreds med att du inte kan använda din arm och har smärtor.* (resumé, affektivt, sak) *Jag är glad att du kommer till mig, därför att då har du nog lite tillit till mig i alla fall.* (relation) *Jag remitterar dig gärna, har du andra förslag till vad du vill ha min hjälp med?* (meta-kommunikation)

#### Beställningspatienten – tillit till experten och kanske till läkaren

Om patienten ställer krav till exempel om remiss, recept eller sjukskrivning hotas läkarens autonomi och roll som konsult. Men sett från patientens sida söker han kanske bara att få del i de förmåner han känner sig berättigad till. Kanske uppfattar han läkaren som ett hinder snarare än som en hjälpare på vägen till att lösa sitt problem.

P (45-årig kvinna): *Jag vill gärna ha en remiss till professor i X-by, som är expert på borrelia.* (förväntningar) *Jag fick för länge sedan en otillräcklig behandling, därför måste jag ha en ny undersökning för att få en bättre behandling.* (föreställning) *Jag har varit mycket sjuk i flera år och inte varit i jobb de senaste tio åren. Men nu har jag förstått, vad det är för fel, jag har läst en del om borrelia, så jag måste alltså ha en remiss.* (förväntning)

L: Vad är det som gör att du kommer till mig just i dag? (nyfiket)

P: *Jag kan inte klara att ha det så här längre, jag måste få hjälp nu!* (förstärker sitt problem)

L: Berätta lite mera. (om dina symptom)

P: *Jag har ont varenda dag, det trycker i*

*huvudet, tankarna fungerar inte, jag sover dåligt och har mycket ont.* (förstärker ytterligare, nutid)

L: *Du talar om borrelia (nutid), när började det? (dåtid, sak)*

Vi ser här att patienten ger klart uttryck för föreställningar och förväntningar, men att läkaren inte ger henne ett svar på att han vill försöka att hjälpa henne. Det får patienten att förstärka sina uttryck för symptomen. Kanske känner läkaren en viss misstillit från patienten när patienten ber om en remiss (*jag vill inte reduceras till att vara ett expeditjonskontor*), kanske är det den professionella osäkerheten i förhållande till borrelia som kommer i gång, eller är det den hotande maktlösheten i förhållande till en kronisk sjukdom? I varje fall kunde läkaren senare berätta, att han ganska snabbt hade känt sig mycket förvirrad och inte visste, vad han skulle säga och då i stället ställde automatfrågor.

Patienten gav sedan uttryck för att hon skulle ha känt sig lättad om läkaren tidigt i samtalet hade sagt att han skulle försöka hjälpa patienten.

#### Sjukskrivningar – om läkaren får misstillit till patienten

Det fanns problematiska sjukskrivningar i många patientspel, därför att förhållandet mellan patient och läkare ändrades.

Sjukdom är vägen till hjälp hos läkaren, men det ger kanske också rätt till sjukskrivning. Å ena sidan söker patienten hjälp för sin sjukdom, å andra sidan söker han att övertyga läkaren om att han är tillräckligt sjuk för att bli sjukskriven. Men är han tillräckligt sjuk? Här får läkaren en domarroll. Om domen ser ut att bli till patientens fördel orsakar det inga problem i förhållandet, men om läkarens dom går emot patientens förväntningar belastas förhållandet.

När under samtalet ska domaren gå in, när ska läkaren? När patienten uppfattar läkaren som en del av lagstiftning och ekonomi påverkas läkarens självuppfattning som hjälpare och konsult. Läkarens kunnskap i att hjälpa patienten med det han är utbildad i, det medicinska, efterfrågas bara delvis. Läkarna kände

sig ofria och uppbundna som de var av lagstiftningen, och hade svårt att hantera den annorlunda rollen [8]. Domarrollen får många läkare att bemöta patienter som ber om sjukskrivning med motvilja, misstänksamhet och eventuell misstillit – något som patienterna är särskilt känsliga inför.

#### Den deprimerade

L: Kan du berätta varför du kommer i dag?

P (25 år, sjukskriven): *Jag mår så dåligt.*

L: På vilket sätt?

P: *Jag känner mig så trött.*

L: Kan du berätta lite mera?

P: *Jag har ont i kroppen.*

L: På vilket sätt mår du dåligt?

P: *På alla.*

L: Kan du berätta lite mera?

P: *Jag gör ingenting. Jag sitter hemma. Du måste förlänga min sjukskrivning.* (förväntningar) *Jag mår så dåligt. Jag har ont i ryggen. Det hände för några år sedan efter en trafikolycka där jag blev påkörd bakifrån, då började det hela. Jag har det mycket dåligt, jag vill inte tala om det med någon.*

L: Förutom att ha ont så ser du heller inte ut att må bra.

P: *Jag har det mycket dåligt.*

L: På vilket sätt kan jag hjälpa dig?

P: *Du kan förlänga min sjukskrivning.*

L: Får du det bättre av att vara sjukskriven?

P: *Jag har det mycket dåligt.*

L: Förutom att ha ont ser du inte heller glad ut.

P: *Jag är deprimerad. Allting är förändrat efter olyckan. Jag har det mycket dåligt, fungerar inte och kan heller inte jobba.*

Här får läkaren igång patienten med att berätta, och hon ser patienten. Men när patienten ber om förlängning av sin sjukskrivning, frågar läkaren i stället om hon får det bättre av att vara sjukskriven. Patienten vet alltså inte än om läkaren vill hjälpa och måste försvara sig med att hon mår dåligt. När läkaren frågar innan patienten har fått löfte om hjälp, kan **frågorna** uppfattas som att läkaren **ifrågasätter** patientens upplevelse av sin situation. Relationen mellan dem förblir tveksam och likaså tilliten. ►►

Det avgörande är att läkaren klargör sin relation till patienten: att hon ska försöka hjälpa. (relation) Och det är inte nödvändigtvis detsamma som att hon vill förlänga sjukskrivningen (i det oändliga), men något måste hända. (saken) Det svåra är att hålla person (relation) och sak skilda. Här kan det vara en hjälp att inse, att det att hjälpa rymmer (åtminstone) fyra aspekter som måste hållas isär:

- att vara tillsammans om problemet (*här och nu*)
- att ledsaga patienten (*framöver*)
- att tillsammans försöka lösa problemet
- att göra (en del eller hela) arbetet för patienten

Flera läkare gav nämligen uttryck för att det kändes för förpliktande att säga, att man skulle försöka hjälpa. Men läkaren måste påminna sig själv, att det att hjälpa patienten inte är detsamma som att rädda honom (eller som barn: *hjälp mig med mina läxor* kan ha betydelsen: *Gör dem åt mig!*). Det handlar om att göra klart för sig att det till en början handlar om att bara vara tillsammans med patienten om problemet. Läkarens erbjudande om att försöka hjälpa visade sig skapa en lättnad hos patienten, som bidrog till att man fick bättre, kortare och mera relevant information. Därvid undvek man att bli indragen i misstillitens besvärliga känslor med angrepp och försvar, där ingen av parterna riktigt hör vad den andra säger. Överraskande nog kände läkaren också en lättnad genom att tidigt ge erbjudande om att försöka hjälpa – en befrielse från pressen att behöva prestera.

#### Vad kan vi lära av dessa historier?

Dessa rollspel utifrån egna patienter man mött har visat några typiska samtalsmönster mellan patient och läkare. Svart på vitt blir det tydligt, varför många patienter blir besvikna i mötet med sin läkare. De – som det beskrevs i inledningscitaten av Løgstrup – som har lämnat ut sig, och inte fått något svar på sin begäran om hjälp. De sitter ofta kvar med skammen eller besvikelsen över att ha blottat sig till ingen nytta. Å andra si-

dan illustrerar rollspelen också **hur svårt** det kan vara för läkaren trots massor av välvilja att bemöta patienten.

Skall man dra en konklusion ur dessa rollspel, så är det den att läkaren redan i början av konsultationen medvetet bör arbeta med tilliten mellan patient och läkare. Man skapar tillit genom att i början av konsultationen under patientens del, lämna sin egen värld (*disease*) för att tillsammans med patienten gå in i dennes värld (*illness*). I patientens del där patienten berättar om sina föreställningar, farhågor och förväntningar erbjuder läkaren sin hjälp som medmänniska. Detta arbete är ovant för de flesta läkare och kräver mycket träning.

Läkarens uppgifter i början av konsultationen tycks bestå i att fokusera på relationen fram för saken:

1. minska patientens ångest i förhållande till om hon får hjälp genom att tidigt säga: "jag ska försöka hjälpa dig!"
2. visa att han hör, ser och tror på patienten jämte att ge kvitto, sammanfatta och berömma.
3. visa att han inte blir skrämmd, inte är dömande, men är redo att ledsaga patienten.
4. att stanna i här-och-nu i stället för att byta till dåtid.
5. undvika att ställa frågor som patienten kan uppfatta som ifrågasättande av hans besök.
6. säga att han ska försöka hjälpa och därmed motverka patientens känslor av mindervärde, ensamhet, skam och meningslöshet.

Det kan förefalla paradoxalt att uttalandet: *jag ska försöka hjälpa dig!* avlastar läkaren från att omedelbart handla. Men dessa ord kan minska både läkarens och patientens ångest så det blir lättare för läkaren att förbli i sitt varande, och bara lyssna på patienten tills man har fått tillräckligt med information och överblick.

Det påminner om historien där Puh, Nasse och Kanin gick vilse i dimman. När äntligen Kanin som pratat på hela tiden lämnat dem och det blev stilla kunde Puh hitta vägen hem. "För om



Fig. 5

ingen säger något utom de tolv honungsburkarna, Nasse, så kommer jag att veta varifrån de ropar" (fig. 5).



**Jan-Helge Larsen**

allmänpraktiker, fd lektor, Herlev, Danmark  
jhl@dadlnet.dk

**Charlotte Hedberg**

allmänpraktiker, pedagogisk adjunkt,  
Kvartersakuten, Surbrunnsg 66,  
och CeFAM, Stockholm  
Charlotte.hedberg@sll.se

Artikeln har publicerats i *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2007; 85: 679-87. I samband med översättning har den blivit omarbetad.

#### Litteratur:

1. Nilsson, J. De i Utkanten Älskande. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 2006.
2. Yalom ID. Eksistentiel psykoterapi. København: Reitzel, 1999.
3. Løgstrup, KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956/1991.
4. Hedberg C. Kropp och existens. Tidsskr Nor Laegeforen, 1992;112: 923-5.
5. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O: Konsultationsproces-laboratoriet – træning i klinisk samtale. Allmänmed, 1999: 20: 24-27.
6. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision av video. Månedsskr Prakt Lægegering 1997; 75: 163-176.
7. www.kalymnos-kurser.dk (september 2007)
8. Engblom, M, Rudebeck, CE, Englund, L, Norrmén, G. "Inte doktors bord" – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. Läkartidn 2005; 102: 3666-74.

#### Interessekonflikt:

Båda författarna är medkursarrangörer av Kalymnoskurserna i konsultation och videohandledning.

# Från stadens brus till skogens sus

Jag – en inbiten Stockholmska – sa envist de sista terminerna på läkarutbildningen; "Jag ska göra min AT-tjänst långt från närmaste sjukhus, jag vill ha utmaningar och inte bli journalslav".

Till min stora glädje fick jag börja i Lindesberg med vårdcentral-placering i Hällefors, 80 km från närmaste sjukhus. Ja, jag vet, det är inte som i Västerbotten eller Norrbotten, men det kändes rätt och väldigt bra – jag kände ju väl till Hällefors sen tidigare. I många år hade jag arbetat som föreståndare på läger med utvecklingsstörda, de senaste åtta åren i Hällefors kommun. Jag trivdes med lugnet och med naturen.

I denna bruksort mötte jag bland annat Ella som vägrade söka vård på sjukhuset "långt där borta", när hon hade kört av vägen rakt in ett träd – hon hade ju tid hos "sin doktor" på måndag. På min mottagningslista står det på måndag morgon "trafikolycka". "Tja, hon har väl cyklat omkull", tänkte jag. Men ack så jag bedrog mig, in i mitt rum kliver Ella med brillenhematom, humerusfraktur och spricka i ena foten. "Du måste ändå åka till sjukhuset nu, varför åkte du inte med ambulansen igår?" var förstås en av mina första frågor. "Nej,

jag hade tid hos dig och jag litar mer på dig som är min läkare och som känner mig." Jag hade då träffat Ella som AT-läkare och sedan under sex månader av ST-tiden. Det är att vara familjeläkare i första ledet!

2004 drog kärleken mig norrut, närmare bestämt till Ljusdal och det underbart vackra Hälsingland. Här slutförde jag min ST, och i augusti 2004 började jag som färdig familjeläkare bygga upp min egen lista. Jag har idag, på min välfyllda lista, fyra till fem generationer från samma familj. Det är spännande att arbeta här i Ljusdal. Vi har regelbunden fortbildning varje vecka, en dygnet-runt-öppen akut-mottagning och så vidare. Att dessutom komma till Ljusdals Hälsocentral med sex familjeläkare där den som hade varit här under den kortaste perioden hade arbetat i 17 år, var fantastiskt.

Min dåvarande chef, Olle Svender, byggde under sina 35 år som läkare här i Ljusdal, upp "Ljusdalsmodellen" till något som man över hela världen pratar om som "den optimala Glesbygdsmedicinska modellen". Det har stått klart för oss härifrån Ljusdal först efter att vi har varit med på Svensk förening för Glesbygdsmedicins årsmöten.

Men här väljer jag att lämna er nyfikna – för på Svensk förening för Glesbygdsmedicins årsmöte den 24–25 april i Järvsö, vid Ljusnans kant i det vackra Hälsingland, presenteras Ljusdalsmodellen.

Vi får också höra om Glesbygdsmedicin på Kreta, i Ryssland och får ett referat från Rural WONCA i Nigeria. Docent Anders Wimo håller State of Art föreläsning kring Demens, vi får lära oss mer om Nephropatica Epidemica och Tularemi, hälsa och akutmedicin i glesbygd, en avhandling kring "Asylsökande – akutbesök" presenteras. Dessutom får vi höra om Glesbygdsläkaren Jakob Fredrik Örn.

Så varmt välkommen från Sveriges alla hörn till Järvsö den 24–25 april! Du från stad eller land med nyfikenhet och intresse för Glesbygd – kom med!

Mer information hittar du på vår hemsida: [www.glesbygdsmedicin.info](http://www.glesbygdsmedicin.info) där du även kan anmäla dig!



Lisa Månsson Rydén, Ljusdal  
[elisabeth.mansson-ryden@lg.se](mailto:elisabeth.mansson-ryden@lg.se)



Svensk Förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till

8:e nationella konferensen i Glesbygdsmedicin  
24–25/4 2008, Järvsö, Hälsingland



*Glesbygdsmedicin*  
ett sätt att jobba – ett sätt att vara – ett sätt att leva

För vidare information besök vår hemsida [www.glesbygdsmedicin.info](http://www.glesbygdsmedicin.info)

# På SFAMs hemsida finns mycket om utvecklingsarbete och kvalitet i allmänmedicin

För att underlätta kvalitets- och utvecklingsarbete i Primärvården har Kvalitetsrådet i Svensk förening för allmänmedicin, SFAM Q, under rubriken KVALITET utvecklat en ny del av SFAMs hemsida. Där finns en mängd användbara dokument och metoder för att beskriva, mäta, följa upp och förbättra kvaliteten i det allmänmedicinska arbetet.

## Innehåll

Kvalitetspolicy	SFAMs kvalitetsprogram och förutsättningar för en positiv utveckling av kvalitetssystem i primärvården
Kvalitetshuset	Pedagogisk modell för uppbyggnad av kvalitetssystem på en vårdcentral
Länkar till utveckling	FoU-enheter, nationella och internationella organisationer med anknytning till förbättringsarbete, kvalitetsutveckling och patientsäkerhet i primärvården
Kvalitetsindikatorer	Mål & Mått i allmänmedicin. SFAMs förslag till kvalitetsindikatorer
Seminarier och rapporter	Kommande kvalitetsaktiviteter, sammandrag av genomförda föreläsningar, seminarier och konferenser med anknytning till kvalitetsutveckling och förbättringsarbete i allmänmedicin.
Verktyglåda	Enkäter, kvalitetsverktyg m.fl. hjälpmedel för lokalt kvalitetsarbetet

## SFAMs kvalitetsindikatorer, Mål & Mått

Det är roligt och lärorikt att ur olika aspekter följa och värdera sin egen verksamhet. SFAM.Q, i samverkan med berörda nätverk, har tagit fram evidensbaserade kvalitetsindikatorer inom 13 olika allmänmedicinska områden.

Dessa indikatorer skall vara ett hjälpmedel när man vill granska sina egna resultat. Vi är övertygade om att den som är nyfiken på sin egen praktik och själv granskar sina rutiner, sina resultat och därefter tillsammans med kollegor reflekterar över vad han/hon finner också får kraft att förbättra.

Det är viktigt att mätning och uppföljning inte tar alltför lång tid. Vi har valt att föreslå enkla metoder som inte kräver alltför avancerade databearbetningar. Den viktiga delen i kvalitetsarbetet är processen när man analyserar problem, diskuterar och blir överens om relevanta mål och nya arbetssätt.

Tillgänglighet	Telefontillgänglighet, kallelsesystem, prioritering, täckningsgrad
Information	Patientens uppfattning om vården och sin delaktighet
Luftvägsinfektion	Antibiotikaförskrivning och CRP vid luftvägsinfektioner
Mediaotit	Sporadisk mediaotit hos barn 2-16 år
Tonsillit	Användning av Strep-A och antibiotikaförskrivning
UVI	Nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor > 18 år
Astma	Behandling och uppföljning vid astma
KOL	Behandling och uppföljning vid KOL
Diabetes	Behandling och uppföljning vid diabetes
Kranskärslsjukdom	Behandling och uppföljning vid kranskärslsjukdom
Hjärtsvikt	Behandling och uppföljning vid hjärtsvikt
Förmaksflimmer	Behandling och uppföljning vid förmaksflimmer
Levnadsvanor	Registrering av fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och rökning. Med en enkel enkät om levnadsvanor, som finns i "verktyglådan", går det att fånga mätbara variabler om levnadsvanor

## Verktyglåda

1992 tog SFAM Q fram en verktyglåda med enkla och lätt-tillgängliga metoder som kunde väcka nyfikenhet och vara till nytta i förbättringsarbetet på vårdcentralen. Verktyglådan har slutat tillverkas men delar av den och en hel del nytt material har vi lagt på hemsidan.

<b>ENKÄTER</b>	
Arbetsmiljö	Kort enkät om arbetsmiljö
<b>HEMSJUKVÅRD GERIATRIK</b>	
Fallriskindex	Bedömning av risk för fallskador (Downton Fall Risk index)
Trycksårsrisk	Riskbedömning trycksår (RBT skalan)
Näringstillstånd	Bedömning av näringstillstånd hos äldre. (MNA Mini Nutritional Assessment)
Smärtenkät	Bedömning av risk för utveckling av långvarigt smärttillstånd (S. Linton). Tolkningsmall för smärtenkät
<b>HÄLSA LEVNADSVANOR</b>	
Hälsoupplevelse	SF-36
Hälsoupplevelse	EQ-5D
Levnadsvanor	Kort enkät om kost, rökning, alkohol och psykisk hälsa
<b>PATIENTENKÄTER</b>	
Europep	Enkät om patientens åsikt om senaste läkarbesök. Enkäten används brett i Europa.
<b>GRANSKNING</b>	
Extern granskning	Kort sammanfattning om olika externa granskningsmetoder.
Kvalpråk	Kvalitetssäkringsprogram utvecklat av läkare för läkare. Läkaren redovisar uppgifter om sin egen verksamhet och får statistik för att jämföra egen verksamhet med andras. Utvecklat av privatläkarföreningen.
Medicinsk kvalitetsrevision	Hur en medicinsk kvalitetsrevision går till (Läkarförb, Läkarsällsk, MKR)
Pvkvalitet	Samarbete i Jönköpings, Kalmar och Östergötlands landsting. Man kan mata in resultat av egna kvalitetsmätningar och få omedelbar återkoppling och jämförelser med andra vårdcentraler. Åtkomst gäller endast för enheter inom ovanstående landsting. Inloggningsuppgifter krävs.
<b>KVALITETSVERKTYG</b>	
Arbetsätt	Modell för förändringsarbete
Brainstorm	Metod att få fram kreativa idéer
Fiskbensdiagram	Verktyg för att förstå vilka orsaker som påverkar ett visst problem
Flödesschema	Verktyg för att analysera en process
Kvalitetshjulet	PDSA-cirkeln. Modell för att testa och introducera förändringar och se om förändringar blir förbättringar
Multiröstning	Metod för att i teamet ta fram förbättringsförslag och prioritera
Mötesteknik	Regler och roller i teamet vid förändringsarbete

Vid Primärvårdens nationella kvalitetsdagar gjordes en mängd presentationer av kreativt utvecklingsarbete i Primärvård. Presentationer från 2006 respektive 2007 års kvalitetsdagar hittar Du på vår hemsida: [www.sfam.se/kvalitet](http://www.sfam.se/kvalitet)



**Lennart Holmquist**, Nykvarns vårdcentral  
Medlem i SFAMs kvalitetsråd  
Tillsammans med Per Stenström redaktör för SFAMs kvalitets sida.  
[Lennart.holmquist@sns.sll.se](mailto:Lennart.holmquist@sns.sll.se)

# SJPHC på nätet

Scandinavian Journal of Primary Health Care nr 4 2007 är nu tillgänglig i nätversion, [www.sjphc.org](http://www.sjphc.org)

Här följer innehållsförteckningen:

## EDITORIAL

**Children and adolescents presenting in general practice. Potential for identification and intervention against overweight**  
Author: Anelli Sandbæk

**New elements of quality development – and a deterioration in the specialist training standards. Authors:** Roar Maagaard; Peter Torsten Sørensen

## New Finnish Editors

Author: Jakob Kragstrup

## EDUCATIONAL NEWS

**Examination of final-year medical students in general practice**

Authors: Ivar J. Aaraas; Knut Holtedahl; Tor Anvik; Niels Bentzen; Eli Berg; Nils Fleten; Toralf Hasvold; Astri Medbø; Peter Prydz

## ORIGINAL ARTICLES

**Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care**

Authors: Andreas Zeller; Knut Schroeder; Tim J. Peters

**Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study**

Authors: Allan Buusman; Morten Andersen; Camilla Merrill; Beth Elverdam

**The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives**

Authors: Sibyl Anthierens; Hilde Habraken; Mirko Petrovic; Thierry Christiaens

**Quality of life in cancer survivors as observed in a population study of Swedish women**

Authors: Östen Helgesson; Lauren Lissner; Jörgen Månsson; Calle Bengtsson

**Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: A nationwide survey in the Netherlands**

Authors: Sander D. Borgsteede; Luc Deliens; Gerrit Van der Wal; Anneke L. Francke; Wim A. B. Stalman; Jacques T. M. Van Eijk

**Evaluation of current care effectiveness: A survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres**

Authors: Seija I. Alanen; Riitta Johanna-Kemppainen; Jarja J. Ijäs; Minna Kaila; Matti Klockars; Marjukka Mäkelä; Maritta A. Välimäki

**Predictors of acute myocardial infarction mortality in hypertensive patients treated in primary care.**

**A population-based follow-up study in the Skaraborg Project**

Authors: Erik Bøg-Hansen; Charlotte A. Larsson; Bo Gullberg; Arne Melander; Kristina Boström; Lennart Råstam; Ulf Lindblad

**The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses**

Authors: Piia Jallinoja; Pilvikki Absetz; Risto Kuronen; Aulikki Nissinen; Martti Talja; Antti Uutela; Kristiina Patja

**The fibromyalgia diagnosis – hardly helpful for the patients?**

**A qualitative focus group study**  
Authors: Merete Undeland; Kirsti Malterud

# ANNONS

# ANNONS

## Att vidga vyerna

# Fallbeskrivning med självreflexion

Under ett par månader deltog jag som patientansvarig läkare i den palliativa vården av en kvinna med recidiverande koloncancer. Arbetet med denna patient medförde frustrerande problem, som fick mig att undra hur beslut i den palliativa vården påverkas av att det finns två patientansvariga läkare (PAL) och om ett övertagande av PAL-skap sker under vårdtiden.

### Vårdförlopp

I december blev jag som läkare kallad till hembesök hos en palliativ patient som hade behov av läkarkontakt även i primärvården. Det var en kvinna, Anna, snart 60 år, som led av koloncancer med recidiv och hade kolostomi och bilaterala nefrostomier. Palliativ cytostatika hade givits i omgångar. Hon hade vårdats för sepsis från en abscess i lilla bäckenet. Som sjukvårdspersonal var Anna väl medveten om att hon hade tappat kraft och styrka men hon var inställd på att träna. Hon hade redan en patientansvarig kirurg och en konsultonkolog.

I slutet av januari, efter nefrostomibytten, abscessrecidiv, justering av medicin mot smärta och illamående, gjorde Anna ett polikliniskt besök på kirurgkliniken där hon träffade sin PAL och sin onkolog, dock inte samtidigt. Onkologen förmedlade till Anna att palliativ cytostatika inte var aktuellt i det skick hon nu befann sig i men att det kunde bli aktuellt – när hon blev bättre.

Den här perioden hade präglats av olika svåra symptom, ett flertal resor till sjukhuset och spridda insatser utan framförhållning. En perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) i samband med abscessdränaget hade höjt Annas livskvalitet väsentligt och givit bättre symptomlindring.

Jag blev förvånad över onkologens besked och tyckte att det var beklagligt, för att inte säga feigt. Det försvarade mitt arbete en tid framöver.



Foto: Margareth Osju Arverud

*Hemlöshet i katastrofens spår*

En mycket påtaglig försämring kunde ses i mitten av februari. Först då kunde Anna acceptera en sjukhussäng i hemmet. Tidigare hade hon motsatt sig detta. Hon uttryckte sin besvikelse genom uttryck som att ”det var ju inte hit jag skulle komma” och ”här ska jag inte ligga länge”. Jag uppfattade Annas uttalanden om sängen som att hon nu slutligen hade nått insikt och en viss acceptans för sin situation.

Anna efterfrågade uppföljning av blodproven från avdelningen. Det var inte aktuellt med nya prover, men frågan öppnade för en diskussion om insatser i sen palliativ vård.

Jag kände att jag nu övertog huvudansvaret för Anna och blev hennes PAL. Besluten blev mycket enklare och jag upplevde därefter inget behov att samråda med kirurgkliniken PAL. Mitt mål var att hålla Anna symptomfri genom regelbundet medicinintag och extramedicin vid behov. Trots detta drabbades hon enstaka gånger av smärta och ångest.

De sista 14 dagarna blev lugna med successiv försämring. Anna dog i sitt hem med man och dotter hos sig.

### Litteraturgenomgång

I det regionala vårdprogrammet för palliativ vård [1] definieras palliativ vård som en ”aktiv helhetsvård” som syftar till ”högsta möjliga livskvalitet när bot inte längre är möjlig”. Här beskrivs den tidiga fasen som en period kännetecknad av enstaka åtgärder och palliativa insatser. Den sena fasen likställs med livets slutskede med aktiv helhetsvård, kontinuerliga insatser och beredskap dygnet runt.

En förutsättning sägs vara ”att behandlande läkare (PAL) tillförsäkras sig om att ansvarig läkare på nästa vårdnivå är väl informerad och tar över ansvaret”.

I regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser och revisionsrapporter från olika landsting i Sverige, ses gemensamma drag och svårigheter i organisationen av den palliativa vården. Det belyses i citaten: ”behandlande läkare på sjukhuset ansvarar för att PAL i öppenvård identifieras” och ”utskrivande enhet behåller ansvaret till dess att behandlande läkare är förvissad om att ansvaret tas över av öppenvårdsläkaren och att den vården är tillräcklig” [2].

Peter Strang, professor i palliativ medicin, hävdar att de flesta terminalt sjuka vill dö hemma och definierar tidig palliativ vård som en fas där man med tumörbehandling vill påverka tumörsjukdom och överlevnad medan man i sen palliativ fas har avslutat aktiv tumörbehandling [3]. I en kommentar till en JAMA-artikel skriver han om döende läkare och påminner om den dödsångest och det dödsförnekande som dödlig sjukdom väcker hos alla patienter [4]. Originalartikeln belyser såväl allmängiltiga problem vid palliativ vård som särskilda konflikter i vården av en läkarkollega. ►►



Författarna ger även användbara råd för hantering av dessa situationer [5].

Meier och medförfattare menar att arbetet med svårt sjuka patienter och deras familjer oundvikligen väcker känslor hos läkare och att dessa känslor påverkar behandlingen. De beskriver hur läkarens oreflekterade känslor kan påverka vården av svårt sjuka patienter och har listat riskfaktorer och varningssignaler samt lämnat åtgärdsförslag. Att reflektera över väckta känslor anser de vara en "medicinsk professionell skyldighet" [6].

Ett kapitel i Hunskaars bok "Allmänmedicin" ägnas åt vård i livet slutskede. I frågan om patientansvar sägs: "För människor med kort förväntad överlevnad (< 6 månader) rekommenderas att det finns både patientansvarig sjukhusläkare och familjeläkare och att dessa kommunicerar med varandra" [7].

### Intervjuer med kollegor

För att ta del av kollegors erfarenheter gjorde jag intervjuer med två läkare med erfarenhet av palliativ vård, en allmänläkare och en kirurgläkare.

De ansåg att dubbelt PAL-skap behövs för att patienten ska vara förankrad både på sjukhuset och i primärvården, vilket bidrar till att skapa trygghet för patient och anhöriga. Tidig information från kliniken till vårdcentralen är av vikt för att hinna skapa en förtroendefull relation. Dubbla PAL kan bidra till mer välgrundade beslut genom kompletterande observationer där bedömningen av patienten i hemmiljön är viktig. En nära kommunikation mellan PAL möjliggör bra samarbete. Under tidigt skeende, när patienten orkar åka till och från sjukhuset, och mer aktiva insatser görs, ligger huvudansvaret hos slutenvårdsläkare. Allt eftersom mer insatser behövs i hemmet och det blir svårare med transport till sjukhuset, övergår ansvaret till primärvårdsläkaren.

Ett större problem än dubbla PAL är en otydlighet om vem som är PAL eller att ingen PAL finns [8]. PAL blir man först om man har satt sig in i situationen och tagit ställning, gjort något aktivt. Problem uppstår även om det inte fattas ett tydligt beslut att gå från kurativ till



Foto: Margareth Ösju-Averud

*Händerna får symbolisera manteln/pallium/den palliativa vården kring hjärtat/patient och anhöriga.*

palliativ vård. Det är viktigt med ärlig information från slutenvårdens PAL, eftersom det blir svårt för primärvårdens PAL att förmedla allvaret i efterhand. Det är viktigt att undvika dubbla budskap.

Övergången från tidig till sen palliativ vård är svårdefinierad. En tumregel kan vara att patienten är mer påverkad av allmänna symptom som trötthet, ödem och ascites än av rent tumörrelaterade besvär.

Att hantera den existentiella kris som berör patient, anhörig och läkare handlar om att vara ärlig, att ställa upp och att finnas till hands. Patient och anhöriga pendlar ständigt mellan hopp och förtvivlan. Krisen startar med beskedet att botande behandling inte kan ges. Patienten använder hela tiden olika förträngningsmekanismer och hoppet om tillfrisknande finns kvar länge. Det gäller som läkare att underlätta och hjälpa patienten till att omformulera hoppet från tillfrisknande till störst möjliga välmående. Det gör vi genom att inrikta oss på hur patienten mår och på dennes livskvalitet och inte på laboratoriesvar och röntgensvar.

### Diskussion och slutsatser

Ett dubbelt PAL-skap är nödvändigt för att ge trygg avancerad palliativ vård i hemmet. Patienten bör kunna förlita

sig på flexibla och individuella lösningar inom ramen för samarbetet mellan primärvården och berörd klinik.

Ett formellt övertagande av PAL-skapet behövs inte. Det skulle kunna motverka det samarbetsfrämjande dubbla PAL-skapet. Enligt min begränsade erfarenhet sker ett informellt övertagande i sen palliativ vård, antingen patienten dör hemma eller på sjukhus.

Jag ser med förväntan fram mot ett förverkligande av gällande vårdprogram där en tydlig och ömsesidig överrapportering av palliativa patienter betonas. Detta skulle medföra en kvalitetshöjning och en ökad trygghet för patienter och anhöriga.

I mitt fall var den största svårigheten, såväl känslomässigt som praktiskt, beskedet från onkologen till patienten att det fanns ytterligare palliativ cytostatika att tillgå. Detta besked försvärade min kommunikation med patienten och fick mig att tvivla på min bedömning av patientens tillstånd.

Ett utdraget sjukdomsförlopp, med återkommande kriser som har klarats av genom åren, kan försvåra för patient och anhöriga att acceptera när den slutliga försämringen kommer.

Att fokusera på mätbara data och tekniska detaljer är ett vanligt försvar mot smärtsamma sanningar. Det användes av Anna och vårdgivare vid upprepade tillfällen. Men vi hjälper patienten bättre om vi lyckas lägga fokus på livskvalitet och på hur patienten mår.

I efterhand ser jag att hela vårdtiden präglades av Annas egna erfarenheter av arbete i sjukvården. Hon hade svårt att ta emot professionell hjälp och avböjde flera erbjudanden. Trots detta ansåg de anhöriga att hon själv fick ta för mycket ansvar för sin egen vård och "rehabilitering".

Jag tror att de i fallpresentationen beskrivna problemen kan rymmas under samma rubrik. De är uttryck för patientens och läkarens hantering av en existentiell kris med dödsängest.

När jag väl insåg, såväl i tankar som i känslor, att slutet närmade sig så var den svårighet onkologens besked skapat övervunnen. Att Anna samtidigt vågade se sin situation innebar att vi fick en rak

och tydlig kommunikation och ett bra samarbete som gjorde det möjligt att hantera även den svåraste situationen i slutskedet.

Under arbetet med denna artikel insåg jag snart att mina initiala frågor var av underordnad betydelse. Det handlar mindre om PAL-skap och samarbets-svårigheter och mer om den palliativa vårdens kärnfrågor som jag också ställde till mina kollegor:

- När går palliativ vård från tidig fas till sen fas?

- Hur hanterar vi den existentiella krisen som uppstår, inte bara hos patienten utan också hos oss som behandlande läkare oavsett om vi agerar i öppenvård, slutenvård eller som konsulterande onkolog?

Att jag har blivit uppmärksam på de praktiska och känslomässiga svårigheter som kan uppstå i dessa krävande vårdkontakter gör mig förhoppningsvis bättre rustad för palliativ vård i fortsättningen. Jag kommer att ha anledning att åter-

komma till artikeln om läkarens känsloliv vid vård av svårt sjuka många gånger de kommande åren – och rekommenderar alla läkare att göra detsamma.

#### **Efterord:**

Artikeln är en förkortad version av uppsatsen för specialistexamen i allmänmedicin 2007.

Handledare var Karin Ranstad, Nätraby vårdcentral.



**Helen Magnusson**, Nätraby Vårdcentral,  
*helen.magnusson@ltblekinge.se*

#### **Referenser:**

1. Vårdprogramgruppen. Palliativ vård, Regionalt vårdprogram för patienter i alla åldrar i södra sjukvårdsregionen, 2003. [updated 2005, cited 071011] available from: <http://www.ocsyd.lu.se>
2. Förtydligande av rutiner avseende den lokala överenskommelsen [071011] available from: [http://www.samverkanstorget.se/vgrtemplates/Start\\_\\_\\_10974.aspx](http://www.samverkanstorget.se/vgrtemplates/Start___10974.aspx)
3. Strang P. De flesta terminalt sjuka vill dö hemma. Avancerad hemsjukvård kan i många fall ersätta palliativ slutenvård. *Läkartidningen* 2002;99:742-6.
4. Strang P. Existentiell kris när doktorn är döende. *Läkartidningen* 2004;101:1350-1
5. Fromme E, Billings JA. Care of the Dying Doctor, On the Other End of the Stethoscope. *JAMA*.2003;290(15):2048-55.
6. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *JAMA*.2001;286(23):3007-14.
7. Kamps H, Hessling SE, Daae C. Vård i livet slutskede. In: Hunsbår S/Hovellius B, editors. *Allmänmedicin*. Studentlitteratur AB. 2007; p759-67.
8. Campbell-Chiru T. Palliativa patienter på kirurgkliniken, Karlskrona – en retrospektiv undersökning av 101 konsekutiva patienters vård, [Nordic Specialist Course of Palliative Medicine][Stockholm] 070426.

## ANNONS

# Godtycke och rättsosäkerhet

## Vad kan patienterna kräva av sin läkare?

Handikappsförningarnas Samarbetsorgan (HSO) har gjort en studie som för länge sedan allmänläkare, socialmedicinare eller Socialstyrelsen borde ha gjort. De har granskat 115 fall av avslag till sjukpenning från Försäkringskassan (Fk) i Västernorrland [1].

Fk har gjort allt den har kunnat för att förhindra, försvåra och försena granskningen. HSO fick gå såväl till kammarrätt som till regeringsrätt och därefter tog det fem månader för Fk att lämna ut begärda, oidentifierade handlingar. Berit Ydreborg, medicine doktor i rehabiliteringsteknik, har som utomstående forskare analyserat de 115 fallen.

Tre faktorer styrde möjligheterna att få en ansökan om sjukpenning beviljad: att ha en sjukdom som kan konstateras med prover, att komma till en läkare som kan beskriva arbetsförmågan och att ansökan granskas av rätt försäkringsläkare.

En enda försäkringsläkare stod för 51 procent av avslagen i länet, i det delområde han jobbade i för 92 procent. Samma erfarenhet finns från Jönköping, där en enda försäkringsläkare fått miljoner i årsersättning, varit oanträffbar för kollegor och levererat avslag vad än behandlande läkare skrivit. Han har varit kassans skarprättare som givit legitimitet för målet att halvera sjukskrivningstalen [2,3].

I Västernorrland fann man att vissa diagnosgrupper blev mistrodda oftare än andra. Personer med mätbara fysiska besvär hade lättast att bli trodda av Fk, och allra mest trodde Fk på dem som hade hjärt-kärlsjukdomar. Personer med smärttillstånd fick däremot ofta avslag, inte sällan i summariska ställningstaganden där Fk hänvisade till "subjektiva" besvär. Två tredjedelar av de avslagna

ärendena gällde personer med smärta, jämfört med 40 procent bland samtliga sjukskrivna. Vissa försäkringsläkare gav till och med raljerande och hånfulla omdömen om de "subjektiva" symtomen.

De medicinska underlagen visade sig dåligt motsvara Fk:s krav. Bara 10 procent av intygen hade en någorlunda fyllig beskrivning av arbetsförmågan. Rapporten drar slutsatsen att tredje part, de sjuka, får betala priset för läkarnas bristande kunskaper och vilja att beskriva arbetsförmåga. Förhoppningsvis har de medicinska underlagen en högre kvalitet bland alla som söker hjälp på Fk än i denna grupp på 115 som fick avslag.

En majoritet av dem som fått avslag var lågutbildade, som kan ha svårt att framlägga sin sak på rätt sätt för sjukvården och Fk. Även Ydreborg fann i sin avhandling [4] att de som fick avslag var mer socialt utsatta, oftare arbetslösa och utomnordiskt födda. Som grupp var de som fått avslag sjukare än de som fått sin ansökan beviljad. Således, det är inte bara medicinska faktorer som avgör om en person ska få avslag!

Denna bild av de mest utsatta har Fk, efter kritik över sin framfart, själva redovisat i en rapport [5]. Avslagen drabbar personer med vissa diagnoser, arbetslösa och boende i vissa regioner. Avslagen ändras ofta efter ny prövning, i 17 procent vid omprövning inom Fk, i 40 procent i länsrätten för dem som överklagar Fk:s beslut. I en rättstat är det naturligtvis orimligt att när väl en myndighets beslut prövas finner den rättsvårdande domstolen att myndigheten gör fel i nästan hälften av fallen. Och då ska man komma ihåg att det bara är en liten del som kan eller vill överklaga till länsrätten bland dessa de mest utsatta [6]. Det utgår till exempel ingen rättshjälp vid förvaltningsdomstolar.



Bland dem som fick avslag är det få som faktiskt klarat att arbeta. Bara hälften återgick till arbete, av dem minskade 30 procent sin arbetstid på grund av sjukdom [5]. Hade det varit fusk eller felaktiga attityder, vanliga påståenden i senare års sjukskrivningsdebatt, hade rimligen människor gått tillbaka i sina jobb och glatt fortsatt att arbeta. Vad hände den hälft som inte kom tillbaka? Lever de på anhöriga, får de söka försörjningsstöd, rekryteras de till den hemlösa gruppen? De 30 procent som gick ner i arbetstid fick således själva betala för sin ohälsa. Hur länge klarar sig den hälft som gick åter i arbete? Tvång att jobba med tilltagande arbetsskador, medicinska komplikationer, på sikt utsortering från arbetsmarknaden?

Det är inte så konstigt att HSO är lätt desperat över det godtycke och den rättsosäkerhet som finns i bedömningen av sjuk- och aktivitetstersättningen. Särskilt i perspektivet att Fk påstår att tio- och återtiosentals människor med redan beviljad sjuk- och aktivitetstersättning genom omprövning kan arbeta [7]. Inte för att man har visat att de som varit sjukskrivna

länge kan rehabiliteras åter i anpassade arbeten. Utan därför att Fk köper tjänster av bedömningsgrupper, som talar om för Fk att personerna blivit helt eller delvis arbetsföra till fiktiva jobb. Och då är det ju inte längre Fk:s bord [8]!

Vid HSO:s konferens 5 november i Västernorrland, där även socialutskottets ordförande deltog, redovisade jag de krav jag tycker personer som söker sjuk- och aktivitetsersättning – eller vanlig sjukpenning – kan ställa på sin läkare i perspektivet av Fk:s rättsosäkra handläggning. Jag tror också att vi läkare har hjälp av att patienten före besöket tänker igenom förväntningar och bakgrunden till en eventuell sjuk-skrivning.



**Bengt Järhult,**  
Vårdcentralen Ryd/FoU-centrum, Växjö  
bengt\_jarhult@hotmail.com

#### Referenser:

1. www.hso.vasternorrland.se
2. Molin K. Läkare rasar mot sjukkassan. Underkända sjukintyg oroar läkare. Dagens Nyheter 7 februari 2005.
3. Järhult B. Är det längre möjligt att samarbeta med försäkringskassan? Svensk Rehabilitering 2006 nr 2, s 4-7.
4. Ydreborg B. To be in-between. The road to disability pension with reference to the Swedish social insurance system. Thesis. Riksentrum för Arbetslivsriktad rehabilitering, Linköping: Linköpings Universitet, 2005.
5. Nej till sjukpenning. Vad hände sen? Försäkringskassan 2007. www.forsakringskassan.se
6. Järhult B. Primärvården. Rehabiliteringens pärlport? Svensk Rehabilitering 2006 nr3, s 4-6.
7. Malmberg C, Carlsson B, Granath R. Var tredje långtidssjukskriven skulle kunna ta ett arbete. Dagens Nyheter 13 april 2006
8. Järhult B. Stoppa det grymma spelet kring sjukskrivna. Dagens Medicin 5 september 2007.

## Inför läkarbesöket

Bengt Järhult, Distriktsläkare vid Ryd/FoU-centrum, Växjö

**FÖRBED DIG INFÖR LÄKARSAMTALET. När du inte mår bra och känner att du inte klarar av att jobba, är det viktigt att du börjar med att själv tänka igenom din situation och vad som är orsaken till problemen. Skriv gärna punktvis på ett papper svar på nedanstående frågor, dra en kopia och ge den till läkaren.**

### Arbetsplatsen

VAD SÄGER MIN arbetsledare inför alternativet att jag kanske blir sjukskriven? Kan jag få andra arbetsuppgifter ett tag? Finns något mindre belastande jobb?

Är arbetsledaren på det klara med att i grunden är det arbetsgivaren som har en skyldighet att anpassa arbetsplatsen till mig och stå för rehabilitering? Bör jag prata med min facklige företrädare?

Är det någon konflikt/svårighet som kan redas ut och som skulle göra jobbet lättare?

### Vardagen

LIGGER SVÅRIGHETEN UTANFÖR arbetsplatsen? Finns det problem i hemmet, i min relation till min partner, med föräldrar/syskon? Kan jag göra något före läkarbesöket? Kan läkaren hjälpa mig eller förmedla rätt hjälp om läkaren förstår vad som fattas?

### Sjukdom

NU NÄR JAG känner mig vara i dålig form, vad beror det på? Sjukdom? Något annat?

Om arbetsförmågan påverkas av flera olika saker, be att läkaren anger det i det medicinska underlaget till Försäkringskassan – t ex att flera diagnoser eller besvär bidrar till den nedsatta arbetsförmågan. Detta är särskilt viktigt nu när Försäkringskassan kopplar sjukskrivningstider till diagnoser.

Är det egentligen min oro för sjukdom som påverkar mig mest? Vad symtomet kan vara tecken på? Misstänker jag själv en allvarlig sjukdom? Berätta det för läkaren vid första besöket så kan det påverka läkarens försök att förklara, vilka prover och undersökningar som kan behövas och i vilket tempo de prioriteras.

### Medföljande

KAN MEDFÖLJANDE ANHÖRIG eller tolk underlätta för läkaren att göra sin bedömning?

### Arbetsförmåga

TÄNK IGENOM ARBETSFÖRMÅGAN, för det är den som Försäkringskassan bedömer, inte sjukdomen eller diagnosen. Försök beskriva så tydligt som möjligt vad det är som nedsätter arbetsförmågan.

- Vissa lyft eller särskilda uppgifter – **vilka besvär ger det?**
- Har det med koncentration, stress, övertid eller orimliga förväntningar att göra?
- **Vad leder detta till?** Smärta, oro, sömnsvårigheter, eller påfrestningar på någon annan tidigare skada eller svaghet?
- **Var konkret utifrån vardagen:** påverkas barnens väl, vad leder den nedsatta koncentrationsförmågan till, påverkas dammsugning, fönsterputsning, bäddning, bära matkassar, promenad till jobbet?

### Funktionsbedömning

Om läkaren, eller i ett senare skede Försäkringskassan, tycker saken är oklar; efterfrågas s.k. funktionsbedömning hos arbetsterapeut eller sjukgymnast. Kan testning av kropp/själ (värden på en skala) göra saken klarare? Kan arbetsprövning under pågående sjukskrivning bidra till bedömningen av arbetsförmågan? Om problematiken är mycket omfattande, fråga läkaren om han/hon kan föreslå Försäkringskassan att köpa en utredning vid ett försäkringsmedicinskt centrum. Någon gång kan också remiss till organspecialist (neurolog etc) ge ytterligare synpunkter på arbetsförmågan.

### Mål

ÄVEN OM DET känns omöjligt att klara arbetet just nu, och jag kommer att be om sjukskrivning en kortare tid, vad är mitt mål? Detta är viktigt att ange till läkaren/Försäkringskassan från början. Vad hoppas jag klara efter en sjukskrivning:

- Allt som vanligt?
- Med hjälpmedel eller stöd från arbetsledning/kamrater återkomma till nuvarande arbetsplats?
- Börja på nytt spår på en annan arbetsplats?
- Utbilda mig?

### Deltid

Kan 1/4, 1/2 eller 3/4-dels sjukskrivning vara ett alternativ till hel frånvaro?

### Avstämning/rehabilitering

OM SJUKSKRIVNINGEN KAN bli långvarig, be från början om snabbt avstämningsmöte med läkaren, Försäkringskassan, ev arbetsledare med flera. Du har rätt till det och Försäkringskassan har skyldighet att mycket snabbt samordna parterna till ett möte. Be att läkaren anger detta önskemål tydligt i det medicinska underlaget och – ännu bättre – ringer Försäkringskassan eller pratar med handläggaren, som kanske har regelbundna besök på vårdinrättningen.

Kan rehabiliteringen starta redan vi första besöket? Vad är bäst att börja med?

# ANNONS

# Sagan om Folket och Gässen som trodde att allt skulle bli bättre

Tre unga, relativt nyfärdiga kollegor bestämde sig för att flytta över gränsen från Sörmland till en privat driven vårdcentral i Stockholmsområdet där de kunde få ett avgränsat uppdrag med en lista på 1 600 innevånare. Kvar blir vi 4,6 ordinarie på de befintliga 9,0 tjänsterna för de drygt 20 000 innevånarna. I Sörmland saknas cirka en av tre allmänläkare. Vi har inte haft en egen primärvårdsorganisation på mer än tio år och vi har inget listningssystem. Sedan ett par år är vi del av den stora gröten av 80 procent av landstingets vård – Närsjukvården. Samtidigt kan man på landstingets hemsida läsa om att politikerna är rätt nöjda med tillståndet i primärvården. Hur kan man överbrygga gapet mellan vår syn på vårdverkligheten och det man upplever på den politiska nivån i landstinget? På morgonen Mårtensafton kom det för mig att om politikerna berättar sagor, så är det kanske sagor som gäller.

**Det var en gång** ett avlångt land där de som bestämde i Landet lovade att allt skulle bli bättre.

När Folket i det landet kände sig sjuka, så gick de till Gåsagården för att få hjälp.

Där träffade man en Vanlig gås som kunde säga om ens krämpa var farlig eller ofarlig, och i nio fall av tio kunde Folket få hjälp av den gåsen. Den Tionde kunde ofta få bra hjälp av Specialistgässen i stora Gåsahuset. De kunde ibland bota riktigt svåra sjukor och till och med rädda liv. Gåsahuset blev större och större, och det blev fler och fler Specialistgäss.

Tiden gick och mycket förändrades i landet.

Förr fick Folket slita hårt och hade knappt mat på bordet. Men nu när man hade fått det bättre, satt man och åt alltför mycket.

Förr fick man nyheter genom tidningar och radio. Men nu såg man det nya på TV och på nätet, till och med dygnet runt. Mycket handlade om alla möjliga sjukdomar som man kan drabbas av. Det gjorde att Folk blev oroliga att missa att få hjälp i tid. Så man gick då till sin Vanliga gås som kunde hjälpa till och reda ut vad som var farligt och vad som var ofarligt, och kunde som förut hjälpa nio av tio.

Som alla vet tar det tid att lugna den som är orolig, och frågorna är många.

Och dessutom vet alla att oron ökar när man får vänta. Och det var just det som hände.

Köerna växte och Folket fick vänta längre, och oron ökade.

Det var inte bra för Folket och det var tungt för de Vanliga gässen. Det fattades faktiskt en av tre Vanliga gäss för att kunna ge den hjälp som behövdes.

Många orkade inte längre och det blev svårt att få unga gäss att flytta till Gåsagården.

De som bestämde i Landet hade märkt hur det blivit. Och samtidigt var det så lyckligt att det varit fred i landet nästan i 200 år, så då behövdes inte alla kanoner för att försvara landet.

Då skall vi satsa de "kanonpengarna" på att det skall bli så många Vanliga gäss som behövs.

Det är faktiskt bevisat att det är det bästa även för Gåsahuset om Gåsagården fungerar väl.

Hurra, sade de Vanliga gässen. Nu skall det bli bättre. Nu skall vi kunna ge den goda hjälp vi vet att vi kan ge när vi blir fler.

Men, ack. De som bestämde över både Gåsagården och Gåsahuset var lika rädda att bli sjuka som vanligt folk. Så var och en tänkte: Tänk om jag är Den Tionde.

Så man sade till dem som bestämde i Landet:

– Tack för pengarna. Men vi satsar dem på Gåsahuset för där finns många hål att stoppa i.

Lite kan de Vanliga gässen i Gåsagården få, så att folk lättare kommer fram per telefon, så att Folket får veta att de inte kan få träffa Sin Gås i dag.

Så tiden gick och fortfarande fattades en av tre Vanliga gäss i Gåsagården.

Till sist förstod de Vanliga gässen att de varit dumma nog att tro på att allt skulle bli bättre, som De som bestämde i Landet sagt. För det var ju inte de som bestämde över Gåsagården.

– Men, vad hände sen?

Jo, när de unga gässen i Gåsagården växte upp och märkte att vingarna bar, så flög de sin kos, så Gåsagården fick slå igen.

– Men hur gick det för Folket då?

Jo, de är oroligare än någonsin och nu köar de till Specialistgässen i Gåsahuset, som inte förstår hur de skall klara av inte bara att bota Den Tionde, utan att också hjälpa alla de nio andra. För det är de inte Specialister på.

– Men, varför blev det på detta viset?

Jo, i landet där allt skulle bli bättre, ville alla att allt skulle kunna botas, men då glömde man att i nio fall av tio, kan gåsen bara skilja farligt från ofarligt och lindra och trösta och det tar tid.

**Denna saga publicerades** i lokaltidningen Eskilstuna-Kuriren som debattinlägg. Samtidigt sände jag den till samtliga ledande landstingspolitiker, centrala tjänstemän och allmänläkarkollegorna tillsammans med en skrivelse där jag i klartext gav min bild av de senaste 30 årens primärvårdshistoria som dominerats av löften och svek, exempelvis riksdagsbeslutet om kanonpengarna som försnillats till landstingens svarta hål. De flyttande unga doktorerna gick också ut i tidningen och TVs Östnytt hängde på. De förklarade att anledningen till flytten gällde arbetsmiljön. Ett avgränsat uppdrag av rimlig storlek kunde inte vi erbjuda. Detta är de ungas rätta analys.

Ansvarigt landstingsråd och personaldirektör har svarat att rekrytering av allmänläkare är en prioriterad fråga (som man sagt i flera år) och att man i Sörmland om ett år skall komma med en egen vårdvalsmodell.

Knappast besked som lugnar.

En stabil och enhetlig organisation för svensk primärvård som Anders Håkansson efterlyser i julnumret av Läkartidningen, känns alltmer efterlängtat.



**Tomas Havland**, Strängnäs  
t.havland@telia.com

# Allmänmedicin<sup>®</sup> som varumärke

Sjukvården av idag vilar på två av varandra helt beroende ben, öppenvård och slutenvård. Idag inser alla att vi inte klarar oss utan någotdera benet. Primärvården, den största delen av öppenvården, har alla förutsättningar för att vara ett utmärkt varumärke. Ur patientens synvinkel är betydelsen av en egen, tillgänglig och personlig läkare med god kännedom om dig ovärderlig. Ur samhällets synvinkel är primärvården mycket kostnadseffektiv.

Den fråga vi i NäSTa (Nationellt nätverk för ST-Läkare i Allmänmedicin) ställer oss är varför vi upplever primärvårdens varumärke som svagt? Vad är då ett varumärke?

Ett varumärke kan översättas till kärnvården eller värderingar. Människor väljer varumärken som de väljer vänner. Man vill kunna lita på och dela värderingar med dem. Den vän som uppfyller ens behov förblir man lojal mot. Ett exempel är IKEA:s kärnvården som är folklighet, prisvärde, design och kvalitet. Dessa värden kommuniceras tydligt såväl utåt som inåt i företaget. Vilken bild och vilken image vill vi att omvärlden har av primärvården? Vilka är våra styrkor? Vad är våra svagheter? Vilka förväntningar har våra patienter på oss? Idag är kommunikationen inom professionen förbättrad. Sjukhusläkare raljerar inte längre om inkompetenta distriktsläkare. Speciellt inte i dessa tider av utbudsbegränsning (läs överföring av indikationer från slutenvård till primärvården). Snarare är det den yttre kommunikationen som fallerar, gentemot beslutshavare och allmänheten. Idag utförs hälften av alla patientmöten inom primärvården. Varför syns inte detta i högre grad i sjukvårdens budget, i forskning och på läkarutbildningen?

Hur många av oss har inte fått frågan om vi ska specialisera oss? Eller om vi är AT-läkare? Eller fått glada tillrop eftersom man faktiskt kunde prata med doktorn på vårdcentralen, inte bara få antibiotika-

recept? Vi upplever att förståelsen för primärvårdens uppdrag är låg. Förvirringen blir mer påtalande när man dels ska införa en ny odefinierbar sjukvårdsnivå, kallad närsjukvård och dels när vi inte är konsekventa med benämningen utan kallar oss för husläkare, familjeläkare, allmänläkare eller provinsialläkare. I dialogen med vördade, äldre kollegor tas ofta argumentet att "mina patienter vet att jag är specialist i allmänmedicin" upp. Detta argument faller på sin snäva synvinkel. Det är inte de redan frälsta vi ska påverka. Det viktiga idag är hur beslutsfattare och allmänhet ser på oss, vilket faktiskt varumärke vi besitter. Här tycker vi att SFAM och DLF bör påbörja ett gemensamt arbete och med gemensamma krafter försöka verka för ett stärkt varumärke för allmänmedicin. NäSTa genomför för närvarande en enkätundersökning bland landets ST-läkare i allmänmedicin angående synen på vårt varumärke.

För ett starkare varumärke så är ett gångbart och lätt kommunicerbart namn på vår specialitet ett viktigt delmål. Även om GP och allmenlege fungerar bra i Storbritannien respektive Norge så är det förbrukat i Sverige. Egentligen är inte det viktiga vilket namn det blir, utan

att debatten väcks och att en förändring kommer tillstånd. Tänk om Volvo hette olika saker beroende på om den såldes i Kronoberg, VG-regionen eller Västerbotten? Det faller på sin egen orimlighet, men vi låter vårt varumärke försvagas. Idag är vi den största specialiteten. Utan primärvården stannar sjukvårds-Sverige. Tillsammans är vi starka. Låt oss sätta frågan på dagordningen och försöka påverka beslutsfattarna. Låt oss verka för ett varumärke lika starkt som "kirurg" eller "psykiater"! Det skulle förenkla rekryteringen av nya ST-Läkare.

Varför äger inte vi denna fråga?



För NäSTa  
**Marcel Aponno**  
ST-läkare VC Kusten, Ytterby  
[marcel.aponno@ptj.se](mailto:marcel.aponno@ptj.se)

**Lena Ekelius**  
ST-läkare VC Strandbjörket, Växjö  
[lana.ekelius@gmail.com](mailto:lana.ekelius@gmail.com)

## Notis

### Örebro läns allmänläkarklubb delar ut priser

Örebro läns allmänläkarklubb har vid sin årshögtid på Örebro slott den 12 januari 2008 utdelat sina årliga vandringspriser.

Priset "Kunskapens ljus" för bästa pedagogiska insats utdelades till företagsläkare **Mats Ericsson**, Previa, tidigare Lindesbergs vårdcentral. Motiveringen lyder: "Mats får priset för sitt mångåriga entusiastiska arbete som handledare för läkare under utbildning. Handledarskapet har präglats av en stark allmänmedicinsk förankring, en ansvarsmedveten tydlighet i återkopplingen till adepten samt ett förhållningssätt och generositet som gett adepten de bästa möjligheterna att växa". Priset består av ett diplom och en silverljusstake som får behållas under ett år.



Priset "Bästa allmänmedicinska insats" utdelades till distriktsläkare **Hans Kristofer-son**, Pilgården Degerfors med motiveringen: "Hans uppvisar, efter 35 år som allmänläkare på samma arbetsplats, en föredömlig uthållighet med bibehållen arbetsglädje. Hans förmåga att disponera sin tid och hantera uppdraget under de över tid starkt skiftande förutsättningarna väcker beundran hos kollegor och medarbetare". Priset består av ett diplom och en prispokal som får behållas under ett år.



**Bengt Karlsson**, Örebro  
[bengt.karlsson@orebroll.se](mailto:bengt.karlsson@orebroll.se)

# Varför "smiler" våra danska kollegor?

I november samlades danska praktiserande läkare för 17:e gången i rad till Läkardagarna, den allmänmedicinska "riksstämman" i Köpenhamn. Extra festligt var det naturligtvis för PLO, motsvarigheten till vårt DLF, som i år firar sitt 40-årsjubileum.

**B**ent Hansen, ordförande för Danske Regioner, inledde sitt tal med att säga: "vi vill satsa på er!". Han betonade den stora betydelse som de praktiserande läkarna har i den danska hälso- och sjukvården och uppmanade dem att ställa upp på de regionala sundhetsmålen. Han var också tydlig med att läkarna måste vara med och bestämma och ta ansvar för dessa mål. Han menade att den danska primärvården, som ju fortfarande bygger på många ensamarbetande läkare, borde utvecklas mot större enheter med fler yrkesgrupper, alltså ett närmande till den svenska modellen. Regionordföranden uppmanade också läkarna att delta i den nya "forløbsydelsen" för diabetespatienter, vilket innebär att man lämnar data i patienternas journal till en databas som sedan används för att ge läkaren återkoppling. Detta ger en fast kapitationsersättning för diabetespatienterna i stället för den vanliga besöksersättningen. Hittills deltar dock bara var tionde dansk praktiker.

**Förslag till kurser** för Läkardagarna kan komma från styrgruppen, kursledarna, från en s.k. fortbildningskonsulent och från deltagarna själva. I styrgruppen sitter representanter från PLO och DSAM (den danska motsvarigheten till SFAM). När styrgruppen valt kurser kontakter fortbildningskonsulenterna lämpliga kursledare. Man är noga med att ta in utvärderingar från deltagarna. Får en kurs ett dåligt betyg stryks den ur programmet kommande år.

Kirsten Talbro Lاراignou, anställd av PLO som administrativ ledare för Läkardagarna, anser att dessa är mycket intres-



Foto: Gösta Eliasson

santa för de danska praktikerna av två skäl. Det ena skälet är att man kan välja fritt mellan ett hundratal olika kurser och betala för närvaro en till fem dagar. Det andra skälet är socialt. Man träffar och umgås med vänner, kollegor och studiekamrater under trevliga former. Det är inte ovanligt att mottagningspersonalen följer med, eftersom det finns kurser även för andra yrkesgrupper. I år satsade man på en hel "praksisdag" med kurser riktade till hela personalen.

– Vi har rekordmånga deltagare i år, 1100 läkare och 500 praksispersonal har anmält sig. Det är en ökning från förra året då vi hade 1400 totalt, säger Kirsten Talbro Lاراignou.

En populär kurs är "Rationel farmakoterapi – sidste nyt", med 140 deltagare anmälda, men ungefär hälften av kurserna behandlar "mjuka" ämnen. "En levende praksis – hvad er det?", "Alle laver fejl – bliv klogere af dem" och "Når det er knas i personaleforholdene" är några exempel.

**Läkardagarna har fått** uppmärksamhet i svenska media och i år anmälde sig 13 svenskar. Finns det någon anledning för svenska läkare att åka till Köpenhamn för att förkovra sig? Flemming Skovsgaard,

ordförande i Läkardagarnas styrgrupp, är tydlig med sitt budskap:

– Det verkar inte finnas något liknande veckoarrangemang i Sverige och kurserna borde vara högintressanta även för svenskar. Att träffa kollegor från andra länder som arbetar i andra primärvårdssystem ger en hel del reflexioner. Jag önskar att rörligheten när det gäller utbildning kunde öka bland de nordiska allmänläkarna.

– Vi har förstått att den talade danskan ibland kan vara svår att förstå, men med de Powerpointpresentationer som kursgivarna använder tror jag inte språkproblemet är så stort som många föreställer sig, avslutar Kirsten Talbro Lاراignou.

Jag måste säga att mina intryck från dessa dagar är mycket positiva. Att missa ett och annat ord väger lätt mot upplevelsen av den vänliga atmosfären och pratstunder med en och annan dansk kollega. En kollega som enligt alla hittills gjorda undersökningar tillhör det familjeläkärsystem i världen där läkare och patienter är mest nöjda. Är det därför de "smiler" så ofta?

**Gösta Eliasson**, Falkenberg  
gosta.eliasson@bredband.net



# Riksstämman 2007

"Vi dödar dom!" säger en man i publiken. Jag tror han är försäkringsläkare. "Inte nog med det", svarar föreläsaren från podiet, Åsa Kadowaki, kvinnlig psykiater och terapeut. Hon tillägger: "vi dödar dom levande"! Jag antar att hon menar "begraver dom levande" för döda går det ju bara att göra med något som är levande, det är en förutsättning.

Det är sista dagen på läkarstämman, andra föredraget för dagen, "Tillit sårbarhet och stress". Det är snart slut. Nej, podiet planerade inte mord med auditoriet som vittne. De beskrev bara "mord" som de ansåg redan ha utförts av välmenande kollegor. Och för att förstå dessa ondskefulla handlingar gör föreläsaren en tillbakablick till Hitlertyskland för ett kort ögonblick. Det är suggestivt, som inget annat av läkarstämmans föredrag, och instinktivt blir jag rädd. Mest rädd för mig själv, eftersom jag instämmer i de kraftfulla uttalandena. Hitler ägde "ordets makt", och dess definitioner. Han tilläts beskriva vad som var sjukt och vad som var friskt. Och vi vet alla vad det var han definierade som sjukt på samhällskroppen och vilka konsekvenser det fick.

Det handlar om stress och långa sjukskrivningar. Och det handlar om orden "utbrändhet", kanske i någon mån "utmattningsdepression" och "maladaptiv stressreaktion" Om jag förstått Ulf Sundequist rätt så menar han det finns högt värderade kollegor som "ägt" dessa ord och tillätits definiera dem så att föreställningar om ett "självdstruerande program" som kan utlösas av långvarig stress skapats. En bild och beskrivning som "skrämt livet" ur ett icke föraktligt antal patienter och "låst in" dem i sjukskrivning och passivitet. Det har gjort dem rädda för normala aktiviteter och kroppsreaktioner liksom psykologiska upplevelser. Kollegorna skall inte ställas inför rätta, ingen Nürnbergrättegång här inte, de skall "fasas ut" och få gå med

värdighet, svarar han en deltagare i auditoriet. De tillhör i alla fall, de flesta, den generation som snart skall gå i pension. Jag noterar att jag inte längre andas. Det är som om jag inte vågar. Det susar i öronen och svartnar för ögonen. Det är som om jag inte längre litat på vad jag hör. Att det verkligen är sant. Men det är sant.

Jag återupptar andningen precis som det levereras en patientbeskrivning från podiet. Åsa Kadowaki berättar.

En kvinna gråter. En patient som gått sjukskriven några år. Hon gråter när sanningen gått upp för henne och frågar: "så du menar att jag är frisk"? Och svaret hon får är "ja"! Hennes reaktion på detta blev: "Ja, egentligen har jag vetat om det hela tiden".

Jag är på väg att resa mig och ropa "halleluja"! men kommer på mig med att inte vara troende. När jag lämnar salen skäms jag litet över att jag uppfattat det som ett "väckelsemöte"

Men det var något ovanligt som hände. En för läkare mycket otypisk oförsiktighet. En tydlig åsikt. Ett tydlig ställningstagande. Vad månede följa på detta?

Betydligt försiktigare var man på symposiet om "Mediakultur och barnets hjärna" som jag lyssnade på under onsdagen. Här underströk man att forskningen inte visade något entydigt när det gällde effekten av konsumtion av media. Det var främst TV och dataspel som avsågs. Några otvetydiga fynd redovisades dock. För de allra minsta (8–16 månader) kunde man påvisa en försenad språkutveckling hos de med högt intag av TV/DVD. Likaså hade man funnit en störd REM-sömn och sämre prestationer. Frank Lindblad redovisade en undersökning av Huesman som gällde TV-våld. Den visade att om man som barn har ett högt intag av TV-/Videovåld, påverkar



Collage: Luiz Baltar

det tydligt sannolikheten att senare i livet återfinnas i brottsregister. De undersökta barnen hade valts ut så att de med ogynnsamma socioekonomiska faktorer, liksom de med redan tidigare kända aggressiva egenskaper, rensats bort. Sambandet kvarstod. Per Hamid Ghatan från föreningen "Fair play" visade animerat datavåld. Den vita duken fylldes med mycket skickligt animerade scener av grov misshandel, tortyr och mord alltmedan blod och annat kroppsinnehåll skvätte på ett, troligtvis, mycket realistiskt sätt. Naturligtvis såldes inte dessa obehagliga inslag som en del av spelen. De hade censurerats bort. Lika självklart gick de naturligtvis att få tag på ute på Internet. Och gjorde kanske spelen än mer intressanta? Så att de såldes än mer. Så frågan blir väl då hur, eller vem, såg till att detta ändå blev tillgängligt?

Forskning visade att det fanns en ökad risk att betraktaren själv skulle använda våld om filmen gav honom möjlighet att identifiera sig med angriparen och om animationen hade en hög grad av realism. Med dessa rön och kunskaper hade man från "Fair play" givit sig ut för att söka påverka, begränsa och om möjligt kontrollera det som våra barn utsätts för. En lovvärd insats! För detta hade man tydligen blivit hotad.

Starka ekonomiska intressen vill inte ha inblandning, tänkte man sig. En skrämmande tanke. Förmodligen helt korrekt. Och från podiet ville man inte ge oss några riktlinjer. Man berättade i stället om de amerikanska råden och påpekade att de var ganska "hårda":

- Ej TV före två års ålder.
- Begränsa TV-tittande till en till två timmar per dag.
- Se TV tillsammans med barnet – diskutera.
- Läs om möjligt hellre högt för barnet.
- Installera "Chips" för att blockera olämpliga kanaler.

**En kvinna ur publiken** frågar till sist om inte "försiktighetsprincipen" borde gälla. Ni vet den här principen som anger att man skall sträva efter att minimera expositionen till minsta möjliga till dess att man säkert kan svara på frågan om exponeringen är farlig eller ej. Den princip som ligger bakom att TCO satsade ett antal hundra tusen kronor av sina medlemmars pengar för att skapa en märkning av bildskärmar med låg elektromagnetisk strålning trots att ingen farlighet någonsin kunnat påvisas av någon skärm överhuvudtaget, åtminstone inte kopplad till den elektromagnetiska strålningen. Samma princip ledde till att kommuninnevånarna i Solna fick se några miljoner av sina skattepengar användas till att gräva ned elledningar trots att ingen farlighet kunnat visas. Nej, den principen verkade inte vara tillämplig här.

Jag förstår nog inte riktigt varför. Men forskningen ger motstridiga svar. Kanske är det svårt att få pengar till den här typen av forskning?

Vilka ekonomiska intressen kan tänkas bidra till forskningen? Mediaindustrin? Skulle inte tro det!

Nej, det blir väl som i USA där en inte alltför ovanlig fråga från de små i familjen, när någon berättar om att någon av far- eller morföräldrarna dött, är "vem sköt henne"?

**Läkarstämman är över.** Den gick fort. Jag var där alla tre dagarna. Lyssnade på tio symposier. Tog igen alla dessa gånger jag inte kunnat gå, eftersom "någon måste ta hand om patienterna".

I år var det inte jag! Och jag undrar vad jag gått miste om, alla de andra åren.



Hans Händel

# ANNONS

# Vem styr vården?

## Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård

Frihetens pris är ständig vaksamhet, enligt juristen Curran. Många läkare saknar nu makt att positivt inverka på sin arbetssituation och på patienternas upplevelser av vårdapparaten. Man undrar vem som önskat en viss händelseutveckling. Politikerns tydliga direktiv (eller endast förmodade önskingar) tolkas och överprövas av tätande led av administratörer. Har dessa tolkningar börjat påverka vården är det dags för nästa direktiv att spridas neråt i kommandokedjan – och ofta förvrängas på vägen till vårdgolvet.

Beror mångfalden av inbördes motstridiga direktiv att administratörer behöver göra karriär på direktivproduktion? Förslagna vårdgivare kan utnyttja nya direktiv till egen fördel – vinner sjukvårdssystemet på att vi alla finner olika lösningar när spelreglerna ändras?

**Starka ekonomiska incitament** och andra försök till styrning av vården kan ge oväntade resultat, enligt rapport från Institute of Medicine: en viktig aspekt som jag saknar i den här boken. Fyra artiklar om sjukvården som *komplex system* av Paul E Plsek m.fl. (BMJ 2001) kan laddas ner gratis från nätet. Handlingsätt kan påverkas av den som anknyter till en professions ethos, använder sig av ”attractors”.

Styrs vårdens utveckling av rationella överväganden – eller är det kraftfulla slag i luften vi upplever? Under efterkrigstidens sjukhusbyggartid fram till 1970-talet bekände sig många till ett *rationalistiskt* synsätt formulerat av Max Weber m.fl. Ständiga förändringar av spelregler (”reformer” av organisation och finansiering m.m.) troddes effektivt och förutsägbart styra sjukvården i ”rätt” riktning.

**Bokens redaktör**, statsvetaren Paula Blomqvist, refererar den *anti-rationalistiska* organisationsforskningen. Politiska reformer ses som symbolhandlingar, beslutade på närmast slumpmässiga grunder – och de bygger knappast på vilja att förändra



Vem styr vården?  
Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård  
Paula Blomqvist (red.)  
Stockholm: SNS Förlag 2007

verksamheten! Politiker vill ogärna följa upp resultatet av införda organisationsförändringar. Nya reformer lanseras innan de tidigare ens hunnit genomföras praktiskt. Politikernas mål är ju att bli omvalda – det gäller att inför väljarna *framstå* som om man styr sjukvården. Organisationsreformer är retorik, ägnad att vinna politisk legitimitet. Redaktören ger en lång lista på hinder för politisk styrning av sjukvården.

Vilken vård önskar folket? Idéhistorikern Roger Qvarsell skisserar framväxten av Sveriges sjukvårdssystem. Den medicinska vetenskapens överhöghet och läkarnas ställning utmanas av nya professionella grupper. En mer konsumtionsinriktad syn på sjukvården bidrar till större krav på patientinflytande. Intresset för alternativmedicin ökar. Nuvarande sjukvårdsorganisation är mindre ändamålsenlig för att möta befolkningens (av media underblåsta) förväntningar.

**Vilken primärvård** kan överleva i marknads konkurrens? Ekonomen Anders Anell vill förklara 30 års misslyckanden att föra över resurser till primärvården med läkarprofessionens egna intressen av ökad specialisering. Anell tror att i större städer finns den medicinska kompetensen framförallt utanför primärvården, som där är föga behövlig. Läkare uppges lyssna mer på befolkningen och patienter än på politiker eller sjukhuschefer. Anell ser därför ökad patientmakt som ett medel för reformering av sjukvården underifrån. ”En del vårdgivare kan ha en inriktning och kunskap som passar individer med viss kronisk sjukdom. Andra kan ha en profil som i första hand passar förvärvsaktiva”, se där hans konklusion av en omstridd enkätstudie. Han tror att ”listning till relativt stora primärvårdsenheter (kanske upp till 15 000 listade individer) med bred kompetens har flera fördelar och på sikt kommer att dominera marknaden”.

**Vad händer om** en reform effektivt förverkligas? Socialgerontologen Mats Thorslund står för bokens beskrivning av konsekvenser av reformer, här Ädel och Psyk-Ädel, skrämmande läsning som visar följderna av att lojalt och konsekvent i praktiken genomföra uppifrån beordrade reformer.

Följer landsting rekommendationer utifrån? Hälso- och sjukvårdsforskaren Ulrika Winblad beskriver dåvarande landstingsförbundets havererade patientvalfrihetsreform. Regeringen hoppades naivt att förbundet skulle hålla sitt löfte därvidlag. Statens inflytande över sjukvården är nu svagt, särskilt om inte landsting och läkare är införstådda med uppifrån föreslagna förändringar. Ekonomiska incitament från landstingen fick verksamhetschefer, kliniker och mottagningar att handla i annan riktning än den landstingsadministratörerna (med läpparna) bekant sig till.

**Omorganisationer, gör de nytta?** Organisationsforskaren Sven Siverbo beskriver hur alla nya organisationsmodeller som drabbat svensk sjukvård under 1900-talet misslyckats att förändra sjukvårdens styrning och öka politikernas kontroll över resursåtgången. Uppföljningen av modellernas effekter har brustit. Modellernas införande byggde på trosföreställningar och modetrender, inte på evidens. "Målstyrning" misslyckades – man kunde inte mäta graden av måluppfyllelse. "Beställar-utförarmodeller" misslyckades – landstingen kunde eller ville inte utröna medborgarnas efterfrågan eller behov. "Marknadsorientering" med prestationsersättning ökade sjukvårdsutgifterna – utan att rätt vårdåtgärder prioriterades. "Tak för ersättning" återinförde vårdköer. "Processorientering" och "balanserad styrning" kom sedan på modet. Planeringsideal från 60-talet och tron på "stordriftsfördelar" orsakar illa fungerande sjukhussammanslagningar. Kraft möts av motkraft. Siverbo har 2004 beskrivit politiska ingripanden mot beställare som

satsat på primärvård – politiker såg till att ta pengar från primärvården för att täcka sjukhusens bristande budgetåtgärdnad. En orsak till att administratörer hoppar på nästa modell innan den senaste genomförts är att *teorin* bakom den modell som nästa konsult säljer överglänser de dystra erfarenheter som senaste modell börjat ge i *praktiken*.

**Två författare pläderar** för en form av procedur-rättvisa där prioriteringarna bryts ned i en mängd mindre beslut. Existerande system som återopas har en gemensam egenskap: Ingen politiker är med.

Förmår marknads- och mediestyrd efterfrågan att åsidosätta läkares yrkesetik och medicinsk kvalitet till förmån för service som främst vill konkurrera med upplevelser som kristall- och aromaterapeuter? Kommer ökade inslag av patientval att minska administratörernas inflytande och detaljstyrning – eller kräver svällande byråkrati in ständigt fler förment kvalitetsrelaterade data, som därefter troligen vantolkas?

**Avslutningsvis efterlyser** redaktören förbättringar av tillgänglighet, kontinuitet och bemötande. Hon ansluter sig till Anells rekommendation att låta folk välja både husläkare och primärvårdsmodell, och anser att husläkaren som "lots" ska "ges ett mer uttalat ansvar för att koordinera och förmedla information mellan de olika delar av vårdsystemet som patienten kommer i kontakt med under behandlingen".

Bokens slutord förtjänar att citeras: "En egenvald, fast kontakt i vårdsystemet bidrar till trygghet och tillit hos patienten och ökar därmed rimligtvis också möjligheten för acceptans av medicinska bedömningar som ibland kanske innebär väntan eller till och med att ingen behandling erbjuds. Om organisationen av det svenska sjukvårdssystemet utvecklas i den riktningen får det sannolikt bättre förutsättningar att även uppfylla målet att medborgarna skall vara nöjda".

Lars Bäcklund, Stockholm  
Lars.B.Backlund@ki.se

## Trisha Greenhalgh

# Primary Health Care: Theory and Practice

**Först måste betonas att detta är en enastående, imponerande och mångsidig översikt och introduktion till forskning inom fältet primärhälsovård.**

**P**edagogiskt föredömligt inleds varje kapitel med en kortfattad summering i punktform, referenserna är väl uppdaterade. Nordiska referenser saknas dock nästan helt.

I introduktionen betonar Trisha Greenhalgh att modern primärhälsovård måste vara multidisciplinär med teamsamverkan. Som jag förstår är argumenten riktade mot ensampraktiker i Storbritannien. Kanske är det en traditionell svensk primärvård hon ser i visionen? I Sverige brukar vi ju skilja på den administrativa nivån Primärvård och specialiteten Allmänmedicin och skilja på team och samverkan.

Trisha Greenhalgh ser primärvård som en sekundär, tillämpad disciplin utan eget vetenskapligt paradigm. I stället föreslår hon ett antal underbyggande primära discipliner, vars urval inte är självklart. Hela boken kan ses som eklektikerns trosbekännelse.

Om man endast utgår från (forsknings-) praktiken finns dock en risk att man inte når längre än till beskrivning, deskription. Men det finns inget så praktiskt som en bra teori.

Vi får inte väja för att verkligheten är mångfasetterad. Det finns goda exempel på detta i de otroligt många spännande studier författaren redovisar och ofta även tolkar eller kommenterar.

Förutom biomedicin och epidemiologi menar Trisha Greenhalgh att vår forskning stödjer sig på sex "ologier":

Psykologi, Sociologi, Antropologi, Litteraturvetenskap, Filosofi och Pedagogik. Urvalet förefaller inte självklart. Man skulle kunna hävda att idéhistoria, juridik, ekonomi, ekologi med klimatlära, historia är lika viktiga. I en sen fotnot (s. 244) noterar hon själv att politisk vetenskap kanske borde ingå!

Avsnittet blir mer en exposé och det är ibland svårt att kortfattat fånga essensen i de olika vetenskaperna. Särskilt i punktform förloras nyanserna.

I kapitlet om forskning märks att Trisha Greenhalgh är på hemmaplan. Det är lysande och man förstår att hon är van att handleda och förklara på ett begripligt sätt. Hon betonar att den "bästa" designen och metoden beror på frågeställningen. Vidare att analysfasen är det som skiljer agnarna från vetet! Sär- ►►

skilt fäster jag mig vid påpekandet att ibland är analysen av helheten större än summan av delarna.

**Först i det fjärde** kapitlet kommer vi så till patienten. Sjukrollsbegreppet skärskådas och moderniseras. Berättelsen om sjukdom relateras till karaktärer och begrepp i klassisk litteratur och drama-teori (hjältar, skurkar, offer, katharsis). Val av hälsobeteende och livsstilsintervention problematiseras. Författaren undviker själv begreppen efter att klokt ha lyssnat till diabetespatienter i en fokusgrupp. Olika nivåer i kunskap om hälsa mellan skilda sociala grupper ställer nya krav, det gäller inte minst egenvård.

I detta kapitel får jag en rapport om kritik mot ”motivationsstegen” som används i motiverande samtalsmetodik (MI). Den lär inte vara grundad i kognitiv teori och stämmer dåligt med verkligheten hos patienten, men hjälper terapeuten.

För att effektivt verka som kliniker fordras uppdaterad hantering av akademisk kunskap, kommunikation, teamarbete och förmåga till förändring. Den sista punkten ser jag som tvetydig, all förändring och utveckling är inte till det bättre!

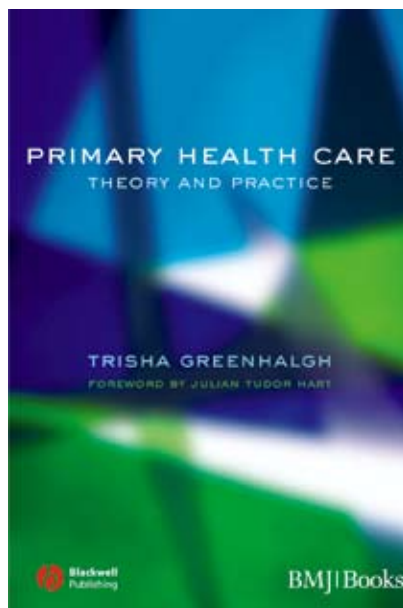
Bayes teorem, som blivit populärt, presenteras begripligt. Osäkerheten i kliniska beslut betonas. Det finns risker med algoritmstyrd medicin.

Den kliniska interaktionen analyseras ur fyra perspektiv: interaktionsanalys, sociolingvistiskt, psykodynamiskt (Balint) och narrativ analys. För den ökande andelen konsultationer över språk- och kulturella gränser argumenteras för sociologisk metod.

Kärnfamiljens upplösning diskuteras i ett kapitel som även tar upp hemlöshet.

I befolkningsavsnittet kommer kraven på screeningprogram på tal. Det framhävs att även riskfaktorer som är följden av individuella val faller under sociala mönster.

Problemen med att skapa ”hälsosamma samhällen” och folkhälsoarbete tas upp i kapitlet om sociala skillnader.



*Primary Health Care: Theory and Practice*  
Trisha Greenhalgh  
Wiley-Blackwell, 2007  
Paperback, ISBN: 9780727917850

**Trisha Greenhalgh** är specialisten som blev General Practitioner efter att i en studie ha samtalat med och intervjuat diabetespatienter. Mest känd för "How to read a paper" och "Narrative Based Medicine". Framstående företrädare för evidensbaserad medicin.

**En viktig del** behandlar komplexa problem; multisjuklighet, IT-datorjournalens påverkan på vår praktik, vårdkedjor och organisatoriska lösningar. Om jag inte missförstår, hävdas där att det personliga förtroendet mellan patient och läkare måste ersättas med tillit till systemet.

**Det avslutande kapitlet** om kvalitet ger en kvalificerad överblick och föreslår en teoretisk modell av "organisational sense-making" som verkar förnuftig. Mer tveksamt däremot förefaller förslaget om "mystery shopper", fejkade patienter som skulle analyseras med fenomenologi.

Trisha Greenhalgh greppar över mycket och har en självkritisk reflektion som måste anses extremt ovanlig inom akademien, men jag saknar ibland helheten.

Ett par detaljer är dock viktiga: I en tabell jämförs en logico-scientific approach

med en tolkande humanistisk. När det gäller values (värden), så ses den första som etiskt och politiskt neutral medan den senare är engagerad. Åtminstone när det gäller biomedicinsk kunskap är jag inte enig. Resonemanget återkommer i flera varianter i boken.

**I avsnittet om "diffusion of innovations"** tycker jag att Trisha Greenhalgh något förbiser det positiva i motstånd mot förändring. Det kan tidvis vara motiverat, även om man riskerar att bli betraktad som en omodern offentliganställd. Det exempel som sociologen Rogers ursprungligen analyserade (med kraftfull kemisk gödning inom jordbruket) är kanske inte så fullständigt problemfritt om vi betänker långsiktiga miljöeffekter?

Evidens för att en åtgärd mot ett tillstånd (en risk) eller laboratorie-avvikelse får ett visst resultat innebär inte automatiskt att åtgärden ska utföras. Åtgärden kan få andra och oönskade effekter i helheten, och själva konstruktionen av evidens utgår alltid från grundantaganden som inte är värderingsfria och sällan redovisade. Vi ser detta i guidelines, konstruerade av experter med tunnelseende, som sjukliggör majoriteten av befolkningen. Tyngden av evidensbaserad medicin ökar inte av tusen eller fler vetenskapliga referenser (inom samma paradigm) om tanken från början är fel.

**Slutordet måste ändå bli positivt!** Trisha Greenhalghs öppna attityd, som inte väjer från praktikens verkliga komplexitet kan antyda en integrativ lösning för en ödesdigert uppdelning av allmänmedicinare. Dels de "kliniskt" intresserade inom vår kår som blir utsedda till experter när guidelines utformas, dels den kritiska massan av tvivlande kolleger. Dessa verkar inte mötas även om man är på samma konferens!

Dessutom är boken en rik guldgruva att ösa ur om man önskar en kort översikt och lästips inom ett specifikt område.

Peter Olsson, Jokkmokk  
peter.olsson@nll.se

# Vårdval och allmänmedicinsk kompetens

Funderar över årets första rader till *AllmänMedicin*, så mycket som händer, var ska jag börja? SFAMs vetenskapliga sekreterare, Sara Holmberg, skrev i förra numret klokt om "att ställa de viktiga frågorna", men hur vet vi vilka det är? Hur går vi bäst till väga för att hitta svar? Hur påverka utvecklingen i den riktning vi önskar? Så att allmänmedicin får möjlighet att vara det den kan och bör vara – den effektivaste första sjukvårdsnivån, med bra tillgänglighet, hög kompetens och hög status.

**En hög kompetens** upprätthålls inte utan ansträngning och avsatt tid. Omorganisationer, tidspress och snäva ekonomiska ramar underlättar inte. Men det går att vända på det. Vi vet att det som verkligen kan påverka vårt dagliga arbete, är när vi strukturerat diskuterar vardagsnära frågor med varandra. Självstyrande enheter och ekonomiska incitament för genomtänkta vardagsrutiner kan göra det lättare att börja, att avsätta tid för exempelvis genomgång av effektiv och EBM-baserad användning av labprover, bättre utredningsrutiner, bra läkemedelsval. Kanske med hjälp av SFAMs studie-brev eller någon av frågorna i den senaste examensskrivningen (båda finns på [www.sfam.se](http://www.sfam.se) "produkter och tjänster"). När väl tryggheten i gruppen finns brukar också de viktigare och svårare patientfrågorna kunna formuleras och diskuteras.

**Hur påverkas vår kompetens** och våra rutiner av organisationsförändringarna? Vårdval Halland har pågått ett år, hur har det fungerat för AT- och ST-läkare, har man hunnit se någon förändring i arbetstrivsel, i befolkningens tillit till den vård som erbjuds, i läkemedelsförskrivning, remitteringsfrekvens? Vårdval Stockholm har precis inletts – hur kommer det att påverka arbetet? Förhoppningar finns om att en ökad organisatorisk frihetsgrad ska göra det lättare att få vardagsarbetet att flyta smidigt. Farhågor finns runt en ersättningsmodell som kan tyckas till för

att snabbt "skotta" patienter och inte tar hänsyn till exempelvis socialt betingad vårdtyngd. Vi måste följa utvecklingen noga och beskriva konsekvenserna tydligt.

**Vår kompetens definieras** i vår målbeskrivning som går ut på remiss nu i januari. Vi lär få lägga ner en del tid på att förklara för andra specialitetens företrädare att vår nya målbeskrivning är en beskrivning av vad som krävs för specialistkompetens i allmänmedicin och inte ett vårdprogram. ST får heller inte blir ett medel för att upprätthålla jourlinjer och lösa bemaningsproblem.

**Vår kompetens efterfrågas**, men hur? Ett fenomen som verkar öka snabbt är något som kallas kvalitetsregister. Ibland tillkomna på önskemål från politiker och tjänstemän som ett led i arbetet med att kontrollera vårdresultaten, ibland från forskningscentra som vill följa behandlingsmetoder och -resultat, någon gång med dunklare bakgrund. Många önskar vår medverkan, oftast i användandet av redan färdiga mallar, någon gång redan i utformningen. SFAM vet att vår kompetens behövs i detta arbete, vi välkomnar register som hjälper oss att kartlägga och beskriva vår verklighet, som kan användas till att förbättra vården för våra patienter, styra resurser dit behoven finns och visa på behov av ytterligare forskning och kompetensutveckling. Men, rimligt kan tyckas vara att sådana register ska fylla ett tydligt formulerat och väl underbyggt behov, att de utformas utifrån de patienter och de arbetsrutiner som finns där det ska användas och inte minst – att det är tydligt reglerat och utsagt vem som har rätt att använda de data som samlas in, till vad de får användas och att data inte får döljas.

**Svårigheten inom allmänmedicin** är ofta att avgränsa. Det gäller inte minst SFAMs och SFAMs styrelses arbete. Vi välkomnar synpunkter på vad som ska priorite-



ras och återkommer med rapporter om hur vi valt. Skulle inte förvåna mig om årets viktigaste fråga visar sig bli en som inte ens är formulerad än.

**Annika Eklund-Grönberg**  
Ordförande i SFAM

## Notis

### Framtidens ST-läkare

Den största och första multidisciplinära kongressen om specialistutbildning äger rum i Malmö 10–12 september. På Malmömässan kan Du höra intressanta föredrag om ledarskap, kommunikation och vetenskap för ST-läkare, handledare, ST-studierektorer, verksamhetschefer, och sjukvårdshuvudmän, blandat med en väl avvägd mängd underhållning. "Ledarskap, kommunikation och vetenskap" är inte bara Framtidens Specialistläkares ledord, det är framtidens specialistläkare, oberoende av specialitet.

Vad måste ST-läkaren behärska i framtiden inom dessa tre centrala områden? Hur ska jag leda i mitt dagliga arbete? Hur ska jag kommunicera och nå ut? När kan och ska jag implementera forskningen? Vad betyder allt detta nya för mig i praktiken som ST-läkare, handledare, verksamhetschef eller sjukvårdshuvudman? Hur ser framtidens specialistläkare ut i mitt och andras perspektiv?

Sveriges Läkarförbund anordnar inom ramen för kongressen en studierektorsdag 11 september. Mer information hittar Du på [www.framtidenslakare.se](http://www.framtidenslakare.se)

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

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

#### Vice ordförande

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

#### Facklig sekreterare

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

#### Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

#### Skattmästare

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

#### Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-2102016  
froken\_andersson@hotmail.com

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

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

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

#### Arbetsutskott:

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

#### Kansli

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

#### Examenskansliet

examen@sfam.a.se

### Tidningen AllmänMedicin

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

### SFAMs råd

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

### Läkemedelsterapirådet

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

### Kvalitetsrådet

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

### Informatikrådet

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

### ST-rådet

Pontus Stange  
pontus.stange@livmedicus.eu

### Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52  
ulf@mawe.se

### Forskningsrådet

Malin André  
Malin.andre@ltdalarna.se

### SFAMs stiftelser

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

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

### SFAMs nätverk

#### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

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

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

#### Astma och allergiintresserade

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

#### Balintgrupper

Conny Svensson  
conny.svensson@beta.telenordia.se

#### Diabetesnätverk

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

#### Diplomerade allmänläkare

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

#### Etiskt nätverk

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

## Lokalföreningar

### NORRBOTTEN

Maria Truedsson  
Maria.Truedsson@nll.se

### VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson  
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

### JÄMTLAND

Olof Englund  
olof.englund@jll.se

### VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin  
kjell.sundin@lvn.se

### GÄVLEBORG

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

### DALARNA

Christina Klesty  
christina.klesty@ltdalarna.se

### VÄRMLAND

Mikael Hasselgren  
mikael.hasselgren@liv.se

### ÖREBRO

Åke Kihlberg  
ake.kihlberg@orebroll.se

### VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren  
Jonas.sjogren@ptj.se

### UPPSALA

Karin Lindhagen  
karin.lindhagen@sfam.a.se

### SÖRMLAND

Tomas Havland  
t.havland@telia.com

### STOCKHOLM

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

### SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg  
per.sundberg@sjostaden.nu

### GOTLAND

Dagrun Lihnell  
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

### LINKÖPING

Gunnar Carlgren  
gunnar.carlgren@comhem.se

### VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson  
ragnaro@ltkalmar.se

### SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson  
ullaba@ltkalmar.se

### JÖNKÖPING

Mikael Olsson  
Mikael.Olsson@lj.se

### KRONOBERG

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

### BLEKINGE

Karin Ranstad  
karin.ranstad@ltblekinge.se

### SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren  
hans.lundgren@skane.se

### MELLANSKÅNE

Inge Carlsson  
inge.karin@telia.com

### NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad  
maria.hafstad@skane.se

### MALMÖ

Annika Brorsson,  
annika.brorsson@skane.se

### SÖDERSLÄTT

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

### HALLAND

Pierre Carlsson  
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

**Hemsjukvård**  
Sonja Modin  
Sonja.modin@sl.se

**Fortbildningssamordnarna**  
Meta Wiborgh  
meta.wiborgh@telia.com

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

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

**Palliativ vård**  
Sonja Modin  
Sonja.modin@sl.se

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

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

**Studierektorskollegiet**  
Stefan Persson  
Stefan.persson@ltblekinge.se

**Transkulturell allmänmedicin**  
Monica Löfvander  
monica.lofvander@rinkeby.vssso.sl.se

### Internationella kontaktpersoner

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

**Euract**  
Monica Lindh  
monica.lindh@lg.se

**Equip**  
Per Stenström  
per.stenstrom@medtrac.se

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

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

**FYRBODAL\***  
Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vgregion.se

**NORRA ÄLVSBERG\***  
Ingen kontaktperson

**SÖDRA ÄLVSBERG**  
Kerstin Holmberg  
Kerstin.holmberg@vgregion.se

**SKARABORG\***  
Ingen kontaktperson

\* vilande

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

## Beställningstalong

### Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

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

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

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

Sätt kryss i rutan

Supplement 1/01  
"Primärvårdens utveckling i Sverige" Antal

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

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

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

Sätt kryss i rutan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tryck**  
Åkessonstryckeri AB  
www.akessonstryck.se

**Hemsida**  
Webbredaktör: Karin Lindhagen

#### Utgivningsplan för 2008

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

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda



## Afton på Parkgatan

**F**rån vårdcentralen är det en kort tur genom parken. Jag ställer cykeln utanför staketet och öppnar grinden. Den är låst med en kedja med snabbblås. Det betyder att David är där. Då kanske Daphne är sur. Jag går in och Sanna kommer. Jag måste akta mig. Hon vill gärna prata, jättetrevlig tjej. Daphne kommer och vi kramas. Sanna börjar prata. Daphne tar på sig jackan. Hon tar bryskt tag i mig, svart i ögonen, och skriker att jag ska komma nu. Hoppas att det inte håller i sig, då blir kvällen inte lätt. Tänk att kunna få prata lite med personalen om hur dagen har varit eller om tröjan som är borta, men det får bli per telefon.

Vi går hemåt, tysta. Jag tittar försiktigt ur ögonvrån. Daphne får inte se att jag kollar läget, men det verkar vara någorlunda okey. Plötsligt skrattar hon högt när hon kommer att tänka på nåt roligt som hände i skolan: fröken hade kallat Johannes för Jonas, hur tokigt som helst. Jag andas ut.

Väl hemma slänger hon skorna i trappan och går in. Leo gör köttbullar med klyftpotatis, det brukar hon gilla. Hon tar sin tablett noggrant, avvisar köttbullarna föraktfullt men tömmer skålen med klyftpotatis. Jag försöker tamt hindra henne men hon äter alla, skär dom omsorgsfullt i halvror med sin specialkniv, doppar dom i remouladsås och får ned dom, ofattbart hur hon får plats. Hon blänger på mig under tiden. Jag mår illa och vi sitter tysta till hon är klar. Med en blick fylld av hån och triumf går hon in på sitt rum och sätter på datorn. Hon lägger patients och lyssnar på Magnus Uggla.

I kväll ska vi duscha. Här hemma vill hon bara duscha tillsammans med mig. Vi står tätt mot varandra under vattnet, hon med ryggen mot min mage. Jag tvättar mitt hår, sköljer ut det, tvättar hennes hår, hon sköljer ut schampot. Jag tvålar in mig, sedan henne, samma ordning varje gång, samma rörelser. När hon är klar petar hon mig i magen och nyper mig i baken. Jag visar inte mitt obehag, vågar inte utmana hennes ilska, det skulle förstöra stunden där vi gör något bra

tillsammans. Hon skulle då försvinna in i sin egen värld, förvandlas till det väsen som min kärlek inte når.

Daphne tittar på Simpsons tillsammans med Leo. De sitter intill varandra i soffan med katten. Leos skrattar också, högre och lite längre än han. Jag försöker arbeta vid datorn, spelar Røj utan lust. Är det så här att bli tokigt?

Prick nio går vi ut i köket, öppnar en öl och lägger ut memorybrickorna. Daphne börjar. Hon verkar okoncentererad. Hon och jag kämpar under bordet om mina tofflar. Hon är stark i sin vänsterfot och jag ger mig. Hon skrattar. Hon ska inte få tag i mina tår med sina, jag är rädd hon skulle kunna bryta av dom. När vi är två tredjedelar genom spelet har vi andra tagit för många, men plötsligt tar hon fem par i ett sträck. Som alltid ser vi till att hon vinner. Öglaset är tomt, vi lägger brickorna i lådan och går på toaletten. Dörren måste vara stängd och alla lampor tända i badrummet. Jag torkar henne och fäster mensbindin i trosorna. Sen går hon i säng, jag borstar hennes tänder och läser samma text från barnboken om julevangeliet, som jag har läst varje kväll senaste året. Jag pussar henne och släcker ljuset. Bra kväll!

Vad är jag? Slav, vårdare, ögontjänare, domptör, en gång i tiden mamma, nu mest trött.



**Dorte Kjeldmand**, Eksjö  
kjeldmand@gmail.com

Texten tillkom i samband med ett skrivarseminarium där författaren Merete Mazzarella medverkade, anordnat av SFAM Skåne.

### 2008

#### Februari

##### Fortbildningsamordnarmöte

13-14 feb på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm. anna-karin.svensson@sfam.a.se är kontaktperson

#### April

##### Läkardagarna i Örebro

När sinnet sviktar. 8-9 apr. För närmare info: www.lakardagarna.se

##### Allmänmedicinsk kompetensvärdering

Kurs i kompetensvärdering ("v3-kursen") för examinatore, studierektorer, handledare mfl. 14-16 apr i Skåne. (Pensionat Enehall, Båstad). Anmälan snarast. Arrangör: Kompetensvärderingsrådet (KVIST) Anmälan och förfrågningar: Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com

##### Berzelius symposium 71

The tobacco epidemic - prevention and treatment of the single largest threat to human health in the 21 century 23-25 apr 2008 i Stockholm Organisationskommitté: Hans Gilljam, Karl-Olof Fagerström, Agneta Hjalmarson, Göran Boethius, Gunilla Bolinder Mer information annie.melin@sls.se

##### Svensk förening för Glesbygdsmedicins 8:e årsmöte

24-25 apr på Järvsöbaden i Hälsingland. www.glesbygdsmedicin.info

##### Vårsmöte, Svensk idrotts- medicinsk förening

24-26 apr i Stockholm. Tema: Service till idrotten. Läs mer på www.simf.se

#### Maj

##### Berzelius symposium 72

Prehospital care 6-7 maj i Stockholm

##### Kurs i konsultation och video handledning

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

##### Forskning i Norr

21-22 maj, Sundsvall

##### Studierektorskongress

22-23 maj, Nynäs havsbud

##### EURACT Leonardo course

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

##### 2nd Conference of Migrant Health In Europe

22-24 maj i Malmö. Mer information på www.migranthealth.se

##### Europeisk medicinsk informatikkongress

25-28 maj i Göteborg. www.mie2008.org

#### September

##### Wonca Europe Regional Conference

4-7 sep i Istanbul

##### Framtidens specialitälkare

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

##### The American Academy of Family Physicians Annual Scientific Assembly

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

#### Oktober

##### Wonca Asia Pacific Regional Conference

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

##### Royal College of General Practitioners' Annual National Primary Care Conference

2-4 okt i Bournemouth, UK

##### SFAMs Höstmöte

22-24 okt i Örebro

#### November

##### Riksstämman i Göteborg

26-28 nov i Göteborg



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

Senaste granskning genomfördes 071121. För närmare presentation av aktuella kurser var god se [www.kursdoktor.nu](http://www.kursdoktor.nu)